



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

## FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS QUE  
INTERVIENEN EN LA UTILIZACIÓN DE LA MEDICINA  
ALTERNATIVA. EL USO DEL PAR BIOMAGNÉTICO COMO  
OPCIÓN TERAPÉUTICA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD  
EN MÉXICO.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA:

ADRIANA GUADALUPE PÉREZ PIMENTEL

DIRECTOR DE LA TESIS:

DOCTOR RAÚL ROJAS SORIANO

CIUDAD UNIVERSITARIA. MÉXICO D.F. 2014.





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A la memoria de mi amada abuela Teresa González Lule.  
Ser humano íntegro, con un carisma especial de ayuda al desvalido,  
con alegría y entrega al servicio de los enfermos.  
Con cualidades suficientes para dejar huella en aquellos que la rodeamos.  
Excelente persona, amiga y, sobre todo, ejemplar mujer.

No encuentro las palabras para expresar mi profundo agradecimiento hacia las personas que impulsan este proyecto y, por lo mismo, partícipes del gozo que hoy me embarga.

A mis mayores ejemplos de arduo trabajo e incansable ímpetu, quienes responsablemente me orientan y aconsejan, a través del calor de presencia; de los que heredo experiencia, valor e inquietud para vivir cada momento y, sobre todo, seguridad para continuar mi camino; los grandes responsables de lo que soy. ¿Cómo agradecerse los papás?

A mis hermanos, Marco y Laura, ejemplares de esfuerzo, transformación y dedicación. Gran orgullo de nuestros padres y muestra de que las dificultades no son más que oportunidades para seguir triunfando. Y a las pequeñas de casa, Zaira, Jatziry y Paola, que renuevan mi deseo de luchar por un mundo mejor, quienes por medio de su admiración me alientan a superar mis límites. ¿Cómo agradecerles?

A Eder, pieza fundamental no sólo en este proyecto sino en mi vida; por creer y crecer a mi lado, por desear un futuro juntos, por hacerme cómplice en tus triunfos y en tus tropiezos, por aceptar formar parte de los míos, por superar tus límites e impulsarme a ser cada vez mejor, por orillarme a desear más... En fin, por amarme tanto como yo. ¿Cómo agradeceréte?

A mis amigas, Karina, Fabiola y Korina, por ser las compañeras perfectas dentro y fuera de las aulas, por los conocimientos compartidos, por las discusiones superadas, por mostrarme la vida desde ángulos distintos. ¿Cómo agradecerles?

Al doctor Raúl Rojas Soriano, mi maestro, mi escultor, mi Universidad. La voz de la experiencia y sociólogo excepcional, quien no duda en compartir sus conocimientos. Por orientarme y apoyarme cuando más lo necesito; por entregarte con tanto esmero a esta investigación ¿cómo agradeceréte?

A los profesores, doctores, terapeutas y pacientes inmiscuidos en el desarrollo y culmen de este proyecto, por aceptar ser parte de él y por conducirme a implementar capacidades y saberes que, hoy por hoy, mejoran mi práctica sociológica y biomagnética, corroborado que hay formas más ecuánimes con nuestro cuerpo y con nuestro entorno para alcanzar la salud. ¿Cómo agradecerse los?

Por el momento, les dedico este trabajo, con la certeza de que su aporte a él y a mi vida es permanente, mismo que estimula nuevos anhelos y proyectos que, deseo compartamos.

¡Por mi raza hablará el espíritu!

## ÍNDICE

Introducción.....	p. 7.
<b>I. El neoliberalismo en la medicina.....</b>	<b>p. 15.</b>
<b>1.1</b> El desarrollo del neoliberalismo en la práctica médica alópata mexicana.....	p. 15.
<b>1.2</b> Características de la dependencia económica que merman la salud.....	p. 23.
<b>1.3</b> Políticas médicas neoliberales en nuestro país y su aplicación actual.....	p. 25.
<b>1.4</b> Modelo médico existente en nuestro país y su eficiencia.....	p. 33.
<b>II. Cultura y cosmovisión ante la salud y la enfermedad.....</b>	<b>p. 38.</b>
<b>2.1</b> Sincretismo cultural y cosmovisión en la atención a la salud.....	p. 38.
<b>2.2</b> Ideologías y prácticas médicas.....	p. 44.
<b>2.3</b> Fundamentos teórico-metodológicos para el análisis del proceso salud-enfermedad en México.....	p. 49.
<b>2.4</b> Investigación sociológica del proceso salud-enfermedad y de la práctica médica .....	p. 58.
<b>2.5</b> La medicina alternativa como opción para alcanzar la salud.....	p. 60.

<b>III. Lo social en el proceso salud-enfermedad y la práctica médica....</b>	<b>p. 66.</b>
<b>3.1</b> Implicaciones sociales de la medicina y la práctica médica alópata.....	p. 66.
<b>3.2</b> Características sociales de la medicina alternativa.....	p. 72.
<b>3.3</b> El aspecto social en la actividad terapéutica de la medicina alternativa.....	p. 77.
<b>3.4</b> Elementos socioeconómicos y culturales en la relación terapeuta-paciente.....	p. 79.
<b>IV. Medicina complementaria y alternativa.....</b>	<b>p. 82.</b>
<b>4.1</b> Definición y clasificación de la medicina complementaria y alternativa.....	p. 82.
<b>4.2</b> Resurgimiento de las terapias complementarias y alternativas en México y en el mundo .....	p. 86.
<b>4.3</b> Homeopatía.....	p. 89.
<b>4.4</b> Acupuntura.....	p. 93.
<b>4.5</b> Biomagnetismo médico.....	p.98.
<b>V. Investigación del uso del par biomagnético     como alternativa médica.....</b>	<b>p. 109.</b>
<b>5.1</b> Cómo cura el par biomagnético.....	p. 109.
<b>5.2</b> Beneficios de la utilización del par biomagnético.....	p. 112.
<b>5.3</b> Tendencias en el uso y la práctica del biomagnetismo médico.....	p. 115.

Conclusiones.....	p. 123.
Anexos.....	p. 130.
Bibliografía.....	p. 148.
Hemerografía.....	p. 150.
Fuentes electrónicas.....	p. 151.

## INTRODUCCIÓN

Existen variadas explicaciones, desde la perspectiva biomédica, acerca de las causas que afectan la salud y/o propician la enfermedad, sin embargo, dejan de lado aspectos subjetivos que pueden influir el proceso salud-enfermedad y la práctica médica. Con esta investigación pretendemos evidenciar las características inherentes al sujeto que devienen de la formación social a la que pertenecen, condicionadas éstas por las circunstancias históricas, políticas y culturales que, a su vez, intervienen en la forma en que los sujetos viven y atienden el proceso salud-enfermedad, sin olvidar ni menospreciar los aspectos biológicos presentes en el mismo proceso.

A partir del *análisis social del proceso salud-enfermedad* notamos que el ser humano trata siempre de salvaguardar la vida, según los modos distintos con que se expresan las relaciones sociales en determinado momento histórico, es decir, conforme a la *cosmovisión*. Desde un enfoque sociológico podemos observar el conocimiento acumulado sobre las diversas formas de curar<sup>1</sup>. En esta investigación, partimos de la perspectiva materialista histórica dialéctica para analizar la premisa de que la apropiación desigual de los bienes materiales de las diferentes clases sociales provoca una *tendencia*<sup>2</sup> distinta de entender el proceso salud-enfermedad y atenderlo. A través de la *sociología del proceso salud-enfermedad y de la práctica médica*<sup>3</sup> pretendemos mostrar la importancia de las cuestiones socioculturales y económicas de dicho proceso social.

Utilizamos el adjetivo sociocultural y económico para hacer referencia a los factores que se establecen dentro de una realidad concreta que pueden relacionarse con cómo interactúan las personas entre sí, con el medio ambiente y entre grupos sociales. Es decir, situaciones económicas y culturales que comparte una sociedad en un momento y lugar geográfico determinado, cuya expresión tiene que ver con la forma de organización social, en este caso, la lucha de clases derivada del sistema capitalista. Esta expresión se concreta en diversas expresiones, desde la familia, hasta las instituciones educativas, religiosas, médicas, culturales, gubernamentales, entre otras. Por lo tanto, lo social, lo cultural y lo económico, aparecen como vínculos esenciales que “deben ser analizados a partir de la condición de hombre como ser social que interactúa con

---

<sup>1</sup> Iván Illich en su obra *Némesis médica* en el apartado de “yatrogénesis estructural” hace un análisis detallado de cómo ha cambiado la concepción de la salud, de la enfermedad y de la muerte a través del tiempo, conforme cambian, también, los modos de producción.

<sup>2</sup> A lo largo de esta tesis, pretendemos mostrar situaciones socioculturales y económicas que condicionan la forma de actuar frente al proceso salud-enfermedad y la práctica médica; con la idea de fundamentar nuestras hipótesis y desarrollar futuras investigaciones.

<sup>3</sup> Término acuñado por el doctor Raúl Rojas Soriano.

sus semejantes y que en dependencia del grado de desarrollo en que se encuentre y las condiciones históricas, así serán los procesos, formas y niveles de su práctica social” (Jonathan Jesús Leyva Noa, *Hacia una mejor comprensión de los estudios socioculturales*<sup>4</sup>). Temas que profundizamos en el segundo capítulo.

Considerar lo *social en el proceso salud-enfermedad* significa hablar de aspectos económicos, socioculturales, educativos e ideológico-políticos de los individuos inmersos en él, dentro del ambiente social. Para el materialismo histórico dialéctico, los sujetos tienen un cierto modo de vida condicionado por la forma como trabajan y obtienen sus recursos económicos y el monto de éstos. Poseen también determinados patrones socioculturales y expectativas (*cosmovisión*) que modelan sus ideas y actitudes así como la manera de comportarse socialmente. Por lo tanto, la elección de cualquier sistema médico está ligada a esas implicaciones socioeconómicas y culturales; hecho que analizamos en el tercer capítulo.

Las opciones médicas para la población mexicana se diversifican en las últimas dos décadas del siglo XX, debido a la recuperación de variadas técnicas tradicionales como por la introducción de diversas terapias alternativas a la medicina convencional<sup>5</sup>, misma que a partir de *la neoliberalización de la medicina* mercantiliza la atención del proceso salud-enfermedad. Desde entonces existe 1) la práctica médica alópata, que ejerce hegemonía sobre la prestación de servicios médicos y la formación de las profesiones en el área, 2) la medicina tradicional, que evoluciona desde la conquista europea afín con los conocimientos ancestrales de nuestros pueblos nativos y, 3) la medicina alternativa, que clasifica una gama de terapias heterogéneas no alopáticas que no provienen de nuestras tradiciones ancestrales.

Desde la perspectiva sociológica que nos guía, agregamos a la conceptualización de la medicina alternativa una especificación dada por la hegemonía capitalista: los sistemas médicos no alópatas son considerados como alternativos debido al predominio de la ideología burguesa sobre todas las esferas sociales, desde la producción hasta la significación de las cosas. Por tanto, todo aquello que escapa a las leyes del sistema es calificado como fuera de las normas y es relegado. La medicina no alópata, en este sentido, se entiende fuera de la medicina convencional y por lo tanto se le da el apelativo de alternativa.

---

<sup>4</sup> <http://xn--caribea-9za.eumed.net/hacia-una-mejor-comprension-de-los-estudios-socioculturales/>

<sup>5</sup> Dentro de este trabajo utilizamos indistintamente los términos “medicina occidental”, “medicina convencional” y “medicina alopática” para referirnos a la práctica médica dominante en nuestro país.

Sin embargo, las mismas terapias alternativas se asumen como tales por el hecho de reflexionar que son una opción a la medicina alópata. En el cuarto capítulo abordamos dos tipos de medicina; adelanto la definición de medicina alternativa:

*Terapia no alopática que escapa de la conceptualización lineal de la medicina convencional, la cual ofrece opciones frente a la manera de entender y atender el proceso salud-enfermedad.*

La diversificación de las opciones médicas está íntimamente ligada con los cambios sociales, políticos y económicos dados en la Ciudad de México –que es muestra de la situación en que se encuentra inmerso el país– en la década de 1980 cuando la nación se *neoliberaliza*<sup>6</sup>. A partir de entonces, los gobernantes deciden disminuir los recursos para proyectos derivados de la política social y aplicar los dictámenes del Fondo Monetario Internacional (FMI) y la banca privada sin importar las consecuencias sociales. En el primer capítulo ahondamos en *el neoliberalismo en la medicina*.

Partimos de la premisa de que los efectos modernizadores neoliberales en México, en lo que se refiere a su incidencia en el sistema oficial de atención médica en el nivel curativo, basado en la alopátia –que responde a disposiciones económicas, de acumulación y de modernización, apegada a dictámenes de organismos internacionales y alejada de la atención a la salud–, están provocando una ineficiente cobertura en los servicios médicos, debido a una creciente incompatibilidad entre las necesidades de la población y la atención que brinda el sistema<sup>7</sup>, misma que ha decrecido tanto en cantidad como en calidad desde la era neoliberal. La medicina alternativa, en este contexto, se convierte en una opción para hacer frente a los problemas de salud.

Diferentes sectores de la sociedad moderna buscan un acercamiento con las terapias alternativas por lo que es relevante efectuar un análisis sociológico de las relaciones existentes entre estos grupos sociales y el tipo de medicina que utilizan para atender su proceso salud-enfermedad, además de los resultados que

---

<sup>6</sup> La corriente neoliberal atribuye al Estado un papel importante en las causas de la crisis. Plantea que la inflación y el déficit gubernamentales pueden reducirse si se limita el gasto público.

<sup>7</sup> Nosotros planteamos una relación entre el neoliberalismo y los más y mayores problemas de salud ya que, por una parte, este sistema económico permite la explotación de los recursos materiales, naturales y humanos más severa y, por otra parte, limita los bienes y servicios que brinda el Estado para la reproducción social remitiéndolos a la esfera del mercado. Parte de esta argumentación tiene fundamento en la disminución de la “seguridad social” y la creciente oferta de servicios médicos privados, este hecho limita el acceso a quienes no tienen los recursos socioeconómicos y culturales.

Iván Illich en *Némesis médica*, por el contrario, considera que la menor asistencia médica evita que la *yatrogenesis clínica* (causada por las malas prácticas médicas) continúe afectando a la población. Más adelante profundizaremos en el tema.

obtienen de esa elección, es decir, cuáles son los factores socioculturales y económicos que lo propician.

Las técnicas alternativas usualmente aplicadas en México son la homeopatía y la acupuntura. Sin embargo, para realizar este análisis sociológico utilizamos el biomagnetismo médico<sup>8</sup>, terapia alternativa recién descubierta (10 de octubre de 1988) con numerosos testimonios de efectividad<sup>9</sup>, ya que es una terapia que nos interesa popularizar debido a que no es invasiva ni causa *yatrogenesis clínica*.

El tema central de nuestra investigación es evidenciar los elementos socioeconómicos y culturales que sustentan el uso de distintos sistemas médicos existentes en nuestro país y verificar cómo se interrelacionan estas razones para explicar la elección de una técnica terapéutica sobre otras, a partir de testimonios de usuarios y terapeutas que permiten apreciar las *tendencias*<sup>10</sup> en el comportamiento social frente al proceso salud-enfermedad y la práctica médica. Saber las causas socioeconómicas y culturales que favorecen el uso y la práctica de la medicina alternativa, concretamente el biomagnetismo médico, es la inquietud que guía nuestro análisis en el último capítulo, a partir del entendimiento de la situación en la Ciudad de México de la práctica médica y las constantes transformaciones que sufre a partir de la aplicación de las leyes neoliberales.

Por lo tanto, para ir concretando nuestra problemática, surge una primera pregunta: ¿en qué medida influyen los factores socioculturales y económicos de la población de la Ciudad de México y zona conurbada respecto a sus actitudes hacia la deliberación entre un sistema médico alternativo u otra opción médica? Es decir, ¿qué condiciona la elección de la medicina alternativa frente a la medicina alopática?

Hasta el momento, podemos mencionar que la principal motivación tiende a ser el descontento con algunas características de la medicina occidental: la atención de la enfermedad, la deficiente relación médico-paciente, el tratamiento primordialmente químico-farmacéutico, la *yatrogenesis clínica*. Estos problemas se reducen o anulan en la medicina alternativa al dedicar más tiempo al paciente en conjunto y no sólo a sus síntomas clínicos de la enfermedad, además del hecho

---

<sup>8</sup> El término "biomagnetismo médico" se utiliza indistintamente con el de "par biomagnético" debido a que el creador de la técnica lo permite.

<sup>9</sup> Tan sólo para el primer año de su descubrimiento hay 18 pacientes diagnosticados por el IMSS con SIDA curados con el par biomagnético.

<sup>10</sup> Debido a que nuestra investigación es limitada por el tiempo como en presupuesto, la fundamentación de nuestra hipótesis se basa en mi experiencia: en principio como familiar de un enfermo, después como paciente de la técnica biomagnética médica y, finalmente, como terapeuta. Asimismo, incluye las entrevistas a seis colegas y doce pacientes que nos permite observar las predilecciones de los usuarios del *par biomagnético*.

de considerar los aspectos emocionales como parte de la sanación y reducir el padecimiento de efectos secundarios dañinos para el organismo humano.

Consideramos que la preferencia a recurrir a la medicina alternativa está íntimamente ligada con el nivel socioeconómico y educativo. Esta fundamentación surge de las tesis marxistas de *la acumulación desigual de capital*, es decir, de acuerdo con la relación con los medios de producción tiende a ser el nivel de vida de las personas y, en determinada manera, los problemas médicos y la manera de restablecer su salud.

La perspectiva teórica del materialismo histórico y dialéctico del proceso salud-enfermedad nos brinda una comprensión más profunda del fenómeno pues toma en cuenta las condiciones sociohistóricas en donde se encuentra inmerso. Asimismo, considera al fenómeno como totalidad lo que evita entender de forma aislada el hecho social en la realidad concreta, por lo que permite fundamentar la hipótesis de que la enfermedad, la recurrencia con la que se presenta y la letalidad que la caracteriza, pueden explicarse por las condiciones materiales de trabajo y de vida de los distintos grupos sociales.

Siguiendo estos lineamientos, podemos responder, más adelante, a las preguntas que guían nuestra investigación: ¿Qué variables socioeconómicas y culturales influyen para que se difundan las enfermedades? ¿Cómo las perciben los individuos desde su marco sociocultural y qué conducta adoptan frente a la atención médica convencional brindada por el Estado que los conduce a la elección de terapias médicas alternativas para el tratamiento de su proceso salud-enfermedad?

Para lograrlo necesitamos analizar el tipo de sociedad en que vivimos, la *ideología dominante*<sup>11</sup>, cómo se integran cada una de las clases y grupos sociales específicos y qué relaciones mantienen entre sí. Involucra también el conocimiento

---

<sup>11</sup> En la *Crítica de la economía política* Marx afirma que la ideología abarca el derecho, la política, la religión, el arte, la filosofía, y (sugiere) hasta la misma ciencia y es un “producto social”: los pensamientos de los hombres son consecuencia de la sociedad en la que viven, particularmente del orden económico vigente. La ideología dominante deforma la descripción de la relación del hombre con el mundo para mantenerse en su situación de dominio.

*También las formaciones nebulosas que se condensan en el cerebro de los hombres son sublimaciones necesarias de su proceso material de vida, proceso empíricamente registrable y sujeto a condiciones materiales. La moral, la religión, la metafísica y cualquier otra ideología y las formas de conciencia que a ellas corresponden pierden, así, la apariencia de su propia sustantividad, no tienen su propia historia ni su propio desarrollo, sino que los hombres que desarrollan su producción material y su intercambio material, cambian también, al cambiar esta realidad, su pensamiento y los productos de su pensamiento. No es la conciencia la que determina la vida, sino la vida la que determina la conciencia* (Carlos Marx, *La ideología alemana*, p. 26).

de la forma de vida y de trabajo de los individuos, teniendo como marco para nuestro análisis la crisis generalizada que enfrenta el país.

La diferenciación entre las clases sociales respecto al proceso salud-enfermedad está ligada a la misma distinción de clase, que es dada por la forma en que se obtienen los recursos para subsistir. La definición de Lenin de *clases* nos sirve de punto de partida:

*Se denominan clases a grandes grupos de hombres que se diferencian por su lugar en el sistema históricamente determinado de la producción social, por su relación (en la mayoría de los casos confirmada por las leyes) hacia los medios de producción, por su papel en la organización social del trabajo y por consiguiente, por los medios de obtención y por el volumen de la parte de la riqueza social de que disponen. Las clases son grupos de hombres en los que unos pueden atribuirse el trabajo de otros gracias a la diferencia del lugar que ocupan en un determinado sistema de la economía social (Obras escogidas, "Una gran iniciativa", pp. 612-613).*

Dentro de una misma clase social existen situaciones diferenciales respecto de los mismos estándares, derivadas de:

1. La rama de la economía en que se trabaja.
2. La manera concreta de insertarse en el proceso de trabajo (tipo de ocupación, condiciones de trabajo).
3. El monto de salario que percibe (derivado de lo anterior) y que a su vez condiciona la reproducción de la fuerza de trabajo (vivienda, alimentación, vestido, etcétera).
4. Condiciones de empleo y,
5. El nivel educativo, la conciencia de clase y las características culturales.

Aunque la doctrina marxista sólo reconoce la existencia de dos principales clases antagónicas, la burguesía y el proletariado, en constante conflicto o *lucha de clases* por la repartición desigual del capital, existe una corriente marxista que afirma que, aunque su análisis primigenio es dicotómico, en escritos posteriores Marx considera el desarrollo de *estratos intermedios* no explicables dentro de la relación binaria opresor-oprimido. Agustín Cueva en el texto *La teoría marxista. Categorías de base y problemas actuales* admite la existencia de otros grupos o capas sociales que para los fines teóricos marxistas no son relevantes puesto que

no cambian la explicación de la lucha de clases. “Dado su rango teórico las clases sociales sobredeterminan a los demás grupos y categorías sociales, imprimiéndoles modalidades específicas de existencia: marcándolas con un ‘sello de clase’” (p. 35). De acuerdo con lo anterior,

*Los grupos sociales según la teoría marxista no constituyen clases sociales propiamente dichas. Y no lo son, porque tales grupos, a los que denominaré capas o categorías, no se generan a nivel de la matriz económica de un determinado modo de producción, sino que surgen a nivel superestructural, sea en la instancia jurídico-política (caso de la burocracia), o bien en la ideológica (caso de los intelectuales) (ibíd. p. 33).*

Esta aclaración nos permite hablar de capas medias aun cuando utilizamos las leyes y categorías del materialismo histórico y dialéctico. Lo que nos da oportunidad de realizar nuestra primera definición:

*Las capas medias viven el proceso salud-enfermedad de acuerdo con sus condiciones materiales de existencia. Habitualmente se acercan a la medicina alternativa como un método complementario para restablecer la salud. Esto no significa que dejen de acudir con médicos alópatas, más bien, buscan otras opiniones para combatir la enfermedad y restablecer la salud, ya que cuentan, por lo general, con conocimientos más amplios y recursos económicos para hacerlo.*

Es decir,

1. Al responder la medicina alopática al modelo biomédico hegemónico, dominado por la industria químico-farmacéutica y de equipo médico, su interés se centra básicamente en hacer funcionar el organismo humano para que siga trabajando y produciendo plusvalía en la industria en la que labora y no curar realmente enfermedades.
2. En la medida que la medicina alopática deje de lado los aspectos socioculturales de la población habrá una mayor tendencia a buscar terapias médicas alternativas que satisfagan las necesidades del paciente y de su familia.
3. Dado que la medicina alternativa, en este caso el par biomagnético, considera los aspectos socioculturales y psicológicos del individuo, además de ser una práctica médica no invasiva, la gente está más dispuesta a utilizarla cuando considera que la medicina alopática no le resuelve sus problemas de salud.

Hipótesis que tratamos de desarrollar a lo largo de esta investigación. Por lo tanto, nuestro objetivo primordial es conocer las principales causas socioeconómicas y culturales, derivadas de su situación de clase, por las que la población de la Ciudad de México y la zona conurbada recurre a la medicina alternativa, específicamente, al uso y la práctica del biomagnetismo médico. Para precisar dicho objetivo, es necesario:

1. Identificar y jerarquizar los factores que condicionan la elección de las terapias médicas alternativas de los habitantes de la Ciudad de México y la zona conurbada cuando buscan solucionar un problema de salud.
2. Demostrar la mayor eficacia del par biomagnético frente a la medicina alopática en determinados padecimientos<sup>12</sup>. El primero surge como opción no invasiva ni iatrogénica para el tratamiento de cierta patología humana cuando el paciente y su familia *ven* agotados los recursos de la práctica médica convencional, e insatisfechas sus expectativas de salud.
3. Revelar la importancia que tienen los aspectos subjetivos en el proceso salud-enfermedad que son ignorados en el tratamiento alopático y que sí son considerados por la medicina alternativa, específicamente, en el biomagnetismo médico. Tales son los elementos psicoemocionales que pueden influir en el curso de la enfermedad.
4. Sistematizar la información sobre el uso del par biomagnético resultante del análisis documental y la práctica terapéutica para contribuir a futuras investigaciones en este campo.

---

<sup>12</sup> El biomagnetismo médico es capaz de erradicar cualquier enfermedad que se deriva de la asociación de microorganismos patógenos (virus, bacterias, hongos y/o parásitos) y los efectos que deja en los órganos, glándulas y/o sistemas humanos, siempre y cuando no haya daños estructurales debido a que no regenera células ni tejidos pero sí disminuye las disfunciones provocadas por esos daños. El par biomagnético reconoce sus limitaciones y en casos como emergencias médicas y traumatismos recomienda el uso de la medicina alópata.

*El desarrollo del capitalismo no es otra cosa que el desarrollo desigual en el tiempo (movimiento cíclico sujeto a periódicas crisis) y en el espacio (contrastes entre la ciudad y el campo, entre países adelantados y países atrasados) hasta la cada vez mayor desigualdad en la distribución de la riqueza y el bienestar social (Agustín Cueva, *El desarrollo del capitalismo en América Latina*, p. 219).*

## I. EL NEOLIBERALISMO EN LA MEDICINA

### 1.1 El desarrollo del neoliberalismo en la práctica médica alópata mexicana

El interés de comenzar esta disertación refiriéndonos al neoliberalismo se justifica por el hecho que el proceso salud-enfermedad y las prácticas médicas actuales se encuentran, en gran medida, condicionados por los contextos socioeconómicos y culturales impuestos por dicho modelo: disminución de los salarios reales e incremento del sub y desempleo, aunados a la reducción del gasto social. Hechos que se reflejan en el empobrecimiento generalizado de la población y el deterioro de sus condiciones de vida<sup>13</sup>.

Reducir el gasto público, afianzar la actividad de la empresa privada a través de la liberación del mercado mundial y el impulso a la inversión extranjera, además de favorecer la libre circulación de mercancías entre los países, son tres de los argumentos de esta nueva postura que reniega las propuestas del *Estado de Bienestar* como una forma inteligente de adaptarse a la globalización económica. José Valenzuela en el libro *Crítica del modelo neoliberal* y en el artículo “Cinco dimensiones del modelo neoliberal” de la revista *Política y cultura* considera que el deterioro social no es simple efecto de la crisis económica proveniente del neoliberalismo sino indispensable de la política neoliberal de “ajuste y cambio estructural”<sup>14</sup> que se asocia a la situación social anterior y a las instituciones de bienestar social existentes. Desde esta perspectiva, el neoliberalismo es más que una política económica y se configura como “un proyecto global de organización

---

<sup>13</sup> De acuerdo con la Comisión Nacional de Salarios Mínimos éste aumenta en 2014 un 3.9 por ciento, significando alrededor de 2.46 pesos diarios. Mientras que los precios al consumidor se elevan a 4.1 por ciento anual de acuerdo con datos presentados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en agosto de 2014.

<sup>14</sup> José Valenzuela Feijóo, *Crítica del modelo neoliberal: El FMI y el cambio estructural*, Facultad de Economía, UNAM, 1991.

de la sociedad y, por lo tanto, de redefinición de la relación entre las clases” (Asa Cristina Laurell, *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, p. 170).

En México, el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988) acata las condiciones impuestas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), controla la inflación con la reducción del gasto público y vende numerosas empresas paraestatales. Además, abandona el modelo de sustitución de importaciones e impulsa la apertura comercial y las exportaciones como sustento del desarrollo nacional. En palabras de Agustín Cueva, “Las fuerzas del Estado y las del gran capital se han acoplado para construir un capitalismo monopolista del Estado bajo la égida de los consorcios transnacionales” (*El desarrollo del capitalismo en América Latina*, p. 233).

El recorte presupuestal en aspectos como la salud y la educación pública agravan la situación de la clase más desprotegida. Desde 1984 la desigualdad social se acrecenta, favoreciendo el estrato social más rico. Como contraparte, casi dos tercios de la población son pobres. Dicho ya por Agustín Cueva:

*Se ha producido una verdadera quiebra del Estado burgués ‘benefactor’ que a nivel presupuestario se expresa por la drástica compresión de los denominados ‘gastos sociales’... Reducción de los servicios públicos como la educación, la atención a la salud o construcción de vivienda popular a su mínima expresión... Su particularidad radica en que ipso facto determina una caída de los principales índices de bienestar social (ibíd. p. 231).*

En la actualidad, la Ciudad de México y el área conurbada se hallan envueltas en una serie de contradicciones, el crecimiento de la producción y organización capitalistas en detrimento de la protección social con un aumento en la proletarianización (salario como elemento central de supervivencia) y la pobreza, mismas condiciones que se acentúan a raíz del neoliberalismo. En el ámbito de los servicios médicos, el Estado destina cada vez menos presupuesto a las instituciones públicas encargadas de ellos lo que, en última instancia, merma la salud del grueso de la población<sup>15</sup>. Además, desde la etapa neoliberal existen más problemas sanitarios debido a la intensificación de las jornadas laborales y los procesos que en ellas se realizan. Por tanto, se conjugan la mayor *explotación del hombre por el hombre* y la disminución de los recursos destinados al sector

---

<sup>15</sup> Iván Illich en *Némesis médica* difiere de nuestra afirmación. Para él, la falta de servicios médicos evita que haya más yatrogénesis clínica (la enfermedad del momento, que surge de la deficiente práctica médica) e, incluso, yatrogénesis social, puesto que la sociedad regresa la auto-sanación a partir de conocimientos heredados de nuestros ancestros.

médico derivando en el aumento de las enfermedades tanto en intensidad como en diversidad<sup>16</sup>.

La tendencia neoliberal busca abrir el campo de los servicios médicos alópatas a la inversión y a la ganancia privada con ayuda del Estado, mismo que garantiza la reestructuración de las instancias sociales de atención a la enfermedad para mercantilizar los servicios y garantizar la estabilidad de las ganancias en el rubro médico. Olivia López Arellano considera que para lograr estos hechos se conforman dos estrategias opuestas pero complementarias: “la intervención estatal se orienta hacia los ‘pobres’ en una lógica de beneficencia, mientras que para el resto de la población el acceso a diversos servicios se plantea a través del mercado (“La política de salud en México: ¿un ejemplo de liberalismo social?” en *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, p. 166).

La política sanitaria, en este sentido, produce una atención focalizada a sectores pobres por medio, principalmente, de la Secretaría de Salud y el Seguro Popular, y a sectores asegurados médicamente en instituciones del Estado (IMSS e ISSSTE, principalmente) en donde se promueve el autocuidado para evitar situaciones que generan enfermedades, soslayando que no son sólo las circunstancias individuales las que enferman al individuo sino los contextos sociales. Aunada a la privatización selectiva de servicios médicos donde el costo de los servicios es trasladado a los usuarios.

En nuestro país, la cuantificación de los costos asociados a los servicios médicos, de los medicamentos y del equipo necesario para brindar la atención médica alópata se asocia al Sistema de Cuentas Nacionales de México, del INEGI. Para una mayor información *vid. supra.* cuadro “PIB ampliado del sector salud por sector y tipo de bien o servicio”.

---

<sup>16</sup> De acuerdo con los registros administrativos del INEGI, en 2011 la diabetes mellitus (13.7%), las enfermedades isquémicas del corazón (12%), las del hígado (5.5%) y las cerebrovasculares (5.3%) son las principales causas de muerte de la población, las cuales ocasionaron 36.5% de los decesos totales. También reconoce como causas de muerte las agresiones, los accidentes y las lesiones que representan el 12.8 % del total. Además de la leucemia y las malformaciones genéticas.

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=>

<b>PIB ampliado del sector salud por sector y tipo de bien o servicio</b>			
Millones de pesos y porcentaje		2011P	
	Concepto	Privado	Público
	Total		
<b>PIB ampliado del sector salud respecto del PIB nacional</b>	<b>5.1%</b>	<b>3.0%</b>	<b>2.1%</b>
<b>PIB ampliado del sector salud</b>	<b>744 294</b>	<b>434 960</b>	<b>309 334</b>
<b>PIB de actividades económicas del sector salud</b>	<b>592 404</b>	<b>283 071</b>	<b>309 334</b>
Impuestos a los productos netos de subsidios del sector salud	2 052	2 052	0
Servicios médicos de atención ambulatoria	132 464	49 025	83 439
Servicios hospitalarios	159 004	15 608	143 396
Centros y residencias para el cuidado de la salud	2 091	997	1 094
Actividades auxiliares del cuidado de la salud	8 256	8 193	63
Administración de la salud pública	64 529	0	64 529
Fabricación de bienes para el cuidado de la salud	84 838	84 838	0
Bienes y servicios de apoyo	139 170	122 358	16 812
<b>Valor de trabajo no remunerado en cuidados de salud</b>	<b>151 889</b>	<b>151 889</b>	<b>0</b>
Valor con respecto al PIB nacional	1.0%	1.0%	0.0%

INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta Satélite del Sector Salud de México. 2008-2011. Base 2008.

De estos datos lo que nos interesa resaltar es la inversión del Gobierno Federal y Estatal a las instituciones de seguridad social: 90 de cada 100 pesos generados por la atención médica hospitalaria, tanto general como especializada, provienen de este sector público<sup>17</sup> mientras que el 88% de apoyo a la investigación científica y tecnológica para la salud, el comercio, así como la formación de personal médico, entre otros, proviene de los establecimientos privados.

Olivia López Arellano caracteriza esta intervención estatal como una medida de regulación y búsqueda de consenso, de modo que *lo social* son parte de las políticas electorales:

<sup>17</sup> Estos datos están en contradicción con nuestra afirmación principal, sin embargo, aquí vale la pena analizar en qué se gasta el dinero en las instituciones públicas, en la atención médica hospitalaria, en la compra de equipo médico, en el pago de salarios o en la compra de medicamentos. Lo cierto es que los testimonios que acompañan esta investigación hablan de la ineficiencia de los servicios médicos debido a la falta de atención médica como a los largos tiempos de espera y a la medicalización de la enfermedad.

*La relación que se establece entre la necesidad de gestión e intervención del Estado para apoyar activamente los proyectos de valorización y expansión del capital, y la regulación e institucionalización del conflicto de clases, conduce a refuncionalizar la acción estatal de modo que se corresponda con el proyecto modernizador y, al mismo tiempo, se inscriba en la búsqueda de consenso (“La política de salud en México: ¿un ejemplo de liberalismo social?” en *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, p. 168).*

Hay que analizar los datos con detenimiento, aunque el INEGI proporcione información que asemeje el servicio médico alópata público al privado nosotros no podemos olvidar que atienden a una cantidad muy distinta de población y que difieren en la calidad de las instalaciones y en la atención médica que brindan. Sin duda, el neoliberalismo trae consigo el aumento de la brecha entre clases y la disminución de los niveles de bienestar social, entre ellos el médico, al considerar que los gastos en este servicio son un lastre para las finanzas públicas y restan oportunidades al negocio biomédico. Olivia López Arellano en el capítulo “*La política de salud en México: ¿un ejemplo de liberalismo social?*” considera que la política social cambia gracias a “la intervención distributiva del Estado”: “Por una parte, se fomenta la participación de la iniciativa privada en la producción de servicios que suponen una mayor rentabilidad económica y se plantea su regulación a través de las fuerzas oligopólicas del mercado y, por otra, se profundiza la acción selectiva del Estado a través de programas de combate a la pobreza extrema” (Asa Cristina Laurell, *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, p.168).

Una de las características básicas del modelo neoliberal es la mayor acumulación capitalista, en el campo de la medicina se expresa en el creciente desarrollo de la industria químico-farmacéutica y de equipo médico. En *Hacia una política farmacéutica integral para México*, los autores sostienen que para 2005 el mercado farmacéutico mundial mantiene un perfil de crecimiento constante de alrededor del 10 por ciento en los últimos tres años<sup>18</sup>. La consultora *Deloitte* en su estudio *Perspectivas globales sobre ciencias de la vida 2013. Optimismo acorde a la realidad en un nuevo contexto* prevé que el mercado farmacéutico en México crezca 4.4 por ciento entre 2011 y 2016, con un monto de hasta 19,500 millones de dólares y los genéricos constituirán 14.8 por ciento del mercado total de medicamentos del país para 2016<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> El texto completo puede consultarse en:

[https://www.google.com.mx/?gfe\\_rd=cr&ei=a24wVPqOLMeR8QeymYFg&gws\\_rd=ssl#](https://www.google.com.mx/?gfe_rd=cr&ei=a24wVPqOLMeR8QeymYFg&gws_rd=ssl#)

<sup>19</sup> <http://www.cnnexpansion.com/economia/2013/05/23/mercado-farmaceutico-crecera-44>

Iván Illich en *Némesis médica* ya habla al respecto de cómo y por qué las sociedades modernas dependen de la industria médica:

*La razón se halla en la naturaleza del producto actualmente conceptualizado como "medicina". Este producto es un paquete constituido por sustancias químicas, aparatos, edificios y especialistas y distribuido como medicina al cliente. El proveedor más que sus clientes o su jefe político define el tamaño del paquete. El paciente queda reducido a un objeto en reparación; deja de ser un sujeto al que se le ayuda a curar (p. 89).*

Es evidente que al *neoliberalismo dentro del ámbito médico*<sup>20</sup> le conviene, como lo expresa el doctor Raúl Rojas Soriano tanto en sus textos como en las múltiples conferencias donde hay funcionarios de primer nivel del Sector Salud, que haya más personas enfermas para elevar sus ganancias.

Cuando la salud es vista como *mercancía* tiende a distribuirse diferencialmente entre los miembros de la sociedad. Federico Ortiz Quesada, considera que el neoliberalismo establece "una organización de la medicina, cuyos propósitos sirven al capital y al Estado, factor cuyo interés influye de modo decisivo en el conocimiento y práctica del médico" (Citado por Daniel López Acuña en *La salud desigual en México*, p. 66). Se vale para conseguirlo, entre otros recursos, de un aparato ideológico, de la organización del trabajo médico y del desarrollo científico moderno. Estos aspectos repercuten para que la práctica médica se centre, generalmente, en la atención curativa y rehabilitadora; escasamente prestan servicios preventivos, pues los elevados precios que la caracterizan están por encima del poder de compra de la gran parte de la población; de esta manera su acceso queda restringido.

El efecto primordial del neoliberalismo en la medicina alópata institucional es una ineficiente cobertura en los servicios médicos, debido a una creciente incompatibilidad entre las necesidades reales de la población en materia médica y las respuestas dadas por la medicina convencional. En México se presentan enfermedades prevenibles usualmente padecidas por sectores de la población que tienen un ingreso económico limitado (como cólera, tétanos, parasitosis y amibiasis, entre otras), enfermedades propias de la infancia como sarampión, viruela, que en países desarrollados están erradicadas y las enfermedades derivadas del desarrollo económico como cáncer, diabetes, hipertensión, estrés SIDA, entre otras<sup>21</sup>. El consumo de medicamentos es el remedio más

---

<sup>20</sup> Valga la expresión para referirnos a la práctica médica alópata que resulta de la entrada en vigor del sistema económico neoliberal.

<sup>21</sup> <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=>

recomendado por los galenos ante a las diversas patologías, incentivando la expansión de las industrias químico-farmacéuticas.

Una de las consecuencias inmediatas del modelo neoliberal es la severa *restricción presupuestaria* para atender las necesidades de la población. Olivia López Arellano concluye en “*La política de salud en México: ¿un ejemplo de liberalismo social?*” que:

*La drástica disminución del gasto social, la focalización de los recursos en zonas de importancia económica y/o política, la intervención selectiva a través de las acciones de combate a la pobreza extrema y la reorganización institucional con el fin de conservar un mínimo de servicios baratos y simplificados para los grupos más depauperados, delinean una política social de neo-beneficencia. Si bien, no está en presencia de un proceso de desmantelamiento global de las instituciones de bienestar social, su modernización conservadora entraña costos sociales sumamente elevados para las mayorías (Asa Cristina Laurell, Estado y políticas sociales en el neoliberalismo, p. 182).*

La manutención y cuidado médico de los trabajadores y sus familias depende de: a) la disponibilidad de empleo y de la remuneración, que condicionan la cantidad y calidad de los bienes que las familias pueden comprar en el mercado; b) del conjunto de actividades que sus integrantes realizan en el ámbito doméstico para la sustento cotidiano; y c) de la prestación de servicios por parte del Estado: educación, seguridad social y servicios médicos. Condiciones que sufren importantes modificaciones desde la década de 1980: caen los salarios reales, empeorado la distribución del ingreso<sup>22</sup> y los servicios públicos siguen decreciendo en cantidad y calidad<sup>23</sup>.

Los hogares tienden a adecuar sus estrategias de vida para enfrentar fenómenos como el desempleo, la caída de los salarios y del ingreso familiar, aunadas a

---

<sup>22</sup> El Centro de Análisis Multidisciplinario (CAM) de la Facultad de Economía (FE) de la UNAM destaca en *Poder adquisitivo del salario y la precarización del nivel de vida de los trabajadores en México 2012* que en el último cuarto de siglo, el poder adquisitivo del salario mínimo pierde un 76.3 por ciento, para ejemplificarlo afirma que con un salario mínimo se podían adquirir 50.9 kilogramos de tortilla hace treinta años mientras que en 2012 el volumen cayó a 5.1, es decir, 45.7 kilogramos menos.  
[http://enes.unam.mx/?lang=es\\_MX&cat=economía-y-negocios&pl=en-25-anos-el-poder-adquisitivo-del-salario-minimo-perdio-763-por-ciento](http://enes.unam.mx/?lang=es_MX&cat=economía-y-negocios&pl=en-25-anos-el-poder-adquisitivo-del-salario-minimo-perdio-763-por-ciento)

<sup>23</sup> En México, de acuerdo con la información presentada por Guadalupe Soto Estrada *et. al.* en *Rasgos generales del sistema de salud en México*: más de la mitad del financiamiento al sector médico es privado y la mayoría de este proviene de los hogares de los enfermos que atienden sus necesidades. Lo que favorece un alto grado de inequidad e ineficiencia de los recursos, pues se obtiene atención según la capacidad de pago y no según la necesidad de las personas.  
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/15.pdf>

formas de subsanar la salud. Tales tácticas tienen el potencial de contrarrestar o reducir el deterioro en los niveles de bienestar, causados por la recesión y las políticas de ajuste-estabilización, algunas de las cuales juegan un papel clave como mecanismo amortiguador de la mengua de las condiciones de vida, aumentando la carga de trabajo de los hogares, al absorber el cuidado de salud de sus enfermos debido, entre otras causas, a las cortas estadías en los hospitales por el alto costo o la disponibilidad del servicio.

*Las mujeres realizaron el 76% de las horas de trabajo no remunerado en cuidados de salud y se encargan principalmente de bañar, asear, dar terapias y dar de comer al enfermo, mientras que los hombres se enfocan a la administración de medicamentos y al monitoreo de los síntomas, con sólo el 14% del tiempo de atención a los enfermos... del total de horas el 53.5% se destinaron a la atención de enfermos cuyo padecimiento es temporal (gripa, tos, fiebre, infección estomacal, entre otros); 28.3% al cuidado de enfermos crónicos o con alguna limitación física o mental, y 18.2% para atender a enfermos de otros hogares (INEGI, Estadística a propósito de... día mundial de la salud. Datos económicos nacionales. pp. 10-11).*

Otra secuela del neoliberalismo dentro de las entidades médicas es la *especialización de los galenos* que responde más a necesidades de países desarrollados que a las de México, lo que conlleva a la concentración de profesionales en centros médicos de alta especialidad cuando la mayor parte de las enfermedades son tratables con conocimientos generales de medicina. “A los médicos ya no les interesa el arte práctico de curar lo curable, sino la salvación de la humanidad de las cadenas de la enfermedad, la invalidez e incluso de morir... se han convertido en administradores burocráticos que aplican principios y métodos científicos a categorías enteras de casos médicos” (Iván Illich, *Némesis médica*, p. 99).

La educación de los profesionales médicos tiende, mayormente, a la creación de ganancia, encontrándose ellos sujetos a las leyes mercantiles. Lo anterior lleva al galeno, por lo general, al lucro y a la atención impersonal, deshumana y burócrata soslayando la enfermedad como producto de las condiciones económico-sociales y conflictos psicológicos de la población que atienden.

El desarrollo técnico y científico del modelo biomédico dominante es costoso, de acuerdo con el INEGI más de la mitad de la inversión en salud se destina a la infraestructura médica<sup>24</sup>, es decir, equipo, mantenimiento, remodelación o

---

<sup>24</sup> Para brindar los servicios de atención médica el sector invirtió cerca de 32 mil millones de pesos en la adquisición de equipo médico e infraestructura en el año 2011.

construcción de hospitales con el objetivo de cubrir a más población, sin embargo, el acceso es cada vez es más limitado e incluye a menos personas, de acuerdo con datos del último censo sólo cubre al 20 por ciento de ella y la restante busca otra opción para la atención de sus afecciones de salud.

Según Asa Cristina Laurell en el capítulo “*Avanzar el pasado: la política social del neoliberalismo*” esto tiene que ver con que en nuestro país sólo puede existir una privatización *selectiva* de los beneficios sociales (ya que la población que es pobre no puede pagar por ella y orillarla a ese punto puede desencadenar revueltas sociales); necesita que:

*Se cree una demanda de los beneficios o servicios privados, lo que sólo ocurre cuando los proporcionados por el sector público son percibidos como insuficientes o malos; que se generen formas estables de financiamiento para sufragar los altos costos de los beneficios o servicios privados; que el sector privado tenga la suficiente maduración para poder aprovechar el incentivo a su expansión que la retracción estatal significa (Asa Cristina Laurell, *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, p. 139).*

## **1.2 Características de la dependencia económica que merman la salud**

Los rasgos de la vida social de nuestro país se esclarecen en el modelo de desarrollo de la economía mexicana como *dependiente*<sup>25</sup>. Para Olivia López Arellano en *La política de salud en México: ¿un ejemplo de liberalismo social?* “se inicia así una estrategia global de reestructuración económica cuyos ejes centrales son: el recorte al gasto público (incluido el gasto social), la reconversión industrial, la liberalización del comercio, la privatización de empresas y servicios, así como la integración cada vez más orgánica a la economía de los EUA” (Asa Cristina Laurell, *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, p. 167). Se generan formas políticas, ideológicas y jurídicas<sup>26</sup> para promover el desarrollo socioeconómico de los dueños de los medios de producción y las características

---

<sup>25</sup> El objeto de estudio de la “*teoría de la dependencia*” es la formación económico-social latinoamericana, a partir de su inserción a la economía capitalista mundial. Abarca el periodo colonial y el post-independientista, en el cual la economía exportadora cede el paso a un régimen de superexplotación del trabajo como contrapartida de la transferencia de valor y plusvalía que las economías dependientes realizan sistemáticamente hacia las industrializadas.

<sup>26</sup> Olivia López Arellano afirma que la relación que se establece entre la necesidad de gestión e intervención del Estado para apoyar activamente los procesos de valorización y expansión del capital y, la regulación e institucionalización del conflicto de clases, conduce a refuncionalizar la acción estatal de modo que se corresponda con el proyecto modernizador y, al mismo tiempo, se inscriba en la búsqueda de consenso.

de la estructura de poder convenientes a las necesidades burguesas trayendo consigo una mayor explotación, desempleo, subempleo para el resto de la sociedad<sup>27</sup>.

Tendencia primordial de las naciones dependientes es el desigual desarrollo interior del país conforme a las áreas que cuentan con los recursos necesarios para promover la producción y acumulación capitalista. La Ciudad de México lo ejemplifica: dispone de fuerza de trabajo (la habita casi el 20 por ciento de la población); posee medios de transporte y vías de comunicación que facilitan el traslado de mercancía. Reúne actividades económicas, políticas, culturales y médicas, provocando un crecimiento inmoderado de la urbe debido a la migración. Tal situación genera serios problemas por la falta de espacio apto para habitarse, a consecuencia de la contaminación y el hacinamiento<sup>28</sup>.

Los convenios mercantiles con sus vecinos del norte acrecentan *la dependencia de México*<sup>29</sup> con aquellos. "Al hacerlo, configura de manera específica las relaciones de explotación en que se basa, y crea un ciclo de capital que tiende a reproducir en escala ampliada la dependencia en que se encuentra frente a la economía internacional" (Ruy Mauro Marini, *Dialéctica de la dependencia*<sup>30</sup>). Acentúa las contradicciones sociales en el país al intensificarse en una reducida parte de la población la acumulación de la riqueza, en tanto que la mayoría ve disminuida su participación en el ingreso nacional.

*La economía internacional es: I) profundamente contradictoria y conflictiva. Por lo mismo, en esta instancia el peso del factor político-estatal resulta especialmente fuerte; II) sirve como vehículo de dominación y de transferencias de excedentes en favor de las grandes potencias. Por lo mismo, si se piensa en por ejemplo los países atrasados, se subentiende que toda política de apertura irrestricta (libre comercio, libertad cambiaria, libre movimiento de capitales, etc.) sólo puede provocar la reproducción y*

---

<sup>27</sup> De acuerdo con el análisis de José Valenzuela Feijóo *Cinco dimensiones del modelo neoliberal* el aumento de la plusvalía está directamente relacionado, básicamente, con el descenso drástico del salario real, es decir, cuánto del tiempo que por cada hora laborada trabaja para sí cada trabajador y cuánto del tiempo que trabaja es para el capital. Lo que Marx denomina "tiempo de trabajo retribuido" y "tiempo de trabajo no retribuido": En 1982 por cada hora trabajada correspondían 18 minutos al trabajador y 42 al capital. En 1995, al trabajador le correspondían 9 minutos con 36 segundos y al capital 50 minutos con 24 segundos. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26700802>

<sup>28</sup> Hacia finales de siglo, tres cuartas partes de la población mexicana vive en las ciudades.

<sup>29</sup> México es el segundo país con el mayor número de Tratados de Libre Comercio en el mundo, con catorce de ellos, siendo el TLCAN el más importante. La red de Tratados de Libre Comercio de México con 43 países, en tres continentes, representa una oportunidad única para el comercio y la inversión exterior pues crea un marco jurídico que ofrece certidumbre a los exportadores, inversionistas y consumidores; no así para el grueso de la población.

<sup>30</sup> Publicado en internet gracias a Ediciones Era [http://www.marini-escritos.unam.mx/004\\_dialectica\\_es.htm](http://www.marini-escritos.unam.mx/004_dialectica_es.htm)

*acentuación del atraso y la dependencia* (José Valenzuela Feijóo, *Política y cultura*, “Cinco dimensiones del modelo neoliberal”, pp. 17-18).

Finalmente, una propiedad de los países dependientes es la total apertura de su mercado interno hacia la inversión privada justificada por la búsqueda del desarrollo económico y social, aunque la realidad es que es una pantalla de distracción para despojarlos de sus recursos económicos y naturales. Para 2011 la inversión en atención médica es de 32 mil millones de pesos para la adquisición de servicios médicos e infraestructura. De ellos, 9 mil 564 millones de pesos son del sector privado. Quien destina más del 50 por ciento del total a la compra de equipo médico especializado<sup>31</sup>.

### **1.3 Políticas médicas neoliberales en nuestro país y su aplicación actual**

La conferencia internacional sobre Atención Primaria a la Salud señala, en 1978, que la salud “es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades” (OMS/UNICEF, p.2)<sup>32</sup>. Además, La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) en su artículo 25 dispone que:

*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (ibíd.).<sup>33</sup>*

Esto está lejos de realizarse en países en vías de desarrollo como el nuestro, en donde el discurso neoliberal de modernización, mejor dicho de privatización para llegar a un mejor futuro, se cree por completo. Desde que el modelo neoliberal se

---

<sup>31</sup> INEGI, *Estadística a propósito de... día mundial de la salud. Datos económicos nacionales*. p. 8.

<sup>32</sup> En esta definición, el término salud como meta es impreciso, puesto que en el hombre no es posible establecer estados físicos estáticos debido a que es un ser social y dinámico, lo que obliga a conceptualizar la salud-enfermedad como un proceso. Además, el ser humano vive en sociedades específicas donde existen relaciones sociales de producción y estilos de vida concretos que intervienen la salud-enfermedad. Por lo tanto, debe entenderse como un proceso biológico pero social e históricamente determinado, es decir, como un fenómeno condicionado por factores socioeconómicos, políticos y ecológicos. El carácter histórico-social del proceso salud-enfermedad queda evidenciado en el momento en que, dentro de una formación social, el panorama patológico varía de acuerdo a la clase social a la que se pertenece.

<sup>33</sup> Para revisar la Declaración Universal de Derechos Humanos de forma integral visitar el portal de internet <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

implanta en México existen más disparidades sociales y es cuando menos atención se les presta. En este contexto los servicios médicos públicos se ven coartados. Para Olivia López Arellano: “el financiamiento, la descentralización y la privatización selectiva de los servicios, son tres ámbitos privilegiados para mostrar la redefinición neoliberal de la política de salud” (Asa Cristina Laurell, *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, p. 170). Tendencias que tratamos de vislumbrar en esta investigación.

Las instituciones públicas de asistencia médica sufren el descalabro de atender a más población con más y mayores enfermedades pero con menos recursos financieros y humanos, lo que empeora la atención. Para Asa Cristina Laurell, “los hechos indican que se están aplicando políticas más ortodoxas, en cuanto se instrumentan no sólo sus postulados de política económica sino también más radicalmente los de política social. De esta manera, la retracción del Estado para ceder espacios al capital privado está operando tanto en la esfera económica como en la del bienestar social” (*ibíd.* p. 138).

El Estado mexicano busca legitimarse a través de políticas gubernamentales que procuren el bienestar de la población. En el rubro de la salud, los distintos gobiernos manifiestan su preocupación por mejorarla y son centrales en los regímenes políticos, al menos en el discurso. Iván Illich considera en *Némesis médica* que las acciones políticas en el aspecto médico suelen hacer dos clases de denuncias: “primera, que los pobres reciben menos asistencia médica que los ricos, y segunda, que los pobres son menos sanos y necesitan más” (p. 90). Sólo evidencian los problemas de cobertura del servicio y no en los factores que enferman a los distintos grupos sociales<sup>34</sup>.

A partir del análisis del PND actual (2013-2018)<sup>35</sup> resalta que “hay discrepancias importantes entre el discurso neoliberal y el contenido de las políticas sociales de los gobiernos inspirados en él” (Asa Cristina Laurell, *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, p. 136). La tendencia del Estado mexicano es garantizar las condiciones para que el capital extranjero invierta en nuestro país, enriqueciéndose no sólo con la explotación de nuestros recursos naturales sino con la *superexplotación*<sup>36</sup> de los trabajadores mexicanos. Procura los intereses de

---

<sup>34</sup> Illich asegura que un menor ingreso a los servicios médicos beneficia la salud de la población debido a que no les causan yatrogenia ni clínica ni social y permite la auto-asistencia, es decir, la capacidad de las personas para curarse por sus propios medios a través de sus conocimientos propios o heredados en cuestión médica.

<sup>35</sup> <http://pnd.gob.mx/>

<sup>36</sup> La superexplotación es una *forma particular de explotación* y esa particularidad reside en que es una explotación en que se viola el valor de la fuerza de trabajo. Dicha violación se puede realizar por mecanismos diversos, sea en el mercado, en el momento de su compra/ venta, sea en el proceso de trabajo mismo, por un desgaste “anormal”, extensivo o intensivo. En todos los casos, el salario percibido ya no es

los capitalistas y descuida las condiciones de vida y de trabajo de la población; la calidad de los servicios médicos que ofrece y hace lo posible para que las instituciones médicas públicas se mercantilicen. Asa Cristina Laurell en *Avanzar el pasado: la política social del neoliberalismo*, afirma que el objetivo político-ideológico de remercantilizar el bienestar social es elemento central en las estrategias económicas:

*La transferencia de parte de las responsabilidades sociales del Estado a los privados y la expansión de la producción de los servicios sociales como ámbito directo de acumulación dependerán de acciones estatales específicas encaminadas a generar un mercado estable y garantizado, y a resolver las contradicciones políticas generadas por la imposición de los postulados neoliberales (Asa Cristina Laurell, Estado y políticas sociales en el neoliberalismo, p. 139).*

Por lo tanto, las políticas sociales tienen implicaciones político-electorales, mismas que evitan el desmantelamiento total de las instituciones sociales pero no su reestructuración hacia una política *asistencialista* para los más necesitados. “Sin embargo, en vez de producir un desarrollo social lo sacrifica ya que los programas públicos de ‘subsidio’ a los pobres les proporcionan menos beneficios que la seguridad social solidaria” (*ibíd.* p. 145).

La disposición entre los más y mayores problemas de salud y la puesta en práctica del neoliberalismo se presenta en dos sentidos: en primer lugar, la explotación capitalista desde la era neoliberal acrecenta sus efectos en la salud-enfermedad de los trabajadores, debido a que la intensidad de los procesos productivos aumenta en detrimento de la calidad de vida de los asalariados<sup>37</sup>.

En segundo lugar, el neoliberalismo se apodera de los servicios médicos<sup>38</sup> con la aprobación del gobierno federal convirtiéndolos en mercancía. El Estado tiende a disminuir los recursos federales destinados a las instituciones públicas de seguridad social, empeorando la atención médica y, desarrolla, indirectamente, la

---

equivalente, no cubre su valor diario o su valor total. A ello se refiere Ruy Mauro Marini en *Dialéctica de la dependencia* cuando señala que “la superexplotación se define (...) por la mayor explotación de la fuerza física del trabajador (...) y tiende normalmente a expresarse en el hecho de que *la fuerza de trabajo se remunere por debajo de su valor real*”.

<sup>37</sup> En lo que se refiere a la tasa de explotación, para 1982 José Valenzuela estima, *grosso modo*, que ella alcanza un nivel de 236 por ciento. Mientras que para 1995, aumenta a 529 por ciento. (José Valenzuela Feijóo, *Cinco dimensiones del modelo neoliberal*, p. 28).

<sup>38</sup> Nótese que se habla de servicios médicos y no de servicios de salud: los primeros se refieren a aquellos que combaten la enfermedad y sus efectos en el ser humano mientras que los servicios de salud los entiendo, siguiendo al doctor Raúl Rojas Soriano, como aquellos que mejoran la calidad de vida de la población: su lugar de residencia, la educación, su trabajo, entre otros aspectos que se relacionan directamente con la salud.

práctica médica privada. Para Asa Cristina Laurell esto tiene que ver con la privatización *selectiva* de la seguridad social:

*La clave de este modelo es el derecho del sistema privado de rechazar a los asegurados de “bajo costo-alto riesgo” porque su cuota no alcanza a cubrir la prima, mientras que el sector público tiene que aceptar a todos. En las actuales condiciones de deterioro de las instituciones públicas los asegurados de alta cotización tienden a elegir el sistema privado. Así, se absorben los que tienen capacidad de pago y bajo riesgo de enfermar —que cotizan más de lo que consumen— en el sector privado, y se agregan sistemáticamente los de bajos ingresos o alto consumo —pobres, enfermos y viejos que consumen más de lo que cotizan— para el sector público (Estado y políticas sociales en el neoliberalismo, p. 141).*

El rumbo de la salud es predispuesto por el sistema biomédico dominante, donde tienden a tratar la enfermedad con procedimientos paliativos que con medios preventivos. La gente descontenta por el servicio en los hospitales públicos se convierte en presa fácil para las instituciones privadas que, aunque ofrecen la misma medicina atenuante, brindan atención más humana. Las grandes ganadoras son las farmacéuticas transnacionales y las empresas fabricantes de equipo médico, que se enriquecen con los padecimientos creados por el mismo capitalismo<sup>39</sup>.

Se forma un círculo vicioso donde el malestar físico y/o mental es creado por la explotación capitalista (*la explotación del hombre por el hombre*<sup>40</sup>) y ella misma genera los medicamentos para disminuir los efectos de la molestia pero no para curarla<sup>41</sup> y, mucho menos, para hacer cambios sustanciales en el modo de trabajo y de vida de quienes la padecen. Para Iván Illich “las estrategias médicas fracasan porque concentran demasiados esfuerzos en la enfermedad y muy escasos en cambiar el ambiente que enferma a la gente... En general, los hombres son más

---

<sup>39</sup> El valor de la industria farmacéutica para 2009 oscila en 151,423 millones de pesos, de acuerdo con los datos del INEGI, con una tasa media de crecimiento anual de 7 por ciento. Es el 11 mercado a nivel mundial por el total de sus ventas. <http://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/48658938.pdf>

<sup>40</sup> Apropiación gratuita por parte de quienes poseen los medios de producción, del fruto del trabajo adicional y, a veces, de parte del trabajo necesario de los productores directos. La explotación del hombre por el hombre surgió como resultado del desarrollo de las fuerzas productivas, de la división social del trabajo, del nacimiento del plus-producto, de la propiedad privada y de la escisión de la sociedad en clases antagónicas. El capitalismo es la última forma de explotación del hombre por el hombre.

<sup>41</sup> Creando muchas de las veces yatrogénesis clínica. Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) tuvo 12 mil tres asuntos relacionados con inconformidades de usuarios de servicios de salud. 4 mil 468 son quejas sobre negligencia médica que tuvieron como resultados el fallecimiento o lesiones irreversibles o secuelas orgánicas y/o psicológicas.

producto de su ambiente que de su dotación genética. La industrialización está distorsionando rápidamente este ambiente” (*Némesis médica*, p. 104).

El régimen priista actual (2012-2018) muestra poco interés por la conservación de la salud de la población. El plan de acción se destina a la afiliación de más personas a la seguridad social brindada por el Estado en donde el modelo biomédico asistencialista es el vigente<sup>42</sup>. En el PND presente se nota interés por implementar programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud pero no existen líneas de desarrollo de los mismos<sup>43</sup>. Siguiendo la tesis de Olivia López Arellano en *La política de salud en México: ¿un ejemplo de liberalismo social?* “se refuerza la atención masificada, y barata dirigida a los grupos marginados rurales y urbanos, que no garantiza sino parte de los servicios de primer nivel. En ‘compensación’, son en estos grupos donde se focalizan los programas de autocuidado y de educación para la salud” (Asa Cristina Laurell, *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, pp. 176-177). Esto toma sentido si se considera que la tendencia del gobierno es conservar las condiciones de vida de la población trabajadora para continuar explotándola y generar, a la vez, más áreas de generación de plusvalía, en este caso, los servicios médicos.

En la meta federal *un México incluyente* del PND el presidente Enrique Peña Nieto incluye los retos en el ámbito de la salud. En sus palabras:

*La presente Administración pondrá especial énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos y evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía, sean un factor determinante en su desarrollo. Una seguridad social incluyente abatirá los incentivos a permanecer en la economía informal y permitirá a los ciudadanos enfocar sus esfuerzos en el desarrollo personal y la construcción de un México más productivo (PND 2013-1018).*

Sin embargo, en nuestro país persisten elevados niveles de exclusión, privación de derechos sociales y desigualdad. Casi la mitad de la población mexicana no cuenta con ingresos para satisfacer sus necesidades y no ejerce al menos uno de los derechos sociales (educación, acceso a los servicios médicos, a la seguridad social, vivienda, alimentación y/u otros servicios básicos). A decir del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) con base

---

<sup>42</sup> Según datos de la *Encuesta Nacional de empleo y seguridad social 2013* realizada por el INEGI de cada 100 personas afiliadas a las instituciones públicas de seguridad social 45 pertenecen al Seguro Popular; con él se atienden las 275 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (primer nivel de atención médica.<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/Comunicados/Especial/2014/Abril/comunica8.pdf>

<sup>43</sup> Continúa la afiliación al Seguro Popular, al Seguro para una Nueva Generación, el Programa Oportunidades, el Programa de Cirugía Extramuros y el Programa de Embarazo Saludable.

en cifras correspondientes a 2010 el 46.2 por ciento de la población se encuentra en condiciones de pobreza; y 10.4 por ciento de ella es extrema, es decir, carece del ingreso mínimo para adquirir una canasta básica alimentaria además de no poder ejercer tres o más de los derechos sociales antes mencionados.

*La relación de ingresos entre el 10% de la población más rica y el 10% más pobre fue de 25 a 1. En términos de desigualdad, también destaca que el 44% de la clase trabajadora del país percibe ingresos por debajo de dos salarios mínimos mensuales, a 2010 el 31.8% de los mexicanos no contaba con acceso a algún esquema de salud y 60.7% de la población no tenía seguridad social (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010)<sup>44</sup>.*

Aun cuando el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de toda persona a la protección de la salud en 2012 aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos no cuenta con acceso en algún esquema médico. En 2004 *el Seguro Popular* entra en vigor con la idea de brindar amparo a la población no afiliada a las instituciones de seguridad social; sin embargo, su acción es limitada en comparación con la cobertura dada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a sus derechohabientes. Aunque el Sistema de Salud Pública cuenta con una amplia red de atención médica, en ocasiones la falta de respuesta propicia que la gente busque soluciones en el sector privado, la asistencia social e incluso mediante la automedicación.

En nuestro país el acceso a la seguridad social está directamente relacionado con la condición laboral y favorece principalmente a quienes cuentan con un trabajo formal, lo que resulta en una distribución desigual del gasto social. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2013 el 84.4 por ciento del gasto del gobierno en protección social está destinado a la población con un trabajo asalariado en el sector formal de la economía que sólo representa el 40 por ciento del total. Esto implica que únicamente el 15.6 por ciento del gasto en seguridad social del gobierno se utiliza para atender al 60 por ciento de la población, fracción en la cual se ubican las personas de menores ingresos.

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de Latinoamérica: cuenta con más de 16 millones de trabajadores asegurados, que se traducen en casi 58 millones de derechohabientes. Además, brinda servicios médicos a la población

---

<sup>44</sup>[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/enigh10\\_ncv\\_descripcion\\_bd.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/enigh10_ncv_descripcion_bd.pdf)

que no cuenta con seguridad social a través del Programa IMSS Prospera, antes IMSS-Oportunidades<sup>45</sup>. El ISSSTE es la segunda institución de seguridad social más importante del país y representa el 11 por ciento del gasto operativo del sector público federal.

Ambos presentan un panorama financiero complicado. Por una parte, enfrentan la transición demográfica y epidemiológica que tiene como consecuencia una mayor prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos, cuya atención requiere de mayores recursos económicos. Por otra, observan retos financieros derivados de su régimen de jubilaciones y pensiones. Asa Cristina Laurell considera que el traspaso de la parte rentable de estos fondos, públicos por su forma de recolección, al sector privado es la causa del problema: “los beneficios que pueden ser regidos bajo un estricto principio de equivalencia —el reembolso al asegurado no excede lo pagado—se pasan directamente a la administración privada. Es el caso, por ejemplo, de los fondos de pensiones de capitalización individual” (*Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, p. 141).

La política de salud del PND vigente tiene el objetivo de asegurar el acceso a los servicios médicos y reforzar la regulación de los establecimientos de atención sanitaria, además de aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles. Asimismo, ampliar el acceso a la seguridad social para evitar que problemas inesperados de salud o que movimientos de la economía puedan interrumpir el desarrollo y limitar la construcción de un país más productivo.

Sin embargo, el análisis de la realidad social mexicana actual nos permite denotar las siguientes tendencias: en primer lugar, el crecimiento económico capitalista no da lugar a mejoras en la salud e incluso la empeora por lo que decimos que es expresión en el terreno médico del fracaso del modelo neoliberal en México. Conforme a lo expuesto por Olivia López Arellano en *La política de salud en México: ¿un ejemplo de liberalismo social?* esto tiene que ver con la forma en que está modelada la política sanitaria: “disminución del presupuesto destinado al sector salud, la descentralización vertical y sin recursos, la privatización selectiva de la producción de servicios médicos, el traslado del costo de los servicios a los usuarios, la atención focalizada, el fomento del autocuidado y la insistencia en la culpabilidad individual en la generación de la enfermedad” (Asa Cristina Laurell, *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, p. 166).

---

<sup>45</sup> Atiende a los mexicanos que no cuentan con seguridad social y que habitan en zonas rurales o urbanas marginadas en condiciones de pobreza extrema. En la actualidad son más de 11 millones de personas adscritas al programa. <http://www.imss.gob.mx/imss-oportunidades>

La cobertura nacional de los servicios médicos no existe, ellos están distribuidos desigualmente entre las clases sociales y éstos tienden a centralizarse en las ciudades. Las políticas de Estado en materia médica no corresponden a las necesidades usuales de la sociedad mexicana, es evidente al revisar las leyes, instructivos, avisos, relaciones, reglamentos, etcétera, relativos al tema. La existencia de múltiples instituciones y programas médicos con objetivos y propuestas similares, en razón con la cobertura y servicios, es más motivo de discurso que de acciones concretas de producción de servicios médicos. Gran número de funcionarios públicos considera que estos servicios son mejores si se gasta más en hospitales, especialistas, medicamentos y la atención médica.

Entre 2000 y 2010, el gasto público en salud como porcentaje del PIB crece de 2.6 a 3.1 por ciento, lo que representa un incremento del 19.2 por ciento. A pesar de ello, el nivel de gasto es bajo en comparación con el de los países de la OCDE. Sin embargo, para avanzar en la calidad y el alcance de los servicios médicos no sólo debemos pensar en el nivel de gasto sino como se utiliza: de acuerdo con datos proporcionados por el INEGI en 2011 más de la mitad se destina a infraestructura médica. Cerca de 32 mil millones de pesos se invierten en la adquisición de equipo médico, principalmente equipamiento, mantenimiento, remodelación o construcción de los hospitales.

Las instituciones públicas de salud invirtieron 22,502 millones de pesos, enfocando el gasto en la creación de nuevas unidades médicas para los tres niveles de atención y en la compra de maquinaria y equipo especializado. Las instituciones de seguridad social y los gobiernos estatales aportaron más del 70% de dicho monto; el resto fue inversión en los hospitales de PEMEX y los centros de salud del Gobierno Federal. Por su parte, el sector privado destinó 9 mil 564 millones de pesos, con una mayor inversión en la adquisición de maquinaria y equipo especializado, con el 50.6% del total<sup>46</sup>.

Empero, mayor inversión en infraestructura médica no se traduce en mejor atención: de acuerdo con datos de la CONAMED para 2011 las quejas de negligencia médica o negativa del servicio aumentaron para ese año con respecto al anterior en un 30 por ciento siendo las instituciones más señaladas el IMSS con un 30 por ciento de ellas debido a que tiene un mayor número de población derechohabiente, la Secretaría de Salud con 20 por ciento, los nosocomios privados con 20 por ciento, el ISSSTE con 15 por ciento, el Hospital de PEMEX con 10 por ciento y los servicios de salud con 5 por ciento<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> INEGI, *Estadística a propósito de... día mundial de la salud. Datos económicos nacionales.*

<sup>47</sup> [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx)

Más hospitales pueden significar mayor cobertura pero no una mejor calidad del servicio médico. Olivia López Arellano concluye en *La política de salud en México* que:

*En el proceso de modernización de la política social, la intervención del Estado se focaliza y se hace más selectiva, canalizando recursos en grupos o zonas problemáticas, se refuerzan los mecanismos autoritarios y el manejo clientelista y discrecional del financiamiento. Simultáneamente se propician formas de producción de servicios que suponen una mayor rentabilidad económica y se plantea su regulación a través de las fuerzas oligopólicas del mercado (nacional y extranjero) que aparentemente garantizan una mayor eficiencia, aún a costa de aumentar la inequidad (Asa Cristina Laurell, *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, p. 182).*

#### **1.4 Modelo médico existente en nuestro país y su eficiencia**

El proceso salud-enfermedad se relaciona con los aspectos de la vida cotidiana. Un análisis poblacional evidencia los factores que afectan dicho proceso: económicos, culturales, educativos, geográficos y sociales. Por lo tanto, analizar las condiciones socioeconómicas es trascendente para comprender el modelo médico implementado en nuestro país.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda<sup>48</sup> más reciente, 12 de junio de 2010, México tiene una población total de 112 336 538 millones de personas, el 51.2 por ciento son mujeres y el resto hombres. La edad media es de 26 años y el grado de escolaridad promedio es el tercero de secundaria.

El 52.6 por ciento de la población de 12 o más años es activa económicamente, siendo el 73.4 por ciento hombres. Del total de población económicamente activa, el 13.4 por ciento trabaja en el sector agropecuario, el 24.4 en la construcción y el sector industrial y el 60.9 por ciento en el sector comercio y servicios. Dentro de estos 3 rubros, el 67.6 por ciento son trabajadores asalariados y 2.9 por ciento son empleadores; mientras que el 24.2 por ciento trabaja por cuenta propia y el 3.2 lo hace sin percibir pago.

El 31 por ciento de los trabajadores percibe menos de dos salarios mínimos; el 20.8 por ciento entre dos y tres salarios mínimos; y el 32.7 por ciento más de tres salarios mínimos. Estos datos se relacionan con la salud ya que, siguiendo

---

<sup>48</sup> <http://www.censo2010.org.mx/>

nuestra hipótesis principal, provoca la falta de recursos para cubrir las necesidades básicas de *reproducción* de los trabajadores y su familia; la mayor parte del dinero se utiliza en comida, relegando a última instancia la salud, la educación y la recreación. Si sufren alguna enfermedad tienden a acudir a las clínicas públicas de seguridad social, si es que se cuenta con el servicio, aun cuando este no los satisfaga.

El porcentaje de población en condición de derechohabiente a servicios médicos es de 64.6 por ciento, en contraste con el año 2000, que refiere 40.1 por ciento. Explicable por la creación en 2004 del *Seguro Popular* como medida de coerción del problema de salud pública y, más recientemente, el *Seguro para una Nueva Generación* en diciembre de 2006.

Del porcentaje afiliado a instituciones médicas, el 48.8 por ciento corresponde al IMSS; el 36.2 por ciento al Seguro Popular o para una Nueva Generación; el 8.7 al ISSSTE, el 2.8 a una institución privada; el 1.5 por ciento atañe a PEMEX, la Defensa o la Marina y el 1.2 por ciento al ISSSTE estatal<sup>49</sup>. Sin embargo, la población usuaria real de los servicios médicos por institución es 34.2 por ciento de la Secretaría de Salud (SSa); 29.6 por ciento del IMSS; 24 por ciento del servicio privado; 5.9 por ciento del ISSSTE; 1.8 de IMSS Oportunidades; uno por ciento de PEMEX, Marina o la Defensa y 3.5 de otro lugar (público o privado).

En los últimos diez años se amplían los servicios médicos en cuanto a la construcción o mejoramiento de entidades hospitalarias y a la afiliación masiva al *Seguro Popular* y al *Seguro para una Nueva Generación* con un fuerte énfasis en la medicina curativa y con poca promoción del enfoque preventivo (sólo planificación familiar e inmunizaciones). Acciones de educación médica o prevención de enfermedades como el cáncer, la diabetes, las afecciones cardíacas y la mala alimentación, se realizan de forma partidista y no como necesidades poblacionales, ya que el bienestar social es caro como insumo de legitimidad del Estado. En México la conformación de los modelos médicos es congruente con las ideas políticas y económicas de los grupos dominantes con la finalidad de dar respuestas mediáticas y no absolutas a las demandas sociales de las clases populares.

---

<sup>49</sup> La suma de los porcentajes puede ser mayor al 100 por ciento debido a la población que tiene derecho a este servicio en más de una institución.

Desde esta perspectiva, existen tres tipos de instituciones médicas en nuestro país:

1. En primer lugar, las instituciones de seguridad social y servicios médicos de dependencias estatales o paraestatales a los que tienen derecho los pertenecientes a ese gremio y su familia a través de un financiamiento tanto del Estado como de los empleadores. Tal es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Comisión Federal de Electricidad (CFE), de los Ferrocarriles Nacionales (FNM), de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), de la Secretaría de Marina (SM) y del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). De tendencia biologicista, curativa y hospitalaria. Los nosocomios de especialidad y alta especialidad se ubican en las grandes ciudades por condiciones estratégicas y de desarrollo.
2. En segundo lugar, tenemos los servicios descentralizados que pretenden llevar la atención médica a todos los mexicanos, como la Secretaría de Salud (SSa), el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF) y aquellos que funcionan bajo auspicio de patronatos públicos y/o privados. Los que intentan acceder a ellos, pasan por varios filtros burocráticos que limitan la atención médica pronta y oportuna.
3. Finalmente, se encuentran los servicios médicos y/o seguros privados de atención médica, es decir, profesionales que prestan la atención sujeta a leyes del mercado y al régimen empresarial, donde la práctica médica es mayormente curativa y donde las agencias farmacéuticas transnacionales pretenden acaudalar sus ganancias.

La sistematización de la atención en los hospitales públicos del país está dividida en tres niveles de forma ascendente dependiendo la gravedad y la especialización requerida<sup>50</sup>:

1. El primer nivel de atención médica proporciona servicios de diagnóstico dado por médicos generales y enfermeras auxiliares: curaciones, inmunizaciones y trabajo social donde se brindan pláticas de prevención de la enfermedad, no obstante, la orientación es general y no toma en consideración la multiplicidad

---

<sup>50</sup> Sin embargo, esto obliga a un trabajo médico más especializado pero con el conocimiento fraccionado del cuerpo humano siendo las principales causas de muerte en nuestro país enfermedades de tipo parasitarias y de mal nutrición. Esta alta especialización orilla al desconocimiento del aspecto psicológico, social e histórico del paciente.

de factores que rodean un problema de salud, es decir, no la entienden como un fenómeno social integral.

2. El segundo nivel, cuenta con servicio de urgencias y principales especialidades médicas: cardiología, ginecobstetricia, psiquiatría, neurología, entre otras; servicios de apoyo de diagnósticos y estudios de atención específica a algunas patologías. Este nivel se dedica a detectar, valorar y tratar padecimientos cuya sintomatología se ha complicado y requiere atención especializada; por lo tanto, la labor es cubierta por médicos y enfermeras con mayor grado de instrucción.
3. El tercer nivel se forma por hospitales de alta especialidad. La mayoría están ubicados en el Distrito Federal aunque ciudades como Monterrey, Guadalajara y Mérida cuentan con, por lo menos, uno.

Estos tres niveles forman parte de una sola estructura, aunque no cuentan con una interrelación, lo que provoca una frecuente subutilización de los recursos<sup>51</sup>, generando datos erróneos.

Los servicios médicos están distribuidos desigualmente entre las clases sociales que, de acuerdo con la atención que perciben, pueden dividirse en tres grandes grupos:

1. El primero se constituye por la burguesía y por ciertas capas medias de la sociedad que cuentan con los recursos para financiar el cuidado privado.
2. El segundo se forma por trabajadores afiliados a algún régimen de seguridad social y por sus familiares.
3. Por último, el tercero, por quienes no tienen derecho a seguridad social ni con los recursos para solventar los servicios privados.

El sector médico se deteriora debido a la pretensión del gobierno federal de homologar el servicio médico al de Estados Unidos, con un modelo institucional de reparación del daño y de atención curativa, a favor de la comercialización de los servicios médicos y en detrimento de la medicina preventiva.

---

<sup>51</sup> Esta subutilización de recursos también es resultado de la sobreestimación de la población derechohabiente debido a la repetición de registro en la misma o diferente institución; esto como resultado del registro de cónyuges cuando ambos trabajan y de los hijos, o de padres a hijos cuando los primeros todavía laboran en algún lugar que brinda protección médica.

Consideramos que existen tres problemas primarios, de los que se derivan otros tantos, que influyen en la cobertura de los servicios médicos a saber:

- a. Primero, una división social entre los que cuentan con derechohabencia y los que carecen de ella. Esto depende del trabajo realizado y de las prestaciones que obtenga de él. Por tanto, esta tendencia se evidencia la relación existente entre condiciones de vida y de trabajo y la salud-enfermedad.
- b. Segundo, el desfinanciamiento del sistema de seguridad social. Las crisis recurrentes y sus efectos negativos profundizan el problema económico del sistema médico. Esto, aunado al cambio demográfico y la estructura por edades, resulta en un tránsito a una población vieja, con una disminución de la tasa de natalidad e incremento de la esperanza de vida; lo que se traduce en un mayor número de personas que viven más y que requieren mayor atención médica.

Además, la creciente explotación que sufren los trabajadores y la menor prestación de servicios, no sólo médicos sino de asistencia social, conducen a una variación en el tipo de enfermedad que aqueja a la población. La gama va desde las infecciones parasitarias y mal nutrición hasta las crónico-degenerativas. Por lo tanto, las instituciones médicas de asistencia pública entran en un doble inconveniente, más enfermedades con mayor grado de dificultad aunado a la disminución del gasto público destinado a este ámbito.

- c. Tercero, mala calidad de los servicios médicos. La mayor demanda de atención, producto de una mayor recurrencia a las instituciones médicas públicas a causa de la crisis, conduce a un creciente deterioro de la calidad en dichos servicios.

El neoliberalismo trae consigo la disminución de los niveles de bienestar social, pues los gobiernos consideran que el gasto en seguridad social es un lastre para el saneamiento de las finanzas públicas, además de limitar el negocio que representa la privatización de esos servicios. Lo anterior puede superarse al cambiar el enfoque de promoción de la salud, al establecer la medicina preventiva con profesionales en el campo conscientes de su función social. Es necesario un nuevo modelo de atención médica que cubra las expectativas de la población sumado al desarrollo de aspectos económico-sociales y culturales del país.

*“La manera como se concibe la enfermedad orienta la búsqueda de las causas” (Asa Cristina Laurell, “Medicina y capitalismo en México” en Cuadernos políticos p. 82).*

## II. CULTURA Y COSMOVISIÓN ANTE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

### 2.1 Sincretismo cultural y cosmovisión en la atención a la salud

La *cosmovisión* es el pilar desde el cual se facilita entender, ordenar y clasificar el mundo y en él, la salud-enfermedad y la práctica médica, a través de ideas y creencias. La *cosmovisión* es el eje articulador de todos los sistemas médicos, desde ella, los grupos sociales tienen maneras específicas de interpretar el proceso salud-enfermedad: para explicar las causas de las enfermedades (etiología), para clasificarlas (nosología), para prevenirlas, diagnosticarlas y tratarlas. Alfredo López Austin define a la cosmovisión como el “conjunto de sistemas ideológicos que se articulan de manera coherente, en un momento histórico determinado, por una sociedad para interpretar la totalidad del universo y actuar en él” (*Cuerpo humano e ideología*, pp.17-18).

Para Iván Illich en *Némesis médica*, cultura y salud son dos nombres para la forma de vida de un grupo social, en la que perfecciona la capacidad de sus miembros para hacer frente a los peligros del medio ambiente y de otra gente. Concibe a la cultura como “un conjunto de mecanismos de control que rigen el comportamiento (...) la cultura es la forma particular que adoptan la supervivencia, la competencia y la viabilidad en un grupo humano dado” (p. 108).

La cultura y la cosmovisión de los estratos sociales están permeadas por la *ideología dominante*, aunque tienen ideas desiguales no son opuestas. Además, el sincretismo cultural de la Ciudad de México amplía la cosmovisión acerca del proceso salud-enfermedad, aun cuando la *ideología burguesa* permea la cultura y cosmovisión de cada grupo social ellos tienen ideas preconcebidas de la enfermedad, la forma de curar, quién debe procurar al enfermo y dónde debe atenderse; modeladas por el patrón sociocultural (costumbres, tradiciones, usos, creencias, mitos) propio de su conjunto social.

*La relación entre la salud y la enfermedad tiene una evidente dimensión biológica, pero al mismo tiempo otra oculta, de carácter ideológico. Es decir, la mera presencia de un fenómeno biológico anormal no es suficiente para*

*que se presuma enfermedad. Es necesaria, además, una interpretación de este fenómeno. Las bases de tal interpretación no son exclusivamente los conocimientos objetivos y exactos, sino que además en ella interfieren valores socialmente determinados (Asa Cristina Laurell, "Medicina y capitalismo en México" en Cuadernos Políticos, p. 2).*

El proceso salud-enfermedad se conceptualiza de acuerdo con los marcos culturales e ideológicos del grupo social dominante. Para el materialismo histórico y dialéctico esto significa que dicho proceso se encuentra condicionado en cierta medida por el modo de producción. En la actualidad, el proceso salud-enfermedad tiende a regirse por los principios neoliberales y los fines de búsqueda de plusvalor, se expresa en el dominio que ejerce el modelo biomédico alópata (con propensión a la medicalización y a la hospitalización) sobre la práctica del modelo médico oficial<sup>52</sup>. Tiene una *cosmovisión de tipo biologicista* que se sustenta en los avances tecnológicos y científicos para su aplicación. Desde este punto de vista, la medicina se utiliza para tratar enfermedades, corregir lesiones y restaurar la salud. Concibe al enfermo como una máquina descompuesta e intenta hacerla funcionar por medio de fármacos, fabricados por emporios transnacionales.

Sin embargo, la crisis económica desarrolla una ideológica por lo que se buscan nuevas formas de explicar o tratar los problemas sociales. *Así, dentro de la medicina, que, además, no ha podido resolver ni teórica ni prácticamente los principales problemas de salud, a pesar de una inversión gigantesca en investigación, se comienzan a buscar explicaciones de la enfermedad fuera de la esfera biológica haciendo incursiones en lo psicológico y lo social (Ana Cristina Laurell, Problemas teóricos conceptuales de la epidemiología social, p. 1).*

Las categorías de estudio del proceso salud-enfermedad cambian a lo largo del siglo XX, del análisis biológico al social en menos de 50 años, desde una consideración unicausal o *monocausal*<sup>53</sup> de la enfermedad que se relaciona únicamente con lo biológico, hasta un enfoque que aborda las características socioculturales y económicas de la sociedad como causas de la enfermedad.

*Las corrientes sociomédicas que sostienen un modelo de causalidad social de la enfermedad parten de conceptos distintos de las biomédicas. Ven en la salud y la enfermedad fenómenos colectivos, que se interrelacionan con*

---

<sup>52</sup> Existen en el IMSS expresiones del uso de la medicina tradicional a la par de la medicina institucional desde 1981, primero en Chiapas y, más tarde, en todo el país. Un ejemplo es el Hospital Mixto de Cuetzalan desarrollado como un esfuerzo conjunto entre el programa IMSS-Coplamar y la Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional y Herbolaria de la misma institución entre 1989 y 1998.

<sup>53</sup> Elías Margolis define "al hecho de ver a la enfermedad como un síntoma, con causas orgánicas, podemos llamar *monocausalidad*; es decir, es una sola la causa de la enfermedad tomada en cuenta, la cual origina el problema biológico." (*Sanar con amor y fe*, p. 7).

*el resto de los procesos sociales. El hecho de que su manifestación concreta sea un fenómeno biológico en el individuo no niega su carácter social. Es decir, la enfermedad no es el resultado de procesos en el organismo individual aislado, sino la respuesta biológica a impulsos exteriores que actúan sobre éste. El hombre no se enferma solo, sino en interacción con los demás hombres y con la naturaleza (Asa Cristina Laurell, "Medicina y capitalismo en México" en Cuadernos Políticos, p.4).*

Aun cuando el enfoque biologicista es superado tanto por los problemas de salud de la población como por la respuesta dadas desde otras prácticas médicas, continúa siendo el modelo rector de la práctica médica oficial debido a que es el que más converge con la acumulación capitalista<sup>54</sup>. La enfermedad desde la visión médica neoliberal es un "estado" opuesto a la salud, por lo que sólo considera los datos biológicos e ignora las condiciones del entorno social. La atención médica se rige por las posibilidades económicas de los pacientes<sup>55</sup>, se anteponen los principios de lucro a los éticos, lo que potencia el desequilibrio social. En el texto *Medicina y capitalismo en México*, Asa Cristina Laurell afirma que: "Hay, en efecto, una relación inversa entre las condiciones de salud de las diferentes clases y los recursos que se destinan a su mejoramiento: a mayores problemas, menores recursos, y viceversa" (p. 100).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) pretende asumir la postura social de análisis del proceso salud-enfermedad al definir a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones y enfermedades"<sup>56</sup>.

Sin embargo, la OMS no considera que las condiciones de vida y de trabajo de cada sociedad estén limitadas por su relación con los medios de producción, por lo que cada una desarrolla características distintas. Las necesidades y aspiraciones varían según la situación socioeconómica, los marcos culturales e ideológicos y el medio ambiente predominantes, todo ello resultado en gran medida del modo de

---

<sup>54</sup> La salud-enfermedad tiende a ser relevante para el Estado cuando está relacionada con la acumulación capitalista: porque se afecta por la falta de trabajadores por enfermedad o porque es un área más donde se puede generar ganancia. En cualquiera de los dos casos, los gobiernos presentan las condiciones para que el sistema económico no se afecte y, contrariamente, obtenga ganancias del proceso salud-enfermedad.

<sup>55</sup> La disparidad en el desarrollo económico-social de las clases mexicanas tiene consecuencias en la cosmovisión del proceso salud-enfermedad.

<sup>56</sup> Al principio supera cualquier otra definición ya que considera elementos ajenos al aspecto biológico para entender la salud. Empero, varios teóricos de la materia, como Alberto Vasco Uribe en *Salud, medicina y clases sociales* denotan las limitaciones de tal definición: su carácter de gran generalidad, su ahistoricidad, su fuerte vinculación a tesis desarrollistas y a explicaciones de la sociedad de tipo círculo vicioso, su desconocimiento de las enormes diferencias existentes en la sociedad actual.

producción dominante y de la forma en que los individuos y grupos sociales se insertan en el aparato productivo en un momento histórico determinado.

Además, olvida que la unidad biopsicosocial debe jerarquizarse en un orden causal pues se encuentran interrelacionados. Por tanto, la OMS evade la mención de las grandes diferencias socioeconómicas y culturales de la sociedad actual y, por lo tanto, de las personas que en ella viven y que en y por ella se enferman, porque hacerlo significa aceptar que cada grupo social necesita una manera específica de tratar su proceso salud-enfermedad y tendría, por fuerza, que romper con la validez del concepto médico dominante.

Alberto Vasco considera en *Estructura y proceso de la conceptualización de la enfermedad* que la vigencia del concepto salud de la OMS no es ingenua ni inocua sino que por el contrario “tiene ondas repercusiones en las actuales limitaciones de la medicina vigente y en parte las explica y sobre todo, impide o ha impedido la búsqueda de explicaciones diferentes a la enfermedad y la búsqueda de nuevos modelos, de nuevos esquemas para combatirla tanto en el plano social como en el individual” (p. 3).

Concluimos que definir la salud incluye aspectos subjetivos ya que está determinada por el momento sociohistórico y cultural en el que se desarrolla y depende de expectativas, deseos, actitudes, sentimientos, emociones, etcétera. Elías Margolis opina al respecto que “la definición de salud-enfermedad está determinada por la cultura, la época y sus valores, y que la dificultad de vivir y los problemas para curarse incluyen diferentes formas de solución y no sólo una” (*Sanar con amor y fe*, p. ix).

Aun así, el doctor Raúl Rojas Soriano logra<sup>57</sup> conceptualizar la salud como:

*Una apropiación suficiente, igual o adecuada de la naturaleza que se manifiesta en el individuo como un proceso, socialmente determinado, que se concreta en la capacidad física y/o psíquica de los individuos para satisfacer sus necesidades básicas, así como desarrollar sus capacidades artísticas, intelectuales, etcétera –esto último cuando las condiciones de trabajo y de vida lo permitan– en una formación social históricamente determinada (Capitalismo y enfermedad, p. 224).*

A partir de la aceptación de este concepto, el enfoque biomédico es desplazado por una significación sociomédica que entiende al proceso salud-enfermedad relacionado con los demás aspectos sociales y que, si bien se manifiesta como un

---

<sup>57</sup> A partir de la definición del doctor Ramón Troncoso Muñoz de la enfermedad. Al respecto consultar *Capitalismo y enfermedad* de Raúl Rojas Soriano.

fenómeno biológico en el individuo, no por ello deja de tener un carácter social. “Las condiciones socioeconómicas y ecológicas son las causas determinantes de la enfermedad, por cuanto se combinan en constelaciones dinámicas que desencadenan y transforman los fenómenos biológicos” (Asa Cristina Laurell, “Medicina y capitalismo en México” en *Cuadernos Políticos*, p. 5).

Empero, dentro del plano médico, coexisten la medicina alópata, la medicina tradicional que resurge en cuando la medicina oficial deja de satisfacer grandes necesidades médicas y, la medicina alternativa que intenta solventar los problemas de salud de manera distinta.

Los esquemas neoliberales de atención médica tienen una tendencia actual que evidencia la desigualdad social, presta atención médica acorde a los ingresos de cada individuo. Podemos marcar tres grandes grupos que devienen de la manera diferente en que se relacionan con los medios de producción<sup>58</sup>, lo que a su vez, desemboca en una distinta concepción del proceso salud-enfermedad.

1. Uno de ellos es la burguesía, dueña de los medios de producción es, también, poseedora del capital suficiente para atenderse médicamente en las mejores instituciones dentro y/o fuera del país. Las más de las ocasiones recibe tratamiento alópata y, si busca otras opciones es porque no tuvo resultados en ella y/o por moda.
2. Otro grupo es el proletariado, quien, por lo general, sólo posee su fuerza de trabajo para subsistir. La mayor parte de las veces, ocupa los servicios médicos de instituciones públicas. Cuando buscan alternativas médicas, habitualmente, acuden a la medicina tradicional debido a su mayor cercanía sociocultural y al bajo costo que implica.
3. Finalmente encontramos las capas intermedias de la sociedad quienes, en muchos casos, no cuentan con recursos productivos para subsistir pero tampoco dependen únicamente de su fuerza de trabajo; comúnmente, tienen mayor instrucción que el proletariado y frecuentemente, en consecuencia, mejores ingresos. Lo anterior conlleva a buscar alternativas médicas para la conservación de la salud.

---

<sup>58</sup> Marx reconoce la existencia de dos clases sociales principales y antagónicas pero acepta que entre ellas existen características específicas que las hacen parecerse más a una u otra clase. Agustín Cueva a partir de la revisión de las categorías marxistas afirma que existen grupos sociales entre las dos clases sociales existentes en el capitalismo a las que caracteriza como capas intermedias. De esta nueva concepción de capas sociales partimos para nuestro análisis.

Elías Margolis en *Sanar con amor y fe*, opina al respecto:

*Todos quisiéramos elegir la medicina que deseamos, y nuestro deseo corresponde a nuestra cultura y necesidades de salud, según las preferencias de nuestro sector social (como la tradicional para grupos indígenas). La medicina como profesión liberal nos vende la idea de que el paciente tiene la oportunidad de elegir a su médico. Dicho ideal se cumple para la clase alta, pero no para la baja, ya que por la escasez de los recursos no puede hacer la elección de preferencia, por lo que acude a clínicas públicas. Sólo cuando es posible pagar la consulta privada, ya sea en la medicina oficial o en la alternativa, opera el principio de la oportunidad de elegir, y para elegir es necesaria la confianza. Hay numerosas formas de medicina alternativa, a las que acuden principalmente sectores medios (p. 20).*

La cosmovisión de la salud-enfermedad dentro de la sociedad mexicana es distinta mientras que la opción médica ofrecida por el Estado se reduce a la alopátia, con sofisticados aparatos médicos y consumo intensivo de fármacos producidos por grupos transnacionales. En consecuencia, dos terceras partes de la población mundial acuden regular o irregularmente a la medicina alternativa<sup>59</sup>, como las que retoman su conocimiento del saber antiguo: osteopatía o quiropraxia; la medicina natural de dietas, ayunos y herbolaria; la bioquímica, que usa microdosis; la terapia neural, que da cargas eléctricas a las membranas celulares; la reflexopatía auricular, plantar, palmar, nasoterapia e iridiología; la homeopatía, la auriculomedicina, que da señales vasculares autónomas en la piel; el balance polar; la radiónica; las mandalas y la bioenergética. Asimismo, la terapia de colores, piedras y minerales, entre otras más surgidas de las demandas que presentan los pacientes<sup>60</sup> como la acupuntura y las terapias energéticas, por mencionar algunas. Todas estas opciones médicas son ignoradas por la ciencia oficial lo que limita su desarrollo y su puesta en práctica como forma masiva de consecución de la salud.

---

<sup>59</sup> Dentro de la jerga coloquial puede definirse indistintamente la “otra medicina” como alternativa o complementaria, empero, nosotros consideramos que hay gran diferencia entre uno y otro modo de entenderla debido, principalmente, a la relación que tiene ésta con la medicina alópata. Desde nuestra perspectiva, decidimos llamarla alternativa porque consideramos que existe una opción más, diferente, a la propuesta por los estándares neoliberales que puede resolver los problemas médicos.

<sup>60</sup> Mención hecha por Elías Margolis en la introducción a *Sanar con amor y fe*. p. xv.

## 2.2 Ideologías y prácticas médicas

*La producción de las ideas y representaciones, de la conciencia, aparece al principio directamente entrelazada con la actividad material y el comercio material de los hombres, como el lenguaje de la vida real. Las representaciones, los pensamientos, el comercio espiritual de los hombres se presentan todavía, aquí, como emanación directa de su comportamiento material... Los hombres son productores de sus representaciones, de sus ideas, etc., pero los hombres reales y actuales, tal y como se hallan condicionados por un determinado desarrollo de sus fuerzas productivas y por el intercambio que a él corresponde, hasta llegar a sus formaciones más amplias (Marx, La ideología alemana, pp. 25-26).*

De acuerdo con Marx la ideología tiene su base en las condiciones de la vida material de la sociedad, refleja las particularidades del sistema económico. En la sociedad capitalista, dividida en clases, la ideología es un carácter de clase. Por lo tanto, la ideología dominante es la de la clase que gobierna, quien utiliza todos los medios para imponerla al resto de la sociedad.

En este apartado hablamos de ideologías debido a que, de acuerdo con el marxismo, la ideología no es universal sino particular, y no particular de individuos sino como clase o grupo social. Esta diferenciación ideológica de las clases sociales está relacionada con la manera en que cada una se inserta en los medios de producción y la forma en que representa su vida. La ideología queda inscrita a una parte de la sociedad en tanto se enfrenta a otras partes para controlarlas, desplazarlas o adaptarlas. Dentro de la práctica médica podemos mencionar la ideología dominante, es decir, la biologicista o alópata, y la alternativa.

Aun cuando ha quedado demostrado por varios teóricos de la sociología médica<sup>61</sup> y, todavía más, por la misma realidad que el enfoque biomédico ha sido rebasado, éste sigue vigente en la mayoría de los galenos, tanto de instituciones públicas como privadas destinadas a la atención de la enfermedad, para los que la dimensión social no es relevante. Todavía hoy muestra vigencia, dentro de las instituciones prestadoras de servicios médicos como en las dedicadas a la enseñanza de los mismos el modelo médico biologicista e individualista cuya práctica es básicamente curativa y hospitalaria, en la que se analiza la historia natural de la enfermedad. Impera “normalización” de organismos alterados

---

<sup>61</sup> Las investigaciones del proceso salud-enfermedad y la práctica médica son permeadas, al inicio, por la literatura anglosajona llamándose por ello sociología médica. Sin embargo, el doctor Raúl Rojas Soriano considera pertinente nombrarla sociología del proceso salud-enfermedad y de la práctica médica. En el anexo correspondiente desglosamos el tema.

biológicamente de manera que cubran las tareas asignadas socialmente. Elías Margolis caracteriza la medicina del biologismo como aquella que:

*Trata lo 'normal' y lo 'patológico', intentando explicar de forma muy similar las diferentes enfermedades, como si el aspecto anormal fuera consecuencia de la acción de bacterias y microbios, y asumiendo que afecta a todos de la misma manera, como si el enfermo no tuviera medios propios para defenderse. Conforme al biologismo, todos los hombres son planos e iguales ante la enfermedad (Sanar con amor y fe, p. 7).*

Por lo tanto, la medicina alópata no promueve las prácticas preventivas que evitan o retrasan la presencia de enfermedades. Para fomentar esas prácticas médicas se necesitan profesionistas que consideren aspectos socioculturales y económicos de los distintos grupos para que la planeación y la organización de los servicios médicos sean efectivos<sup>62</sup>.

Con lo anterior no pretendemos negar la existencia de una *historia natural de la enfermedad* y, menos aún, la importancia que tiene la enseñanza y práctica biologicista dentro del proceso salud-enfermedad. Conforme con el estudio sociológico del proceso salud-enfermedad y de la práctica médica basado en el materialismo histórico dialéctico, recuperado con anterioridad por el doctor Raúl Rojas Soriano, sostenemos que para que se dé una práctica médica adecuada es fundamental dicho conocimiento sin el cual el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad son complicados. Empero, los aspectos socioeconómicos y culturales que se inmiscuyen en ese mismo fenómeno también poseen un valor fundamental que debe reflexionarse; ignorar este hecho limita el desarrollo de la práctica médica que puede resolver los grandes problemas de salud que afrontan las mayorías, mismas que el enfoque biologicista y la medicina curativa no han podido detener. Asa Cristina Laurell ya habla al respecto en el texto *Medicina y capitalismo en México*:

*La relación entre la salud y la enfermedad tiene una evidente dimensión biológica, pero al mismo tiempo otra oculta, de carácter ideológico. Es decir, la mera presencia de un fenómeno biológico anormal no es suficiente para que se presuma enfermedad. Es necesaria, además, una interpretación de este fenómeno. Las bases de tal interpretación no son exclusivamente los conocimientos objetivos y exactos, sino que además en ella interfieren valores socialmente determinados (p. 2).*

---

<sup>62</sup> La instrucción y la práctica médica pública tiene que conocer las condiciones de vida y de trabajo de los pacientes para resolver las dificultades médicas que presenta nuestro país, además de dejar de servir a los grupos hegemónicos, industrias químico-farmacéuticas y de equipo médico.

De acuerdo con Marx, la realidad comprueba que existe una manera clasista de enfermar, de atenderse médicamente y, por supuesto, de morir<sup>63</sup>; esta cualidad de la enfermedad tiene que considerarla la medicina alópata para desarrollar un modelo diferente de ejercer los servicios médicos que atiendan los problemas existentes en cada población. Este modelo biomédico social retoma la tesis de la *historia social de la enfermedad*, es decir, según sean las condiciones de vida y de trabajo de los distintos grupos sociales, será la manera cómo y de qué se enferman, con qué gravedad y frecuencia, así como el acceso real a los servicios médicos.

Al ignorarla, sigue privando el modelo biologicista, además de vivir en una sociedad más afectada por enfermedades infecciosas y parasitarias como por el cáncer, la diabetes, la hipertensión, la obesidad, por mencionar las más comunes. Con médicos mayormente especializados en lugares donde las patologías pueden resolverse, por lo general, con conocimientos básicos de medicina<sup>64</sup>.

Lo anterior está ligado con la determinación social del conocimiento, es decir, la instrucción médica dentro de las aulas como en los nosocomios está decretada por intereses político-ideológicos de la clase dominante en la que importa la maximización de las ganancias al menor costo; y donde el beneficio personal está por encima de la ayuda o la colaboración mutuas. La ideología hegemónica guía la práctica médica convencional; los problemas sociales derivados de la lógica capitalista (indiferencia, deshumanización, individualismo, competencia) también se viven en la práctica médica alópata.

Conforme con Raúl Rojas Soriano “la formación profesional del médico depende de las características y determinaciones propias del sistema social imperante así como de las necesidades y las exigencias del medio profesional respectivo. Estos dos niveles de la realidad se interpenetran e influyen en la forma como se constituye el proyecto curricular de la carrera de medicina” (*Crisis, salud-enfermedad y práctica médica*, p. 151). La práctica médica convencional y la enseñanza de la misma, reproduce las ideas características de sistema capitalista. El pensamiento dominante permea las acciones de los individuos y grupos sociales para reforzar las relaciones sociales de explotación. Además, se hallan

---

<sup>63</sup> No tiene una obra en específico que trate sobre el tema. El doctor Raúl Rojas Soriano hace un esfuerzo por compendiar las ideas marxistas con respecto al proceso salud-enfermedad, como resultado tenemos *Sociología médica*, obra en la que el autor hace un análisis detallado de las leyes y categorías del materialismo histórico dialéctico con el fin de aplicarlas posteriormente al estudio del caso concreto del proletariado mexicano.

<sup>64</sup> Esto es reflejo de las contradicciones en que se desenvuelve la sociedad mexicana dominada por intereses y valores propios del capitalismo.

determinadas por intereses sociales específicos de entes hegemónicos dentro del sector médico.

*El pensamiento médico, que comienza a desarrollarse aceleradamente a partir del siglo pasado, se nutre de una serie de descubrimientos científicos e innovaciones técnicas. Al mismo tiempo, empero, se ve estimulado y orientado por un clima ideológico particular que exalta las ciencias naturales y el individualismo. La medicina se convierte, así, en la ciencia de los problemas biológicos del individuo, y desarrolla una práctica correspondiente (Asa Cristina Laurell, "Medicina y capitalismo en México" en Cuadernos Políticos, p. 2).*

La transmisión del conocimiento en las escuelas de medicina igualmente reproduce las relaciones sociales vigentes en el capitalismo, es decir, un grupo sobre otro. En este sentido, el proceso enseñanza-aprendizaje es acrítico, donde los estudiantes toman un rol pasivo y los profesores son los que detentan el conocimiento, la verdad absoluta. Por otro lado, los egresados de medicina buscan la especialización a fin de tener acceso a mejores oportunidades de desarrollo profesional y elevar sus percepciones económicas.

Iván Illich considera que los daños que la medicina ocasiona rebasan la *yatrogenesis clínica* afectando también nuestra cultura y cosmovisión del proceso salud-enfermedad, es decir, trastorna la concepción de la enfermedad olvidando que ésta es una entidad socialmente creada, se atribuye al médico el poder de eliminarla, igual que cualquier rastro de dolor, por lo que el enfermo queda en manos del galeno. Esto es lo que llama una cultura medicalizada que:

*Asigna una función no sólo a una persona que sufre sino también al médico que se halla frente al que tiene un dolor. Aunque posee el fundamento racional para reconocer respetuosamente su impotencia ante ciertos tipos de dolor, el científico médico es incapaz de admitir el interrogante que plantea el dolor en quien lo sufre. Este médico devalúa los dolores del paciente en una lista de quejas que puede reunirse en un expediente, pero que lo exime de responder con compasión ante la persona que sufre dolor (Némesis Médica, p. 131).*

Si se desean obtener resultados distintos en la práctica médica alópata, los médicos tienen que formarse en contacto directo con la realidad social de nuestro país y con la problemática de salud para responder a las exigencias de la población, no sólo clínica sino social. Sin duda, a nivel individual el enfoque clínico es decisivo para resolver problema de salud. Sin embargo, hay elementos a

considerar que amplían el enfoque al plano social. Raúl Rojas Soriano afirma en *Crisis, salud-enfermedad y práctica médica* que:

*La organización de los servicios médicos tiene que tomar en cuenta las características socioculturales y económicas de los distintos grupos humanos... considerar lo social en el análisis del proceso salud-enfermedad así como las respuestas que la sociedad en general y el sector Salud en particular plantean para resolver los problemas de salud individuales y colectivos (p. 161).*

El modelo biomédico imperante no valora el hecho de que la prestación de los servicios médicos está permeada por la realidad social que ajusta la concepción del proceso salud-enfermedad así como la manera en que los daños a la salud deben enfrentarse de acuerdo con las necesidades del modelo económico capitalista. Por el contrario, la investigación sociológica del proceso salud-enfermedad y de la práctica médica realiza un diagnóstico objetivo del dicho proceso analizando las causas sociales, las condiciones materiales de vida y de trabajo de los grupos mermados por los problemas de salud que quieren atenderse. “Se trata de que la investigación en el campo de la sociología médica rebase los planteamientos positivistas y analice con base en un modelo teórico materialista, las relaciones entre el proceso social determinado históricamente y las diversas expresiones del fenómeno salud-enfermedad” (Raúl Rojas Soriano, *Crisis, salud-enfermedad y práctica médica*, p. 40).

Considerar el contexto histórico-social del proceso salud-enfermedad así como la problemática sociocultural y económica del grupo social tratado, aunado al perfil epidemiológico de la población derivado de la forma en que viven y trabajan dentro del modelo capitalista para determinar los elementos que se requieren para resolver los problemas de salud más frecuentes en esa comunidad, son algunos de los cambios que la práctica médica alternativa hace frente a la alopática, al menos es la tendencia que muestra la práctica del par biomagnético.

### 2.3 Fundamentos teórico-metodológicos para el análisis del proceso salud-enfermedad en México

El proceso salud-enfermedad puede abordarse desde la corriente positivista o desde los fundamentos del materialismo histórico-dialéctico. Decidimos comprenderlo desde las categorías teórico-metodológicas e histórico-sociales de la sociología médica marxista porque tiene los elementos necesarios para evidenciar los aspectos fundamentales para orientar los estudios sobre la problemática de salud. Conforme las investigaciones del doctor Raúl Rojas Soriano, Marx y Engels "llegaron al análisis de los daños concretos a la salud del obrero después de contar con un marco teórico de referencia que dio cuenta de las leyes del modo de producción capitalista, leyes que permiten la explotación del trabajador y su creciente miseria con las consecuencias que esto origina en la salud del obrero y de su familia." (*Sociología médica*, p. 9).

Los análisis que efectúan los creadores del marxismo en relación con la salud-enfermedad están más vigentes ahora cuando el capitalismo se debate en una profunda crisis que repercute en una mayor explotación de la clase trabajadora, con los consecuentes daños a la salud. Hemos decidido utilizar los postulados básicos de la sociología médica<sup>65</sup> para el estudio de dicho proceso por lo necesitamos primero comprender las leyes del modo de producción capitalista:

La existencia de dos clases sociales en constante pugna permite el desarrollo del sistema capitalista a través de la producción de plusvalía<sup>66</sup>: una es dueña de los medios de producción y otra sólo posee su fuerza de trabajo para subsistir. Ello permite la explotación de la clase proletaria:

*La producción capitalista, que es, en sustancia, producción de plusvalía, absorción de trabajo excedente, no conduce solamente al empobrecimiento de la fuerza humana de trabajo, despoja de sus condiciones normales de desarrollo y de ejercicio físico y moral. Produce además, la extenuación y la muerte prematuras de la misma fuerza de trabajo. Alarga el tiempo de producción del obrero durante cierto plazo a costa de acortar la duración de su vida* (Marx, *El capital*, vol. I, p. 208).

---

<sup>65</sup> En el anexo incluimos una entrevista con el doctor Raúl Rojas Soriano con respecto a la distinción entre sociología médica y la terminología utilizada más recientemente: investigación sociológica del proceso salud-enfermedad y de la práctica médica, que concuerda más con los objetivos planteados por los investigadores sociales en este sentido.

<sup>66</sup> La fuerza de trabajo del proletariado es comprada por parte del burgués como cualquier otra mercancía. Sin embargo, ésta produce más valor del que posee. Éste es absorbido por el capitalista quien obtiene mayor beneficio en tanto el proletario sólo recibe lo necesario para conservarse y seguir produciendo.

El doctor Raúl Rojas Soriano ubica la explotación del obrero a través de las instancias capitalistas en dos momentos que están íntimamente relacionados<sup>67</sup> y que afectan no sólo su vida laboral sino que trascienden a sus condiciones de vida:

1. El capitalista paga sólo una parte del valor que produce la fuerza de trabajo, lo necesario para que el obrero y su familia puedan subsistir en las condiciones que exige la explotación capitalista; el resto se lo apropia el capitalista (plusvalía).
2. Las leyes objetivas del modo de producción capitalista obligan a mantener al obrero en condiciones de trabajo que directa o indirectamente dañan a la salud (accidentes y enfermedades laborales y reducción de su vida). Esto se debe a que el capital le interesa obtener la máxima plusvalía, reduciendo hasta donde sea posible los costos de producción, y para ello no tiene inconveniente –como dice Marx– “en abreviar la vida de la fuerza de trabajo”, que, como ya vimos, el capitalista compra como una mercancía más que incorpora al proceso productivo (*Sociología médica*, pp. 18-19).

Marx no sitúa la explotación capitalista sólo en el plano económico, destaca las consecuencias que el proceso de trabajo del régimen capitalista deja en la salud del proletariado, e insiste en analizar el proceso salud-enfermedad desde una concepción materialista, es decir, en la necesidad de considerar la base económica de la sociedad (el modo de producción capitalista que se fundamenta en la explotación del trabajador) para explicar los consecuentes daños a la salud, debido a que la diferente apropiación de los medios de producción también repercute en las distintas condiciones materiales de vida y existencia de las clases sociales, lo que origina una situación diferente entre ellas con respecto a la enfermedad (tipo, frecuencia y gravedad) y la manera como se atienden.

El surgimiento y las características de la enfermedad son resultado de la manera en que la sociedad se organiza para vivir y trabajar en el modo de producción capitalista. Por tanto, las consecuencias del capitalismo se viven también en el proceso salud-enfermedad de los grupos sociales que lo componen. Entre las tesis de sociología médica que Marx y Engels formulan y que sirven de sustento a esta investigación se encuentran las siguientes, destacadas por el doctor Raúl Rojas Soriano en *Crisis, salud-enfermedad y práctica médica*:

---

<sup>67</sup> Catalogados en la obra *Sociología médica*.

1. Cada formación social (sociedad históricamente determinada) crea su propia patología y produce las condiciones sociales para la reproducción de la misma, en consonancia con el modo de producción prevaleciente.
2. Existe una situación diferencial entre las dos clases sociales fundamentales presentes en las formaciones sociales capitalistas (proletariado y burguesía) respecto a la morbilidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos.
3. Dentro del proletariado existe una situación diferencial entre los diversos sectores que lo componen con respecto a las características de las morbilidad, la esperanza de vida, el nivel de conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos.
4. Existe una situación diferente entre la ciudad y el campo en lo que respecta a las características de la morbilidad y el nivel de esperanza de vida de la población.

Estas tesis permiten demostrar que la enfermedad, su frecuencia y gravedad, tienen su explicación en las circunstancias de vida de los distintos grupos sociales. Marx y Engels sustentan teóricamente y empíricamente la relación entre el proceso salud-enfermedad y las condiciones materiales de vida y de trabajo de la clase trabajadora para explicar que los daños a la salud que sufre derivan de las situaciones deterioradas en las que viven y trabajan.

En este trabajo buscamos aplicar al proceso salud-enfermedad las mismas leyes y categorías expuestas por los creadores del marxismo, en la situación específica de las capas medias de la sociedad mexicana, desde la crisis generalizada que vive el país y las consecuencias que conlleva.

1. *Cada formación social crea su propia patología y produce las condiciones sociales para la reproducción de la misma, en consonancia con el modo de producción prevaleciente.*

Las características de la enfermedad se presentan de acuerdo con cómo se vive y cómo se trabaja: existe mayor hacinamiento, mayor desnutrición, menores oportunidades de educación y esparcimiento. La clase trabajadora es cada vez más explotada lo que, aunado al subempleo, el desempleo y la inflación, repercute en sus condiciones de vida. Por lo tanto, la causa de la mayoría de sus patologías es la explotación capitalista, que no se limita al proceso de trabajo sino trasciende al ámbito de vida no laboral hasta perjudicar también la reproducción de la fuerza de trabajo. De esta manera, las condiciones sociales en que se desarrollan las

enfermedades no se presentan únicamente en el trabajo, sino que afectan al conjunto familiar.

*El capital no pregunta por el **límite de vida de la fuerza de trabajo**. Lo que a él le interesa es, única y exclusivamente, el máximo de fuerza de trabajo que puede movilizarse y ponerse en acción durante una jornada. Y para conseguir este rendimiento máximo, no tiene inconveniente en abreviar **la vida de la fuerza de trabajo** (Marx, *El capital*, vol. I, p. 208).*

Marx ubica las causas sociales de la enfermedad en la forma como la sociedad se organiza por y para los procesos de producción. Al ser parte fundamental del capitalismo la creación de plusvalía, prevalece el ahorro en la producción en detrimento de las condiciones “necesarias” para la conservación de la fuerza de trabajo.

Este trabajo denota las tendencias de las capas medias de la sociedad mexicana conforme con su proceso salud-enfermedad que adquiere ciertas regularidades derivadas de los grupos sociales de las que surgen y que devienen de las formas específicas en que se insertan en el modo de producción capitalista: Tenemos que las capas medias cuentan con las características socioeconómicas y culturales para restablecer su salud con alternativas médicas distintas a la práctica convencional, además de que los procesos patológicos que la aquejan son distintos a los de las otras clases por la forma en que viven y trabajan.

El hecho de que el proceso salud-enfermedad se presente de diferente forma entre las distintas clases sociales provoca que

2. *Exista una situación diferencial entre las dos clases sociales fundamentales con respecto a la morbilidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos, que depende de la ubicación de cada una de ellas dentro de la estructura económica de la sociedad capitalista.*

El proletariado sólo tiene su fuerza de trabajo para subsistir a través de su venta a la burguesía, ésta al buscar la mayor ganancia al menor costo lo obliga a vivir y laborar en condiciones adversas que repercuten su salud. En cambio, la burguesía, es dueña de los medios de producción y del trabajo excedente proveniente de la explotación capitalista, lo que se traduce en mayores ingresos con menos esfuerzo por lo que su nivel de vida es superior.

Mientras el proletariado sufre mayormente enfermedades parasitarias, infecciosas y mal nutrición, procedidas de sus condiciones materiales de vida y de trabajo: vivienda insalubre, ausencia de servicios básicos, mala alimentación, servicios médicos deficientes, etcétera, la burguesía padece otras que devienen también de

su relación con los medios de producción y sus características de vida: sedentarismo y dieta en abundancia, por lo general.

*Las condiciones materiales de existencia de amplios sectores del proletariado, impuestas por el capital, limitan o impiden no sólo el acceso a medios de vida para evitar o reducir las enfermedades (vivienda higiénica, alimentación y vestidos apropiados). Tales condiciones le impiden también disponer de una atención médica oportuna y adecuada para hacer [les] frente (...) Lo contrario sucede con la clase burguesa, que posee los medios para retrasar la enfermedad o evitar que ésta se complique y deje secuelas incapacitantes (Raúl Rojas Soriano, Sociología médica, p. 40).*

En este sentido, las enfermedades que afectan a la población de las capas medias de la sociedad es, por lo general, una mezcla entre las enfermedades provienen del mayor desarrollo capitalista como la hipertensión, la obesidad, la diabetes, el cáncer, etcétera, y las resultantes de una vida de trabajo constante, estrés, infecciones urinarias, malnutrición, entre otras. Podemos decir que presenta las enfermedades de la clase social a la que más se asemeja pero con la diferencia de que no cuenta con los mismos recursos socioeconómicos y culturales para enfrentarlas.

De acuerdo con Asa Cristina Laurell, la atención médica oportuna también es un proceso o un fenómeno social definido por las condiciones materiales de existencia.

*La burguesía y las capas medias tienen libre acceso a la medicina profesional y se atienden antes que la enfermedad haya progresado. La clase proletaria no puede admitir la presencia de la enfermedad hasta que está tan avanzada que materialmente no pueden seguir trabajando o hasta que todos los otros remedios han fallado. No tienen más alternativa que las instituciones públicas ("Medicina y capitalismo en México" en Cuadernos Políticos, p. 12).*

A través del materialismo histórico-dialéctico se concluye que las clases sociales tienden a padecer distintas enfermedades, y la frecuencia y gravedad con que la sufren también es diferente. Ello conduce a que la esperanza y nivel de vida difiera entre ellas. Asimismo, la morbimortalidad en cada grupo es distinta.

El modo de producción capitalista no sólo hace distinción en las condiciones materiales de vida y de trabajo entre una clase social y otra; también dentro de cada una de ellas de acuerdo con la manera en que se incorporen al proceso productivo, debido al desarrollo desigual de las fuerzas productivas, al diferente monto de capital que ellas manejen y a las condiciones del proceso productivo.

Aunque las capas medias de la sociedad también son explotadas, tienden a poseer condiciones de vida más salubres dentro y fuera del trabajo en comparación con el proletariado, por lo que las enfermedades que los aquejan tienden a ser menos relacionadas con los procesos parasitarios y más asociadas a las patologías provenientes del desarrollo capitalista. Además, tienden a contar con mayores recursos socioeconómicos y culturales para enfrentarlas, tanto en la medicina convencional como en las alternativas terapéuticas.

3. *Dentro de las clases sociales<sup>68</sup> existe una situación diferente entre los diversos sectores que las componen con respecto a las características de la morbimortalidad, la esperanza de vida, el nivel de conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos.*

Las circunstancias en que se consume la fuerza de trabajo son diferentes entre los distintos grupos, lo cual condiciona que sea diferente, a su vez, el modo en que se reproduce esa misma fuerza. Las situaciones concretas de vida y de trabajo de cada uno pueden generar diferencias específicas en la problemática de salud de cada clase así como respuestas diferentes para enfrentar la enfermedad. Tales diferencias se deben a que los miembros de la clase<sup>69</sup>:

1. Trabajan en distintas ramas de la economía;
2. Se insertan en el proceso productivo de diversas maneras (según el tipo de ocupación y las condiciones de trabajo existentes);
3. Perciben un salario cuyo monto (derivado en gran medida de lo anterior) es diferente, lo cual repercute a su vez en la reproducción de la fuerza de trabajo (vivienda, alimentación, vestido);
4. El nivel educativo, el nivel de conciencia de clase y las características culturales difieren también de un grupo a otro.

Esta distinción entre los distintos grupos sociales permite observar la tendencia de los procesos patológicos que afectan a las capas medias de la sociedad: son distintos a los del resto de la población debido a la forma en que se insertan en el proceso productivo y el nivel educativo que tienen. Contar con determinados recursos socioeconómicos y culturales los predispone a sufrir un grado menor de explotación, lo que produce un proceso salud-enfermedad específico a su formación social, además de que, esos mismos recursos las dotan de una

---

<sup>68</sup> El doctor Raúl Rojas Soriano se refiere al proletariado.

<sup>69</sup> Esta clasificación también es expuesta por el doctor Raúl Rojas Soriano en su texto *Sociología médica*, p. 43-44. Aun cuando Marx y Engels evidenciaron las condiciones distintas en que se consume la fuerza de trabajo y sus repercusiones en el proceso salud-enfermedad de la clase obrera, la diferenciación concreta es brindada aquí por el doctor Raúl Rojas Soriano.

capacidad de acción frente a las afecciones médicas y la forma de restablecer su salud.

El capitalismo se instaura desigualmente en el país de acuerdo con los recursos naturales, materiales y económicos con que cuentan las diversas regiones, además de que haya gente que trabaje y que consuma los productos. La Ciudad de México y el área conurbada son una megalópolis que sufrió un *boom* poblacional derivado de la migración del campo en busca de trabajo que, a su vez, es consecuencia de la urbanización y consecuente industrialización con una gran centralización de recursos e infraestructura necesarios para el desarrollo de grandes empresas y fábricas. Ello provoca problemas de vivienda, de transporte, contaminación, desempleo, hacinamiento, falta de recursos, entre otros. Tal situación merma la salud de la población, principalmente la de aquélla que no cuenta con los medios adecuados para atender sus enfermedades.

4. Por tanto, *existe una situación diferente entre la ciudad y el campo en lo que respecta a las características de la morbimortalidad y en el nivel de esperanza de vida.*

Depende de las particularidades que adquiera el proceso salud-enfermedad de acuerdo a la zona y el grado de desarrollo capitalista. En las ciudades los problemas de salud son desencadenados por la implantación de procesos productivos capitalistas. Urbes medianamente pobladas se ven rebasadas en poco tiempo por la llegada de nuevos integrantes; los servicios que ésta aporta a sus habitantes son diezmados por la construcción de fábricas y hogares en sitios poco propicios para tal fin; de tal suerte que hasta el medio ambiente es afectado por el proceso capitalista lo que, a su vez, repercute directa o indirectamente en la salud de los ciudadanos.

*La forma caótica de crecimiento de los centros industriales, sin la creación de una infraestructura mínima de servicios públicos, se traduce en un primer elemento de un ambiente nocivo. A la escasez de agua, por lo demás contaminada, a la contaminación fecal, a los basureros improvisados, hay que añadir un aire contaminado por los gases de automóviles e industriales (Asa Cristina Laurell, "Medicina y capitalismo en México" en Cuadernos Políticos, pp.9-10).*

Estas cuatro tesis puntan las propensiones de la enfermedad, su frecuencia y gravedad, mismas que se explican por las condiciones materiales de trabajo y de vida de los distintos grupos sociales. Las premisas fundamentales del materialismo dialéctico e histórico pueden orientar el conocimiento del proceso salud-enfermedad, para tener una comprensión más amplia y profunda de él, si

bien es un proceso natural, está condicionado por circunstancias sociohistóricas, económicas y culturales concretas. Ellas son destacadas por el doctor Raúl Rojas Soriano en el texto *Capitalismo y enfermedad*<sup>70</sup> y le permiten demostrar que:

1. La salud y la enfermedad no son estados aislados sino un proceso cuyos polos antagónicos se encuentran en unidad relativa y en permanente cambio; están en relación dialéctica. Así, salud-enfermedad es un proceso complejo que adopta contenidos y formas nuevas de acuerdo con las circunstancias sociohistóricas concretas.
2. El paso de la salud a la enfermedad es el resultado de una acumulación gradual de elementos desfavorables para el organismo. Por lo tanto, debe considerarse la necesidad de influir en el proceso para retrasarlo influyendo en las situaciones biopsicosociales que propician la enfermedad y, cuando se presenta, buscar la recuperación de la salud no sólo mediante la eliminación de agentes patógenos vinculados a la enfermedad, sino de los factores sociales adversos a la salud.
3. El proceso salud-enfermedad es demasiado complejo ya que en él se encuentran vinculados de diversa manera múltiples aspectos y factores: biológicos, del medio físico y los de la estructura social.
4. El proceso salud-enfermedad está formado por elementos esenciales y no esenciales. Deben de revelarse las causas determinantes por las que se presenta la enfermedad para dirigir la acción hacia la solución de las verdaderas fuentes de la enfermedad y no de sus efectos.
5. La medicina curativa sólo trata de resolver los efectos de las enfermedades con lo que se encubren las causas esenciales. Tal forma de actuar lleva implícita una ideología que responde a los intereses de las clases dominantes.
6. En el tránsito de la salud a la enfermedad existen elementos necesarios y otros causales. Si se parte de que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno social, debe ponerse especial atención en los primeros elementos a fin de buscar la manera de influir colectivamente sobre ellos y retrasar la presencia de la enfermedad.

---

<sup>70</sup> En el anexo correspondiente puede consultarse un extracto de ellas o bien en el sitio electrónico: [www.raulrojassoriano.com](http://www.raulrojassoriano.com)

7. Para que la enfermedad se convierta en realidad es necesario que se den las condiciones para ello, que exista una posibilidad real. El modelo médico debe trascender esas “posibilidades reales” (presencia de agentes patógenos, físicos, químicos) que son, en última instancia, producto de las condiciones materiales de existencia de los grupos e individuos. Debe tratar que se comprenda que las posibilidades reales están en función de una complejidad de factores y relaciones sociales, físicas y biológicas presentes en una realidad concreta.
8. En el análisis del proceso salud-enfermedad interesa ante todo el contenido, es decir, el conocimiento de los diversos elementos presentes, y de éstos los más fundamentales, y no la forma en que se manifiestan, aunque esto puede ser importante en determinado momento y bajo ciertas circunstancias.
9. El proceso salud-enfermedad es un hecho singular que se presenta en organismos históricamente determinados. Sin embargo, no significa que no exprese las características comunes a todos los procesos de salud-enfermedad, y que encuentran su desarrollo en grupos y sociedades complejos. La enfermedad, aun cuando se manifiesta como un hecho biológico, no pierde su carácter social. Lo social repercute en los procesos salud-enfermedad individuales.

Nosotros las empleamos para analizar la práctica de la medicina alternativa, a partir del estudio del *par biomagnético* en el apartado cinco de esta tesis, por el momento baste con esbozar un punto en el que convergen: la salud y la enfermedad son entendidas como hechos naturales que se encuentran condicionados sociohistóricamente, cuyas características esenciales están dadas por la forma de vida capitalista.

## 2.4 Investigación sociológica del proceso salud-enfermedad y de la práctica médica

Hacer un estudio del proceso salud-enfermedad desde el ámbito social es un esfuerzo apremiante resultado de la consideración de las variantes no sólo biológicas sino socioculturales y económicas del mismo a fin de conocer más a profundidad las implicaciones del proceso. El doctor Raúl Rojas Soriano, dentro de sus múltiples estudios sobre la salud-enfermedad de la clase obrera mexicana<sup>71</sup> es uno de los investigadores sociales que más han desarrollado el tema y quien guía gran parte de nuestro proyecto, como se nota en el apartado anterior.

Desde la perspectiva del materialismo histórico y dialéctico utilizada por el doctor Rojas Soriano<sup>72</sup>, la conceptualización del proceso salud-enfermedad depende de múltiples elementos propios de la realidad social y física donde trabaja y vive el ser humano; de los intereses de clase y de las ideologías que representan o defienden ciertos grupos; de la cultura existente en la sociedad en general, y en cada grupo social en particular; de las experiencias sociales que cada grupo tiene. De este modo, la investigación sociológica del proceso salud-enfermedad y de la práctica médica, debe contener diversos factores objetivos (condiciones materiales de vida y de trabajo) y subjetivos (propios de cada individuo).

*En la definición de la salud y la enfermedad intervienen factores objetivos y subjetivos, sociales e individuales, debido a lo cual no puede haber definiciones universales, absolutas, sino que se construyen para determinada sociedad y, más concretamente, para cada grupo social. Esto se debe a que la salud-enfermedad es un proceso condicionado sociohistóricamente que cambia y adopta diversas modalidades, y en su interpretación están presentes además elementos ideológicos que responden a determinados intereses de clase que varían según las circunstancias concretas en que surgen (Raúl Rojas Soriano, *Capitalismo y enfermedad*, p. 239).*

El doctor Raúl Rojas Soriano al aplicar estos criterios para el análisis del proceso salud-enfermedad obtiene que las problemáticas de salud derivadas del capitalismo no afectan igual a los grupos sociales por el hecho de que su posición en la estructura socioeconómica es distinta. Por lo tanto, *existe una situación diferencial entre las dos clases fundamentales respecto a la morbilidad, la*

---

<sup>71</sup> Su tesis está plasmada íntegramente en las obras *Capitalismo y enfermedad* y en *Crisis, salud-enfermedad y práctica médica*. Libros que pueden consultarse amplia y gratuitamente en [www.googlebooks.com](http://www.googlebooks.com) y directamente en su página oficial [www.raulrojassoriano.com](http://www.raulrojassoriano.com)

<sup>72</sup> Asa Cristina Laurell, Olivia López Arellano, José Valenzuela Feijóo e Iván Illich, por mencionar otros autores que también dan forma a nuestra tesis.

*esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos.* Esta situación se concreta<sup>73</sup> en que:

- a) En el proletariado existe un predominio de enfermedades infecciosas y parasitarias, además de malnutrición, que encuentra un campo propicio para su surgimiento y desarrollo en condiciones de trabajo y de vida insalubre. En cambio, en la burguesía se manifiesta una mayor presencia de enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades del corazón, cerebrovasculares, tumores malignos, diabetes) que surgen porque aumenta la expectativa de vida y por las características de la vida moderna: dieta en abundancia, estrés, hipertensión, neurosis, etcétera. Sin embargo, las enfermedades consideradas propias de la burguesía son compartidas por la clase trabajadora –en una proporción menor– ya que ésta no se encuentra aislada de los procesos de urbanización e industrialización, y de sus efectos en la vida social. Empero, las tasas de gravedad y letalidad son más altas en la clase proletaria ya que posee condiciones de trabajo y de vida que repercuten en forma más severa en la salud y dificultan su recuperación.
  
- b) El acceso a una atención médica oportuna y de la mejor calidad es menor en el proletariado que en la burguesía. Dentro del proletariado existen quienes tienen acceso a los servicios médicos de la seguridad social que son de excelente calidad, sin embargo, la carga de trabajo de la atención médica limita el tiempo que el equipo de salud le dedica al paciente, además de que no siempre puede consultarse a un médico especialista. Del mismo modo, la atención oportuna no siempre es posible, ya sea por problemas de acceso a las unidades médicas, por limitaciones para ausentarse del trabajo o por una educación médica deficiente. En cambio, la burguesía tiene acceso a la atención médica privada lo que permite un diagnóstico oportuno y un tratamiento que evite secuelas y complicaciones. Además tiene las posibilidades de acondicionar las características de su trabajo y de su vida a fin de que facilite la recuperación de la salud.

Como sabemos, cada clase está compuesta por diversos grupos que se diferencian entre sí por la forma en que se consume la fuerza de trabajo, por las condiciones concretas en que se desarrolla el proceso laboral y por la forma en

---

<sup>73</sup> Los puntos mencionados a continuación fueron extraídos enteramente de *Crisis, salud-enfermedad y práctica médica* del doctor Raúl Rojas Soriano. Hay que aclarar que sólo fueron tomados aquellos pertinentes para mi investigación. Para profundizar en el tema o conocer la obra completa remitirse a [www.googlebooks.com](http://www.googlebooks.com) o en su página oficial [www.raulrojassoriano.com](http://www.raulrojassoriano.com)

que los individuos y grupos se insertan en el proceso productivo, así como por la manera en que se conserva y se reproduce la fuerza de trabajo. Por lo tanto, existe una situación diferencial entre los diversos grupos que conforman las clases sociales respecto a las características de morbilidad, la esperanza de vida, el nivel de conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos.

Nosotros reduciremos aquí el análisis del proceso salud-enfermedad y la práctica médica a los grupos sociales de las capas medias de la sociedad mexicana que presentan características socioeconómicas y culturales que les permiten, de acuerdo con nuestra experiencia, recurrir con mayor predisposición a la medicina alternativa, analizamos el caso concreto del par biomagnético y consideramos que sus motivaciones están ligadas íntimamente aunque predomina la posición frente a los medios de producción:

Las capas medias se componen por aquellos que no dependen sólo de su fuerza de trabajo para subsistir, pero que no cuentan con los medios de producción para pertenecer a la clase burguesa. En materia de servicios médicos cuenta con el ingreso económico para buscar mejores opciones, y con el conocimiento de las mismas, aunque acude a los servicios ofrecidos por el Estado, de lo que resulta la siguiente peculiaridad: *al sufrir la decepción de las instituciones médicas públicas busca otras alternativas, entre ellas la medicina no alópata.*

## **2.5 La medicina alternativa como opción para alcanzar la salud**

“Para comprender por qué cada vez hay más personas de ciertos sectores dispuestas a ir a terapias alternativas, es muy importante entender que la medicina oficial, con sus instituciones, no puede curar a todos los enfermos, por más que lo intente” (Elías Margolis, *Sanar con amor y fe*, p. xxi). En las últimas dos décadas del siglo XX el capitalismo mundial transforma sus medios para alcanzar sus fines esenciales –la acumulación capitalista y la creación de plusvalía– a través del neoliberalismo. En materia médica, se introduce esta actividad a la lógica del mercado, la adquiere quien tiene para pagar por ella y la calidad está directamente relacionada con el dinero que se desembolse para tal propósito. Dentro de los cambios nos interesan las acciones gubernamentales en materia médica y del ejercicio médico con respecto a su función social; entre ellas, la superespecialización del galeno, sobre medicación, deslinde de responsabilidades por parte de Estado en cuanto a la garantía de servicios médicos a toda la población, desarrollo de la práctica médica privada, entre otras.

En *Sanar con amor y fe*, Elías Margolis fundamenta la expansión del modelo médico oficial en la importancia que la sociedad le da como “industria de la salud”: “La idea de nacer, morir y vivir las épocas enfermas de nuestra vida en un hospital es ahora un requisito casi inevitable. La industria de la salud nos rodea: en la televisión, la radio, en los anuncios estelares y en la cercanía de nuestros hogares, con sus farmacias, consultorios, hospitales y laboratorios” (p. 17).

El discurso estatal neoliberalista en la década de los ochenta puede resumirse en la creencia de que mientras existan mayores hospitales más sana se encuentra la población. Sin embargo, de acuerdo con el análisis del materialismo histórico-dialéctico, la carencia de servicios médicos de calidad, de vivienda digna, aunada a la degradación de las condiciones ambientales y los problemas demográficos que devienen de la instauración de desarrollos capitalistas transnacionales a raíz de la apertura neoliberal, son algunas de las razones primordiales de las enfermedades presentes en la población mundial provenientes de la explotación capitalista.

Los problemas médicos pueden resolverse desde tres perspectivas terapéuticas que coexisten en la cosmovisión de la población de la Ciudad de México y su área conurbada: la alópata, la tradicional y la alternativa. En primera instancia está la alopatía también conocida como medicina occidental, convencional o hegemónica. Sus prácticas médicas son esgrimidas esencialmente en los países occidentales con algún nivel de urbanización e industrialización. Se halla determinada ideológicamente por los avances científicos y tecnológicos y, al devenir de la ciencia moderna, sus reglas, conclusiones, evidencias, y la forma en que las estudia y las aplica proviene de las mismas formas de razonamiento. Ésta influye sobre la prestación de servicios médicos y todo aquello con lo que se relaciona, por lo que el tratamiento es mayormente farmacéutico.

La práctica médica alópata es la que se brinda en instituciones públicas y privadas que han caído en la lógica capitalista, según Asa Cristina Laurell no existe ninguna diferencia sustancial entre ellas, ambas se sustentan en las mismas concepciones ideológicas, fijan prioridades en base a los mismos criterios y emplean medios similares.

*Las corrientes dominantes del pensamiento médico identifican a la enfermedad como un fenómeno biológico individual, cuya causa se puede ubicar a determinado nivel en el organismo. La práctica terapéutica se expresa en términos complementarios. En primer lugar, se ampara la unidad dialéctica salud-enfermedad, concentrando toda la atención en la enfermedad. Esto se traduce en un comportamiento defensivo: se cura o mitiga la enfermedad en vez de impedir que se presente. La actividad*

*médica así, es una actividad justificadora de un sistema social que produce diarreas, úlceras, infartos y accidentes, para después ofrecer remedios científicos, médicos, como compensación. En segundo lugar, dado el supuesto carácter individual del problema, se dirigen los esfuerzos al individuo biológico, o a una parte de él, abstrayéndolo de su definición social (Asa Cristina Laurell, "Medicina y capitalismo en México" en Cuadernos Políticos, pp. 19-20).*

La medicina tradicional es un conjunto de sistemas médicos de sanción que tiene sus raíces en los conocimientos profundos heredados por los ancestros de distintos pueblos indígenas respecto al cuerpo humano en relación al mundo, las plantas medicinales y los espíritus que pueden provocar la transición de un estado a otro del proceso salud y la enfermedad, que acumularon a lo largo de su historia y que evolucionaron a partir de la Conquista española a México incorporando elementos de otras culturas con las que interactúa.

Por otra parte, el concepto de medicina alternativa se utiliza para clasificar una gama de terapias heterogéneas no alopáticas, que tampoco provienen de la herencia indígena presente en el país<sup>74</sup>, busca el equilibrio entre mente/cuerpo/espíritu y entorno, para alcanzar la salud. El Centro Nacional de la Medicina Alternativa de Estados Unidos<sup>75</sup> (NCCAM) desarrolla una clasificación que agrupa la medicina alternativa usada en ese país según cinco categorías: a) los sistemas médicos alternativos, b) las intervenciones de la interacción mente-cuerpo, c) los tratamientos biológicamente basados, d) los métodos basados en la manipulación del cuerpo y e) las terapias de energía.

Según la OMS "los términos de medicinas 'alternativa', 'complementaria' (y a veces 'no convencional' o 'paralela') se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas a su sistema médico prevaleciente."<sup>76</sup> Sin embargo, la utilización de estos términos en los sistemas médicos no alópatas están en función del modelo convencional y no a partir de sí mismos y de su aporte específico. A pesar de ello, el término se usa para referirse a muchos tipos de atención médica no

---

<sup>74</sup> Para nosotros, la característica que distingue a la medicina tradicional de la medicina alternativa es que la primera proviene de conocimientos ancestrales heredados por tradición oral (la mayoría de ellos) mientras que la medicina alternativa también proviene de conocimientos milenarios pero de culturas distintas a la nuestra.

<sup>75</sup> Utilizamos la información de este centro de Estados Unidos porque es el que mayor información sistematizada tiene al respecto, junto con datos y estadísticas anuales que nos ayudan a contemplar el panorama de la medicina alternativa cuando en nuestro país no existen. Además, instancias internacionales de salud como la OMS se apegan a ella para hacer su propia caracterización.

<sup>76</sup> <http://www.omsdive.com/ms>

convencional que entrañan distintos grados de formación y eficacia, y que abarcan una serie de terapias y prácticas que difieren de un país y/o región a otra.

Lo cierto es que los servicios médicos alópatas son los únicos validados por el Estado y que existe otro tipo de medicina llamada “alternativa” que propone medios distintos para combatir la enfermedad y alcanzar la salud. El objetivo de la primera, la alopátia, es mantener en “buen estado” a los pacientes para que se reincorporen al proceso productivo; mientras que en las alternativas la concepción de salud-enfermedad es más de tipo holístico en donde el paso de la salud a la enfermedad y viceversa es entendido como un proceso cíclico en el que puede influirse para mantenerse más en el lado sano y escapar de las enfermedades a través de diferentes técnicas que toman en cuenta cada uno de los ámbitos de la vida del paciente y su entorno. Elías Margolis nos proporciona las especificidades del modelo alternativo que nos sirven para ampliar nuestro análisis<sup>77</sup>:

*Concepción globalizadora de los padecimientos (es decir, integra cuerpo, mente y alma); acciones terapéuticas de eficacia simbólica (es decir, el paciente de múltiples formas con ritos, súplicas, palabras, imágenes sensibles, formas del lenguaje que van al inconsciente; la medicina alternativa escucha a través de los entredichos y tiene un efecto curativo gracias a su humanización); sociabilidad, que condiciona la eficacia de su cura; identificación con el terapeuta y la técnica, mayor relación terapeuta-paciente y sentido de pertenencia grupal; tendencia al pragmatismo; ahistoricidad; asimetría en la relación terapeuta-paciente; participación subordinada de los pacientes; legitimación comunal o grupal; identificación con una racionalidad técnica y simbólica; tendencia a la exclusión de los otros de su saber; y tendencia reciente a la comercialización (Sanar con amor y fe, p. 3).*

En nuestra conceptualización de la medicina alternativa tiene primordial importancia la visión integral del paciente debido a que es una de las características que más se puntualiza que le hace falta a la medicina convencional. Además, de la identificación de la terapia y del terapeuta, es decir, para acudir a un médico alternativo es fundamental conocer los principios por los que se rige y estar en comunión con ellos. De igual manera es importante que la relación terapeuta-paciente sea más estrecha debido a que ello propicia que la comprensión del proceso salud-enfermedad sea mayor.

---

<sup>77</sup> Desde nuestro análisis del biomagnetismo médico a través de la experiencia, algunas de las características no son tendencias regulares en esa terapia alternativa. Hecho que se profundiza en el capítulo correspondiente.

Aquí utilizamos el término “medicina alternativa” para hacer evidente que existe una opción ajena a la impuesta por el sistema para restablecer la salud. De acuerdo con Elías Margolis “hay que entender que la medicina alternativa surge y es derivación de la medicina oficial -ello la sitúa en su correcta dimensión-; y aparece para cubrir espacios que la medicina oficial no contempla” (*ibíd.* p. 2). En este sentido, las medicinas alternativas son líneas de pensamiento y acción que se hallan fuera de los alcances neoliberales en las que se prioriza el ser humano a través de una atención integral de cuerpo/mente/espíritu/ambiente en el que se desenvuelve.

Las mismas vicisitudes que genera el neoliberalismo llevan a que parte de la población –principalmente aquella que cuenta con los medios económicos y culturales– tienda a la búsqueda de métodos alternativos para mejorar su salud. La sociedad actual se ve inmersa en una variedad de disciplinas médicas que van desde los artes milenarios chinos (feng shui, acupuntura, ayurveda, reflexología, etcétera) hasta la medicina tradicional mexicana como la herbolaria.

La concurrencia a múltiples opciones de medicina es consecuencia de la desprotección social del pueblo por parte del Estado a raíz del neoliberalismo y las leyes de libre mercado, y las condiciones socioeconómicas y culturales que prevalecen en el proceso salud-enfermedad en la actualidad.

Hacemos énfasis en la importancia de los medios económicos para el restablecimiento de la salud porque además de considerarlo fundamental en las causas de las enfermedades también es esencial para la búsqueda del modo de atención médica. Por lo tanto, la manera en que se relacionan los grupos sociales con los medios de producción determina la cultura y cosmovisión de esos grupos respecto con el proceso salud-enfermedad. Elías Margolis concluye que:

*Cada vez existen más flujos financieros importantes hacia estas terapias, lo que hace de la medicina alternativa una opción para la búsqueda de la salud en algunos sectores de la sociedad. Podemos decir que tiene una clientela “liberal” (sea por buscar diferente racionalidad en la salud o por formar parte de una corriente contra-cultural), que genera una demanda significativa en el consumo. Además tiene, por un lado, un aspecto más humano en el trato que da al paciente y propicia la auto-curación; y, por otro, sus métodos de curación son holísticos o integrales, es decir, que ven la enfermedad más allá de su dolencia o manifestación física y toman en cuenta tanto el cuerpo como la mente y el alma (ibíd. p. ix).*

Los sectores medios de la sociedad no sufren la explotación capitalista de igual forma que el proletariado; cuentan con mejores condiciones de trabajo y de vida –

sana alimentación, vivienda salubre, tiempo para recreación y educación– lo que deriva en una visión diferente del proceso salud-enfermedad caracterizado por una mayor información de las terapias alternativas. Además, tienen el ingreso suficiente para recurrir a otros tratamientos.

Los servicios médicos en la Ciudad de México se ven degradados por las políticas económicas impuestas desde la era neoliberal –reducción del gasto público en salud y educación, integrándolas a la esfera económica– aunado al evidente fracaso de los planes y programas de los servicios médicos impactando en la salud de la población. Ante tal realidad, la medicina alternativa surge como opción para la consecución de la salud.

Las características que justifican la expansión e importancia del modelo alternativo para Elías Margolis, hecho en el que coincidimos<sup>78</sup> son:

*La concepción globalizadora, la eficacia simbólica y la sociabilidad. Estos rasgos representan las partes del servicio médico que la medicina oficial no considera y constituyen cualidades muy buscadas por las personas hoy en día, ya que parecen dar una cara más humana al servicio. El modelo médico alternativo tiene una técnica que retoma la individualidad y la especificidad de cada problema o situación, apartándose de rutinas médicas y burocracia; crea una identificación grupal donde la elección lleva al paciente a compartir valores con un grupo (que va en aumento); además, es distinta pero eficaz; ello hace que la persona se sienta mejor y la motiva para su curación (Sanar con amor y fe, p. 4).*

---

<sup>78</sup> 1. Concibe al hombre como una totalidad. 2. Humaniza la práctica médica al centrar su objetivo en el enfermo. 3. Limita los efectos nocivos colaterales. 4. Reduce los costos del tratamiento.

*“Detrás de una acción médica debería existir un estudio social.” (Luis Castelazo Ayala, Proceso, 1976).*

### III. LO SOCIAL EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y EN LA PRÁCTICA MÉDICA

#### 3.1 Implicaciones sociales de la medicina y la práctica médica alópata

Lo *social* en la medicina tiene que ver con la manera en que se estudia y se aborda el proceso salud-enfermedad de forma teórica, es decir, qué elementos son relevantes para el tratamiento de determinados síntomas, pero también en el modo práctico de atenderlo, qué importancia se le da al paciente, a su familia y/o entorno para establecer el diagnóstico y tratamiento de la patología y de qué modo es asumida.

Definir *lo social* en el proceso salud-enfermedad y la práctica médica es más complicado de lo que parece a primera vista ya que pueden –y deben– mencionarse todas las intervenciones de los individuos en cualquiera de los aspectos de esos mismos sucesos, desde su percepción hasta la forma de vivirlos, conforme la clase social y el ángulo del que lo observan. Considerar lo *social* en este proceso es más que la delimitación conceptual e incluye la relación médico-paciente en la que se inmiscuyen dos sujetos con deseos, prácticas, problemas e ideas distintas entre ellos, quienes entablan un puente de comunicación para el éxito de la consulta.

El establecimiento conceptual del proceso salud-enfermedad y la práctica médica alópata es regido por los cambios en el método de estudio de la medicina y los grandes progresos científico-tecnológicos. Éstos, además, orillan a los galenos a la *superespecialización*<sup>79</sup> que tiene como consecuencia la fragmentación del paciente en sistemas, órganos y glándulas, y la consecuente despersonalización en la atención médica. Los nuevos médicos se instruyen en ese modo de ejercer su labor, por lo que las facultades e instituciones educativas, y los formadores de médicos también son infundidos con esa nueva visión de la actividad médica.

---

<sup>79</sup>De acuerdo con la Secretaría de Salud en 1990 del total del personal médico en instituciones públicas 32.9 por ciento es general y 34.8 es especialista, mientras que para 2010, 31 por ciento es general y 46.5 por ciento es especialista. [www.salud.gob.mx/boletindeinformacionestadistica2010](http://www.salud.gob.mx/boletindeinformacionestadistica2010)

La medicina convencional<sup>80</sup> en México se practica bajo el sistema capitalista dependiente lo que constriñe el libre ejercicio de la profesión. El sistema económico busca la consecución de sus propósitos a través de los planes y programas de estudio de las escuelas de medicina que orientan a los profesionales médicos, como a los estudiantes, a la práctica médica mayormente curativa y hospitalaria, que atiende principalmente los síntomas físicos con medicamentos. Para Elías Margolis, “tales características son propias de la racionalidad científica que, para curar a sus pacientes, busca internarlos. Con ello, la medicina impone su poder y su saber al individuo en vez de resolver las demandas de los enfermos” (*Sanar con amor y fe*, p. 2).

A pesar que a través del tiempo se comprueba que la medicina biologicista y hospitalaria no es la mejor para tratar la enfermedad y fomentar la salud, es el sistema médico que se enseña en las universidades. Se forja al médico como único portador de la sabiduría, en cuanto a temas patológicos, por lo que el paciente tiene vaga importancia en la labor médica. Esto está íntimamente relacionado con el cambio en la percepción del deber médico, cuando se deslinda la enfermedad del enfermo ya no se trata a un ser humano sino a un conjunto de síntomas clínicos medibles y cuantificables. En palabras de Iván Illich en *Némesis médica* “se situó la enfermedad en el centro del sistema médico, una enfermedad que podía ser sometida a: a) verificación operativa mediante la medición, b) estudio clínico y experimentación y c) evaluación conforme a normas mecánicas” (p. 143).

Lo anterior se relaciona con el ideal de médico, un galeno exitoso es quien tras largos años de estudio logra su especialización y atiende a raros casos en el país<sup>81</sup>, obteniendo prestigio social y ganancia económica. Por lo tanto, relegan la idea de ayudar al grueso de la población con conocimientos básicos de medicina debido a que ésta actividad no procura ni dinero ni renombre.

Los médicos que laboran en instituciones públicas la más de las veces, tienen una educación médica básica y atienden enfermedades infecciosas-parasitarias, por lo general, se encuentran frustrados al no lograr las metas que la instrucción educativa les fija como parte del éxito profesional. No se sienten plenos en su

---

<sup>80</sup> A lo largo del trabajo pueden usarse indistintamente los términos “medicina convencional”, “medicina alopática” y “medicina occidental” para referirse a la práctica médica vigente en los servicios médicos institucionales o privados en los que priva la atención biomédica del paciente a partir de la revisión de cuadro sintomatológico del mismo.

<sup>81</sup> De acuerdo con datos del INEGI el 85 por ciento de las enfermedades está asociado a los padecimientos de una larga vida, como la diabetes y la hipertensión, así como a accidentes y violencia. El restante, 15 por ciento, corresponde a muertes derivadas de la pobreza.

actividad lo que deriva en prácticas médicas poco satisfactorias tanto para el paciente como para el médico<sup>82</sup>.

La preparación médica inducida por los fines capitalistas se conjuga con la previa cosmovisión del educando que es resultado de su modo de vida y la forma en que se relaciona con el sistema económico. Si el futuro médico pertenece a la clase social burguesa, su perspectiva sociocultural y económica, por lo general, tiende a coincidir con la del sistema capitalista ya que para él es efectivo.

Sin embargo, si corresponde a las capas medias de la sociedad, la mayor parte de las ocasiones, busca mejores condiciones de vida y de trabajo para él y los suyos; el discurso establecido en las instituciones educativas le da un motivo para buscar el triunfo personal aun cuando ello limite su actividad médica para la mayor parte de la población. Para mejorar su nivel de vida, pueda especializarse e incluso salir del país con el propósito de adquirir nuevos conocimientos. Del mismo modo, si algún médico proviene de la clase trabajadora, probablemente, su esfuerzo se dirija a la búsqueda de un mejor futuro, por lo que el individualismo y la especialización ven la opción.

El sistema neoliberal orienta la instrucción y práctica médica institucional alópata hacia la atención biologicista. A pesar de su decadencia, le conviene ejercerlo pues los intereses de las grandes químico-farmacéuticas transnacionales es que las enfermedades se mantengan en un estado latente por medio de sus medicamentos y se desencadenen si se deja de consumirlo para que el paciente se vuelva dependiente de las medicinas y sus ganancias se eleven. “La invasión farmacéutica encaja muy bien en el tipo de hombre que la sociedad capitalista médica pretende crear porque, al tomar un remedio, el individuo ejerce la oportunidad de afirmar un dominio sobre sí mismo e interfiere así en su propio cuerpo, en lugar de dejar que otros lo hagan” (Elías Margolis, *Sanar con amor y fe*, p. 29).

Desde que la cosmovisión acerca del proceso salud-enfermedad y la práctica médica cambia hacia la atención de la enfermedad y la lucha contra la muerte es desempeñada por el médico, se divide la concepción de la enfermedad como parte de un sujeto que la padece y se ignoran características ajenas al padecimiento, es decir, socioeconómicas y culturales que, desde nuestra perspectiva son fundamentales en el desarrollo del mismo. Además, la responsabilidad de curar se entrega completamente al galeno y el enfermo limita su capacidad de acción sobre su dolor, perdiendo éste su carácter de reivindicador

---

<sup>82</sup> Por lo tanto, la baja satisfacción que el médico tiene respecto a su trabajo determina la atención que le brinda al paciente, por lo que a su vez, condiciona la relación médico-paciente.

social. Iván Illich afirma que “al arrancarse la idea de muerte concebida por tradición para instalar la creada por la sociedad medicalizada se convierte a la sociedad en consumidora de enseres médicos” (*Némesis médica*, p. 207).

Es importante analizar *el aspecto social*<sup>83</sup> en la actividad terapéutica alópata, en cuanto el médico se dedica a tratar de quitar los síntomas de la enfermedad se vuelve supresor del dolor; utiliza químicos farmacéuticos para lograrlo. Los galenos “se apropian de su enfermedad (del paciente) y la convierten en materia prima para una empresa” (*ibíd.* p. 152).

Concordamos con Elías Margolis cuando afirma que “la medicina moderna se deshumanizó, ya que ciertas escuelas de la medicina recomiendan no involucrarse con el paciente y sostienen que debe haber una distancia entre éste y el médico” (*Sanar con amor y fe*, 93). En la medicina alópata institucional, generalmente, el trato es frío e impersonal, consecuencia de: a) la gran cantidad de consultas al día por unidad médica, que se traduce en largas esperas y tiempo limitado de atención, lo que puede reducir la efectividad del diagnóstico y el tratamiento médico, b) mínima importancia a los problemas psicoemocionales del paciente que, muchas veces, desarrolla varias patologías y, c) lo tardío de los estudios especializados, por lo que la enfermedad puede continuar.

*Cuántas veces hemos escuchado que un paciente entra a un hospital y la inercia de éste lo agrava. Llega con una enfermedad y resulta infectado de otra peor o la despreocupación médica agrava su problema. La ortodoxia institucionalizada obstruye el avance del efecto terapéutico...no puede observar la necesidad subjetiva del paciente y su estado u otros requerimientos que su sistema no considera* (Elías Margolis, *Sanar con amor y fe*, p. xxv).

En las instituciones médicas públicas el servicio es rebasado por el número de derechohabientes en cada unidad. El médico atiende más pacientes dedicándoles menos tiempo, lo que afecta tanto el diagnóstico como el tratamiento. Las consultas están programadas cada 15 minutos, tiempo que médico y paciente tienen para expresarse y relacionarse. El diagnóstico médico se establece conforme a los síntomas y, rara vez, se efectúa una auscultación, a menos que el cuadro clínico lo requiera. Los síntomas se disminuyen por medio de medicamentos que atacan el dolor y/o la infección, mas no va a la génesis de la enfermedad.

---

<sup>83</sup> Utilizamos ésta generalización para referirme a la correlación existente entre tres aspectos principales: el médico, el paciente y el entorno social, y cómo ella determina la terapia que, a su vez, está acotada por los aspectos socioculturales y económicos de las dos seres relacionados en consulta. Partiendo de la delimitación capitalista dependiente de los procesos sociales.

Siguiendo los datos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) para 2013 registran 2033 quejas, de las cuales mil 88 son contra el IMSS y 319 contra el ISSSTE. La mayor cantidad de quejas está relacionada con: una mala relación médico-paciente, una mala operación y un mal diagnóstico<sup>84</sup>.

La mayoría de las patologías presentan la misma sintomatología y, si es lo que atiende la medicina alópata institucional, las recetas a surtir por parte de la farmacia de la unidad contienen los mismos componentes; lo que provoca decadencia de medicamento. Acrecentando el descontento de los pacientes. Quienes tienen la posibilidad económica adquieren los fármacos y quienes no, recurren con regularidad hasta abastecer su orden.

Hemos evidenciado varios de los problemas fundamentales de la medicina alópata institucional que orillan a los pacientes a buscar un mejor trato en primera instancia en la medicina privada y, algunos finalmente, en la medicina alternativa. A saber:

1. En primer lugar, la instrucción médica biologicista, despersonalizada, sintomatológica, farmacéutica y hospitalaria, regente en la mayoría de las escuelas de medicina de nuestro país; que orienta a los médicos a la especialización y al desapego de los pacientes en cuanto seres humanos, más bien vistos como cúmulo de síntomas a someter por medio de fármacos y sin contemplar otras posibilidades. Lo que provoca que:
2. La relación médico-paciente en las instituciones médicas es prácticamente inexistente. Limitada a la atención de la sintomatología y el tratamiento farmacéutico. El doctor es quien detenta el conocimiento y el paciente es un ser pasivo que acata las disposiciones médicas.  
En este ámbito, muchos pacientes se sienten desprotegidos y, hasta cierto grado, ignorados. No logran compenetrar con su médico y no expresan libremente su enfermedad ni los problemas que lo aquejan.
3. Sin embargo, la mayoría atiende sus disposiciones. Acuden a la farmacia a surtir su receta y, algunas veces, no hay medicamento.

De estos tres, el mayor problema del sistema médico institucional, desde nuestro análisis, es el trato frío del personal médico y administrativo de los hospitales públicos, ya que la relación médico-paciente, en nuestra perspectiva, es fundamental para la exitosa práctica médica.

---

<sup>84</sup> [www.conamed.gob.mx/](http://www.conamed.gob.mx/)

La manera en que el sistema capitalista ejerce su dominio sobre el sistema médico lo predispone a una práctica médica de mala calidad. Lo que la impulsa a la esfera del mercado. La cuestión de salud se vuelve una cuestión de clase, quien tiene para pagar una mejor atención la busca en instituciones particulares. Por lo general, aquellos que cuentan con mayor nivel educativo y mejores ingresos económicos buscan atención médica en hospitales privados o consultorios particulares que, si bien manejan el mismo sistema médico biologicista y hospitalario, proporcionan una consulta personalizada y cálida.

Los consultorios no se hallan saturados, de tal forma que el tiempo de consulta es mayor, la relación médico-paciente es, por lo general, más cercana y pueden tocarse temas ajenos a la consulta médica que generan confianza del paciente hacia el médico y en su labor. El diagnóstico clínico incluye preguntas de rutina, exámenes de gabinete, auscultación, exámenes de laboratorio e, incluso, rayos X. Al parecer, con el propósito de lograr un análisis más preciso que ayude al médico a recetar con certeza. Sin embargo, desde nuestro enfoque, es una forma más de acrecentar las ganancias tanto de los laboratorios médicos como de los consultorios particulares.

El paciente tiene el trato que pueda pagar. Los estudios son más profundos a pesar que, algunas veces, se llega al mismo diagnóstico con menos pruebas. Empero, la confianza del paciente hacia el desempeño médico radica en la sensación de atención personalizada y detallada, valorado en esas prácticas.

Aun cuando los escrutinios son más profundos y precisos, el tratamiento se limita al combate de los síntomas por medio de medicamentos y fármacos. Aunque el trato es humano y la relación médico-paciente más libre, el galeno es quien decide cómo se lleva a cabo el tratamiento y el paciente, generalmente, sólo sigue sus disposiciones. A diferencia de la práctica médica institucional en la que la relación médico-paciente es unilateral, en ésta aparece como bilateral pero asimétrica en donde el médico es el que sabe y el paciente se limita a observar el proceso. Para Iván Illich “el paciente queda reducido a un objeto en reparación; deja de ser un sujeto al que se le ayuda a curar. Si se le permite participar en el proceso de reparación, actúa como el último aprendiz de una jerarquía de reparadores” (*Némesis médica*, p. 89).

La actividad médica privada alópata gana terreno frente a la medicina institucional por brindar mayores atenciones a sus pacientes: consulta extensa, esmero del personal médico y administrativo, exámenes extensivos para el diagnóstico, tratamiento continuo, cita abierta, mejores condiciones de las instalaciones, entre otras. Sin embargo, el tratamiento es de combate a la enfermedad, del mismo modo que la medicina institucional, actúa conforme a la instrucción médica

biologicista con una atención hospitalaria que no tiene interés en la prevención de la patología sino la disminución de los síntomas.

Este servicio médico tiende a ser funcional para quienes están inconformes con las instituciones médicas públicas en cuanto al tiempo de espera, la falta de medicamento e incluso con el trato distante del personal médico pero que no les molesta la forma de diagnosticar ni el tratamiento clínico de combate al síntoma de la medicina alópata, y que pueden solventar los gastos por su cuenta. Empero, hay quienes aun con el mejor trato sienten que hay algo más que pueden hacer. En este caso, recurren a la diversidad de medicinas alternativas, cuyas características sociales desglosamos a continuación.

### **3.2 Características sociales de la medicina alternativa**

Las necesidades de algunas personas, sobre todo aquellas pertenecientes a las capas medias de la sociedad, en relación al proceso salud-enfermedad van más allá del diagnóstico clínico y la prescripción de medicamento, es decir, del tratamiento de enfermedades. En este sentido, la medicina alternativa presenta un trato diferente para el paciente donde el mayor peso del diagnóstico y tratamiento de la patología está dirigido a la comprensión del enfermo en su medio social.

La medicina alternativa observa a la salud-enfermedad como un proceso social inmerso en ciertas condiciones socioculturales y económicas, igual que los pacientes, que atiende, por lo que es vital tratarlos en su medio social para sanarlos. Al ser un proceso nunca se está totalmente enfermo ni totalmente sano sino que es un constante ir y venir entre un extremo del proceso y otro, y su actividad va encaminada a prolongar el período de salud y reducir los daños que la enfermedad puede generar en el cuerpo humano.

Lo social en la medicina alternativa se refleja en la manera de definir el proceso salud-enfermedad. De ella devienen otros, como la trascendencia que otorga a la situación laboral y a las condiciones de vida que provoca, para entender el origen de las patologías, y establecer el tratamiento. Además, lo social también se observa en que procura un trato más humano, atendiendo conjuntamente los síntomas físicos y psicosociales.

*En la noción de lo cotidiano de la enfermedad confluyen muchos aspectos de la cultura, los valores y las costumbres y en la medicina alternativa en particular, a diferencia de la oficial, ocurre una comprensión integral.*

*Acercándonos a los problemas generales de la vida del paciente, nos acercamos a su camino curativo, no sólo al síntoma. Hay numerosas maneras de atravesar la enfermedad, de curar; el objetivo del terapeuta es aplicar su percepción para transitar el camino con el enfermo (Elías Margolis, *Sanar con amor y fe*, p. 94).*

Estos elementos son ignorados por la práctica médica alopática. Ella aplica el modelo biologicista de avances científico-tecnológicos que, aunque ha logrado grandes beneficios para la humanidad es insuficiente para proveer salud. Hay que considerar, además, que la interacción de los factores biomédicos y genéticos con los sociales y psicológicos influyen en las causas y el desarrollo de las enfermedades.

La medicina alternativa traslada el modelo médico al campo biopsicosocial, propone retomar el lado humano y social de la medicina de modo que se procure la comprensión del paciente y su modo de reaccionar ante el proceso salud-enfermedad en su medio social, por lo que no sólo se le brinde asistencia médica en la enfermedad sino se procure una prevención y educación para la salud. Cualquier terapia alternativa, al menos de las que hablaremos en este trabajo, busca equilibrar todos los ámbitos (natural, material y social) que intervienen con el proceso salud-enfermedad. Para Elías Margolis tanto como para nosotros “los médicos alternativos ‘no dejan de lado lo que sucede entre el enfermo y el médico y se esfuerzan por vincular el mal con el sujeto’. No separan al enfermo de la enfermedad, como hace la medicina oficial que, por su necesidad de objetivizar el conocimiento, no toma en cuenta al sujeto” (*ibíd.* p. 4).

Otra cuestión en la que la medicina alternativa difiere de la medicina alópata es la importancia que le atribuyen a la relación médico-paciente. La medicina alternativa propone una relación ecuánime<sup>85</sup> en donde, si bien el terapeuta tiene mayor conocimiento acerca de las patologías, requiere la opinión del paciente para llegar a un diagnóstico más acertado y personalizado. La responsabilidad se divide, el paciente toma una posición activa en la búsqueda de la salud, al procurar cambios de hábitos que implican el equilibrio entre la naturaleza y su cuerpo. La salud-enfermedad va más allá de los aspectos biológicos del ser humano y son importantes los aspectos sociales.

---

<sup>85</sup> Elías Margolis, contrariamente, considera que la medicina alternativa y la medicina alópata comparten la característica de establecer una relación asimétrica entre el médico y el paciente. “Ambas sitúan al médico en el lugar del que ‘sabe’ y al paciente en el lugar del desvalido.” (*Sanar con amor y fe*, p. 3). Además, cree pertinente aceptar este rasgo en la medicina alternativa para ubicarla en su posición real y notar que tiene puntos en común con la alopátia que pueden permitir una asimilación y desarrollar una práctica conjunta.

La recuperación de la dimensión humana en la relación médico-paciente tiende a la sensación de satisfacción del paciente dentro de sus necesidades; ello aunado al tiempo de consulta provoca, por lo general, eficiencia y disminución de la iatrogenia clínica<sup>86</sup>. Por tanto, una relación médico-paciente con empatía y respeto evade el paternalismo del primero sobre el segundo, transformando al último en parte de la toma de decisiones dentro de una medicina cooperativa. Este es el caso de la medicina alternativa; en ella el terapeuta indica tratamientos de acuerdo al análisis del proceso salud-enfermedad y de las condicionantes sociales a la par del estudio biomédico de la patología. El terapeuta tiende a ser un consejero, educador y comunicador social que incluye al paciente y a su familia en la toma de decisiones para procurar su salud.

La formación de los médicos alternativos se basa en una filosofía más integradora y humana, centra la atención en el paciente y en sus necesidades y, a través de él, considera las determinantes sociales, por lo que el diagnóstico y tratamiento rebasan el nivel fisiológico del enfermo. “La medicina alternativa busca relacionar los aspectos de cuerpo, mente y alma en toda enfermedad, para lo cual considera los subjetivos y sociales impregnados en ésta o que tienen relación con ella. Con ello trata de superar el aspecto unicausal del origen de la enfermedad y se convierte, en la mayoría de los casos, en una medicina multidimensional” (Elías Margolis, *Sanar con amor y fe*, p. 12).

La medicina alternativa es reconocida también por su esencia holística. La mayoría de las terapias que se asumen como tal reconocen la complejidad del proceso salud-enfermedad, proponen la atención del ser humano en su totalidad lo que deriva en una comprensión más profunda de la enfermedad, buscan qué parte de la compleja vida del paciente se encuentra inestable que genera una alteración físico-química o biológica en el cuerpo humano. Dando un tratamiento integral más allá de la sintomatología o manifestación clínica de la patología, considerando cuerpo, mente y la sociedad donde se desenvuelven, el sitio donde viven y trabajan, todas ellas especificidades que marcan la salud-enfermedad de cualquier ser humano. De acuerdo con la visión de la medicina alternativa la enfermedad es

---

<sup>86</sup> Iván Illich en su texto *Némesis médica. La expropiación de la salud*, hace una diferenciación de la iatrogenia conforme a los aspectos que afecta: 1. Yatrogénesis clínica: daños clínicos superiores a sus posibles beneficios. 2. Yatrogénesis social: ocultar las condiciones políticas que afectan la salud. 3. Yatrogénesis estructural: limitar al individuo para curarse y cuidar su ambiente. En este caso me refiero a la yatrogénesis clínica, sin embargo, a lo largo de la investigación se desarrollarán las demás. En el anexo correspondiente se explican las características de cada una de ellas.

un desbalance o desequilibrio de la relación sostenida entre el ser humano y cualquiera de los elementos que conforman su vida<sup>87</sup>.

Gran parte del efecto sanador de la medicina alternativa está ligado a la ideología o cosmovisión respecto a la misma, es decir, al convencimiento del paciente de que las terapias funcionan –derivado de la educación y la cultura en que se encuentra inmerso socialmente.

La medicina alternativa, por su parte, también tiene condicionantes sociales que la llevan a existir como tal, que condicionan sus acciones frente a las situaciones de salud-enfermedad que presenta la población. Los procedimientos médicos alternativos son definidos de este modo con respecto a la oposición que mantienen con las formas de acción de la medicina alópata, por lo tanto se presentan como una opción para abordar la salud-enfermedad ajena y distinta establecida en las leyes y principios que cada terapia tiene en su origen: los objetivos que persiguen, que están condicionados por la visión sociopolítica, cultural y biopsicosocial respecto al proceso salud-enfermedad. La medicina alternativa tiende a concebir al paciente como parte de una sociedad que determina su modo de vida y de trabajo, entiende a la enfermedad como derivada de este proceso.

Si bien muchas de las terapias alternativas son utilizadas a la par de la medicina alópata, quisimos conservar el énfasis de “alternativo” pese a la complementariedad que estas representan debido a que recurrir a ellas es una forma más de mostrar la inconformidad que tenemos o sentimos con respecto al sistema, particularmente, el sistema médico. En la Ciudad de México y el área conurbada el interés por la medicina alternativa radica en que cubre expectativas que la medicina convencional deja vacías (mejor relación médico-paciente, diagnóstico holistas, tratamientos integrales) y porque existe mucha información respecto a ella respecto a que atiende más que los síntomas de la enfermedad para ir al origen del problema (cuestiones psicosociales e interpersonales).

A lo largo del análisis social que realizamos para este proyecto queda constancia de la tendencia que mostramos las personas que acudimos a la práctica médica alternativa: tenemos cierto perfil socioeconómico y cultural, tanto médicos como pacientes, que nos orienta a la búsqueda de un tratamiento médico con una visión distinta a la medicina alópata. Nos oponemos a la medicina curativa y hospitalaria en favor de un diagnóstico integral del ser humano. Estas características provienen de nuestro modo de vida y de trabajo, y de nuestras experiencias con la

---

<sup>87</sup> Utilizo la palabra vida para referirme a los procesos sociales y a las relaciones que derivan de ella y no al proceso bioquímico de la respiración.

medicina convencional. En *Sanar con amor y fe*, Elías Margolis concluye que “aunque asisten personas de diversos estratos sociales a las terapias alternativas, la mayoría proviene de una clase social media y media alta, que puede pagar los servicios y tiene una disposición mental acorde con los principios que las terapias difunden, así como información actualizada de los alcances de estas medicinas” (p. 101).

Muchos de los pacientes, sobre todo aquellos pertenecientes a las capas medias de la sociedad, muestran propensión a asistir a la medicina alternativa como última opción de sanación después de haberse tratado con alopátia y no obtener buenos resultados. En palabras de Elías Margolis “A las terapias (alternativas) llegan, además, muchos desahuciados de la medicina oficial: con cáncer, sida, y leucemia, por ejemplo. Es muy frecuente también que asistan pacientes que no soportan más los niveles de estrés comunes en las ciudades, que causan enfermedades pulmonares, dolores de cabeza, colitis y ciática” (*Sanar con amor y fe*, p. 108).

Por lo tanto, hasta aquí notamos que las medicinas y las prácticas médicas, alópatas y alternativas, están determinadas socialmente de diversas formas que están íntimamente relacionadas, a saber:

- Desde el estudio mismo del proceso salud-enfermedad, la forma en que es abordada la enfermedad y se procura la salud. Este elemento tiene una connotación sociopolítica y cultural que determina las soluciones presentadas.

Ciertas prácticas medicinas alópatas están regidas por los principios neoliberales que enrolan a la salud en el mercantilismo. Así, desde la instrucción educativa se prepara a los médicos para vender sus servicios al mejor postor; buscando la ganancia económica y el prestigio social e ignorando salud de la población.

Sin embargo, existen médicos que por los factores socioculturales y económicos que detentan su vida no comulgan con la visión mercantil de la salud y salen de la medicina alópata en busca de nuevas alternativas médicas para proveer la salud a la población. Encuentran en la medicina alternativa una filosofía que coincide con sus necesidades.

La medicina alternativa aborda el proceso salud-enfermedad como un todo social, donde ambas partes del proceso están ligadas a las formas de vida y de trabajo de los pacientes por lo que son fundamentales en la construcción del diagnóstico y el tratamiento médico.

- Desde el tratamiento de la enfermedad, la medicina alternativa tiende a considerar la importancia que el modo de vida y de trabajo toma para que la enfermedad se presente de esa forma, orienta el diálogo para establecer la causa de la enfermedad y junto con el paciente y su entorno restablecer la salud. La relación médico-paciente<sup>88</sup> es más humana, la persona es atendida en su entorno social, y el diagnóstico-tratamiento se establece conforme las necesidades sociales que presenta el enfermo y su familia.

### 3.3 El aspecto social en la actividad terapéutica de la medicina alternativa

Lo social de la medicina supera el aspecto teórico-metodológico de la enfermedad y llega hasta la práctica médica, conforme con nuestro análisis del apartado anterior (*vid. supra*). Por ello, quisimos analizar la tendencia social en la actividad terapéutica de las alternativas médicas. Para ellas, el proceso salud-enfermedad toma sentido en cuanto se relaciona con lo social ya que las personas lo vivimos conforme a nuestro entorno; enfermamos y buscamos restablecer la salud de acuerdo a nuestra percepción de la misma y a las cosas que tenemos a nuestro alcance para lograrlo<sup>89</sup>.

Elías Margolis considera que la importancia de la medicina alternativa tienen que ver con que “ofrece una opción diferente para encarar los problemas; no los resuelve en el nivel social, pero la alternativa se va incrementando y genera entonces la posibilidad de tratamiento más humano y de nuevos espacios” (*Sanar con amor y fe*, p. 103). Nosotros coincidimos con este posicionamiento de la medicina alternativa, en el sentido de que, si bien no combate las razones estructurales del sistema capitalista que enferman al grueso de la población, es decir, no cambia la forma de vida y de trabajo basado en la superexplotación y en la extracción de plusvalor; sí propone una visión del proceso salud-enfermedad que integra todas esas características para entenderlo y dar respuestas más acordes con las necesidades de la población.

---

<sup>88</sup> Terapeuta-paciente. Elías Margolis hace una distinción que nos parece pertinente tomar: a los que ejercen la medicina alópata o tecnicada los llamaremos *médicos* y a los que trabajan la medicina alternativa de cualquier tipo, *terapeutas*, para distinguirlos.

<sup>89</sup> De forma similar lo entiende la sociología médica marxista: todo lo que el ser humano experimente en su vida cotidiana tanto en el trabajo como en el ámbito personal-familiar afecta su estado físico y mental, es decir, su salud. Por lo tanto, para mejorarla hay que cambiar las condiciones materiales de existencia o, por lo menos, tomarlas en consideración para que el diagnóstico y tratamiento sean más efectivos.

La eficacia de los servicios médicos depende de qué recursos científico-tecnológicos se utilicen en tiempo en beneficio del paciente. Mientras que la calidez del servicio obedece a la relación médico-paciente. En la medicina alternativa, la mayoría de los terapeutas atendemos todos los rubros de la vida del paciente, incluyendo los componentes socioculturales y económicos, para lograr una mejor comunicación y alcanzar la salud del mismo. La visión integral u holística de la medicina alternativa, es parte esencial de la visión social. Considerar al ser humano como miembro de una comunidad que, a su vez, conforma la naturaleza. Asociar lo biológico, lo químico, lo socioeconómico, lo mental, lo emocional y lo energético para comprender la génesis de la enfermedad.

Lo social en la actividad terapéutica de la medicina alternativa también se vincula a los aspectos sociales que conducen al terapeuta a la práctica alternativa. Por lo tanto, los aspectos socioculturales y económicos –que generalizamos como “*lo social*”– a identificar son los de ambas partes de la relación terapeuta-paciente. Del lado del paciente las circunstancias que influyen en la elección de determinada atención médica, suelen ser: la relación familiar, las prenociones acerca de la salud-enfermedad, su relación con el sistema político-económico que, en suma, son derivación de la posición de éste frente al aparato productivo, es decir, de acuerdo con la forma en que viva y trabaje tiende a ser la forma de atención que elija para su salud-enfermedad.

De acuerdo con la posición en el proceso productivo es la situación económica que, a su vez, tiende a condicionar la percepción de los demás procesos socioeconómicos y culturales, entre ellos la salud-enfermedad aunada a las ideas previas que el paciente tiene acerca de la enfermedad, la forma de combatirla y quien puede hacerlo. Todo lo anterior lleva al paciente a adoptar actitudes hacia el médico que condicionan su actividad<sup>90</sup>. Del mismo modo, los terapeutas estamos determinados por las características socioculturales y económicas que devienen de nuestra situación con respecto al resto de la sociedad, dentro del mismo patrón económico capitalista que condiciona al paciente. Así, la elección de determinada práctica médica está dada por las experiencias sociales.

Las facultades médicas tienen planes de estudio orientados al ejercicio liberal de la medicina, además tienden a promover la especialización del galeno. Algunas veces estos criterios para diagnosticar y atender la enfermedad distan a los del estudiante, por lo que tiende a optar por un modelo terapéutico alternativo, conforme los objetivos que persigue.

---

<sup>90</sup> Las demandas expectativas del paciente están formadas por sus patrones socioculturales y económicos.

Los médicos no alópatas procuran un contacto más frecuente con sus pacientes por lo que el diagnóstico y tratamiento es más afín con sus requerimientos, establecen el equilibrio entre el cuerpo y el medio social que los rodea, además de que se preocupa por sus relaciones interpersonales. De acuerdo con la medicina alternativa, lo individual y lo social se encuentran vinculados.

Es necesario retomar esta visión para superar las corrientes sociales estructurales que no contemplan los aspectos sociales y lograr mejorar la calidad de vida del grueso de la población. La medicina alternativa, concretamente el biomagnetismo médico, representa una opción real para llegar a la salud y lidiar con la enfermedad ya que procura incluir todos los aspectos humanos en su conjunto.

### **3.4 Elementos socioeconómicos y culturales en la relación terapeuta-paciente**

La persona enferma de acuerdo a sus condiciones de vida y se busca sanar guiado por su cosmovisión acerca del proceso salud-enfermedad que, a su vez, es regido por su manera de ver y entender la vida. Las mismas condicionantes socioeconómicas y culturales, tiende a poseer el terapeuta.

La cosmovisión de la medicina alternativa tiene que ver con un descontento general con la medicina alópata tanto en su forma de diagnosticar como en los procesos que utiliza para atender la enfermedad. La medicina alternativa “toma a cada paciente con sus problemas concretos de vida y relaciona el órgano enfermo con todo el organismo; entiende que la célula enferma se puso mal cuando la persona tuvo un problema emocional o de relación afectiva que le facilitó el contagio o la enfermedad” (Elías Margolis, *Sanar con amor y fe*, p. 9).

El paciente tiene la posibilidad de hablar con el terapeuta de sus problemas ya que encuentra comprensión que en otros no halla debido a que este último atraviesa vivencias similares, propias o ajenas, que le permiten esa capacidad. El terapeuta encuentra la manera de hablar de sus emociones y sus relaciones sociales para describir algo externo a él. Por lo tanto, admite que mucho de lo que vive no depende sólo de él sino de su situación social igual que el paciente. Es necesario que tanto el paciente como su familia sientan la *confianza* de exponer libremente sus síntomas físicos como sus problemas emocionales asociados a la patología, su opinión acerca del proceso salud-enfermedad, la manera de tratarse y las aspiraciones que plantean frente al terapeuta, ya que son importantes para el diagnóstico y tratamiento.

Una buena relación terapeuta-paciente facilita una comprensión profunda de la enfermedad. Al crear un ambiente de entendimiento, el enfermo *confía* en la sanación por medio de la terapia lo que provoca bienestar que influye, a su vez, en el curso de la enfermedad y los mecanismos curativos. Por lo tanto, dentro de las terapias alternativas, estas centran mayor importancia en la empatía dada entre ambas partes que en la medicalización.

Los terapeutas alternativos nos asumimos como miembros de la sociedad por lo que también somos parte del proceso salud-enfermedad de los pacientes que a nosotros recurren. Atendemos a las personas como parte de una totalidad en constante flujo y transformación por lo que consideramos más allá de la manifestación física de la enfermedad, además analizamos la relación de ésta con el entorno del paciente. La medicina alternativa interviene no sólo a nivel físico sino social, al analizar los problemas generales de la vida del paciente, emerge la raíz de la mayoría de las enfermedades por lo que se atiende la génesis de ella y no el síntoma. De acuerdo con Elías Margolis, los terapeutas de la medicina alternativa “tienen en su mayoría un nivel académico superior, con grados universitarios. Su capacitación en la medicina es con base en cursos de especialización en diversas técnicas o en la práctica como aprendices con un experto. Para ellos, el aprendizaje es empírico y en todo caso no formal” (*Sanar con amor y fe*, p. 82).

De acuerdo con la noción del paciente acerca de la enfermedad se da el entendimiento con el terapeuta alternativo, ya que en ella convergen aspectos socioculturales y económicos que marcan el camino a seguir, entendiendo la noción de enfermedad se da una comprensión integral de la misma.

Pero, qué lleva a los usuarios de la medicina alternativa a tomar esa decisión y, de igual modo, qué orienta a los terapeutas a brindar este tipo de ayuda a la sociedad es lo que nos interesa descifrar en este apartado. Desde nuestra perspectiva, unos y otros tenemos motivos que apenas son distinguibles ya que, según Elías Margolis:

*A un sector de los pacientes que demandan este servicio podemos llamar buscadores o alternativos que, de manera más fluida en la vida, buscan opciones que satisfagan mejor sus requerimientos de salud, dentro de un marco que busca una mejor calidad de vida y la posibilidad de seleccionar con flexibilidad las opciones existentes. También están los que de alguna manera quieren ayudar a otros pacientes a curarse, es decir, los aprendices, ya que constantemente los terapeutas dirigen talleres para enseñar el manejo de sus técnicas (Sanar con amor y fe, p. 99).*

Desde esta perspectiva a ambos tendemos a guiarnos por los mismos objetivos y razones que, desde nuestro análisis son los siguientes:

1. Buscamos alternativas médicas a la alopátia porque nos encontramos decepcionados e insatisfechos con los mecanismos que ella utiliza para atender la enfermedad: No tienen en cuenta las verdaderas causas de las patologías y, algunas veces, la atención es inoportuna y tardía. Además,
2. La relación terapeuta-paciente admite un contacto a nivel humano del que la alopátia carece. Al relacionarse el terapeuta observa al paciente en su proceso de enfermedad y a la sociedad en su conjunto que, de cierta manera, tiene implícita la razón por la que el sujeto en cuestión se haya enfermo.

En la medicina alternativa, particularmente en el par biomagnético, los terapeutas nos relacionamos con los pacientes de forma abierta, en la que podemos conversar e intercambiar opiniones acerca de los problemas físicos como sociales que ambos tenemos, promoviendo un entendimiento. Las terapias alternativas tienen un aspecto cálido y humano, sobre todo en el trato a los pacientes. Si bien atendemos a los enfermos en sus especificidades, no dejamos de contemplarlos como parte de un todo, para tratarlo de modo íntegro.

En suma, existen tendencias en las personas que acudimos a las terapias alternativas que sugieren que somos, desde este estudio, por lo general, de los sectores medios de la sociedad, con cierto grado de instrucción que nos permite en primer lugar, entender que existen otras opciones para satisfacer nuestras necesidades con respecto a la salud y coincidimos con los principios que éstas difunden. También recurren personas de menores ingresos económicos cuando su necesidad es grande y son desahuciados por la medicina alópata, misma cualidad que orilla a los individuos de mayores recursos a recurrir a las terapias alternativas.

*Una alternativa a fondo para preservar y promover la salud de la población plantea el cambio de las estructuras económicas, políticas y sociales del país. Sin embargo, existen diversas posibilidades coyunturales, como el reconocimiento de las prácticas médicas tradicionales, de la acupuntura y la homeopatía (Periódico Unomásuno, 10 de agosto de 1985).*

#### **IV. MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA**

##### **4.1 Definición y clasificación de la medicina complementaria y alternativa**

Es complicado delimitar la medicina complementaria y la alternativa, por la amplitud de los temas que se involucran que, además, están en constante evolución lo que dificulta su sistematización. Conjuntamente, los límites que separan a la medicina alópata de las prácticas complementarias y/o alternativas no están bien definidos, debido a que las múltiples posturas no contradicen en general a la medicina, sino a la conceptualización teórico-práctica alópata de los últimos años.

Nosotros para describir la medicina alternativa consideramos pertinente partir de la conceptualización de la medicina en general puesto que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *el objetivo de la medicina siempre es el mismo aunque las modalidades terapéuticas sean diversas*. Ella considera que la medicina es “la ciencia y arte de prevenir y curar las enfermedades del cuerpo humano”<sup>91</sup>. Este organismo, además, reconoce y acepta el valor de la medicina complementaria y alternativa por su contribución al conocimiento médico, y a la humanidad. Define a los enfoques que atienden la salud que escapan de lo convencional de la medicina como “prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar,

---

<sup>91</sup> A pesar de no coincidir totalmente con las definiciones que este organismo internacional de las Naciones Unidas realiza, partimos de ellas ya que es la máxima entidad especializada en salud reconocida a nivel mundial.

además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades” (Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional<sup>92</sup>).

Sin embargo, aceptar esta designación lleva el riesgo de enmarcar en los mismos términos a la medicina tradicional. Por tanto, hay que concretar la clasificación para evitarlo, de forma que defina únicamente a las prácticas que no están integradas al sistema médico hegemónico en México y que tampoco forman parte de la tradición ancestral del mismo.

El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM, por su sigla en inglés), dependencia de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos; conceptualiza la medicina complementaria y alternativa como “un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención a la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional” (¿Qué es la medicina complementaria y alternativa?)<sup>93</sup>. El NCCAM diferencia la medicina complementaria de la alternativa. La primera la asume como aquella que se utiliza *en conjunto con* la medicina alópata. Mientras que la medicina alternativa es la que se emplea *en lugar de* la medicina convencional y considera que la mayor parte de la población utiliza las terapias médicas no alópatas de forma complementaria a los tratamientos convencionales recetados por su médico.

En nuestro país no existe una definición oficial propia de este tipo de técnicas, ni datos estadísticos que permitan conocer la utilización de la medicina complementaria y alternativa. La Secretaría de Salud las clasifica de conformidad con la NCCAM y estima que el porcentaje de población usuaria es alto en comparación con décadas anteriores, sin ofrecer estadísticas al respecto.

No existe una clasificación “universal” de estas prácticas médicas, es decir, única y compartida por todos los interesados en ellas. Diferentes fuentes las enlistan de acuerdo con sus necesidades y expectativas. La OMS, por ejemplo, las divide en dos grandes grupos: las que utilizan plantas medicinales y las que no. Mientras que la NCCAM las agrupa, para una mejor conceptualización y sin que ello sea aceptado formalmente por alguna institución médica o educativa, en:

- 1. Productos naturales.** Uso de diversos medicamentos de hierbas o productos botánicos, además de vitaminas y minerales, por sus propiedades terapéuticas.
- 2. Medicina de la mente y el cuerpo.** Se centran en las interacciones entre ellos con el propósito de usar la mente para influir en las funciones físicas y promover la salud.

---

<sup>92</sup> <http://www.who.int/about/es/>

<sup>93</sup> <http://nccam.nih.gov/espanol/informaciongeneral/>

3. **Prácticas de manipulación basadas en el cuerpo.** Estas terapias ponen especial atención en la estimulación de las estructuras y los sistemas corporales (huesos, articulaciones, tejidos blandos y el sistema linfático y circulatorio).
4. Además existen **las terapias de movimiento** que se emplean para promover el bienestar físico, mental, emocional y espiritual.
5. **Manipulación de diversos campos de energía.** Dichos campos pueden caracterizarse como auténticos (mensurables) o supuestos. Los primeros incluyen aquellos que emplean campos electromagnéticos para influir en la salud como la terapia magnética o terapia de luz. Mientras que los basados en campos energéticos supuestos –también conocidos como biocampos– establecen que en los seres humanos fluyen formas sutiles de energía<sup>94</sup>.
6. Por último, **los sistemas médicos integrales**, que constituyen sistemas teórico-prácticos que evolucionan en forma independiente de la medicina convencional. Entre ellos se encuentra la medicina tradicional china y la ayurvédica. Además de la homeopatía y la naturoterapia que se desarrollan en los últimos siglos.

El problema de la mayoría de las clasificaciones es que intentan entender las prácticas alternativas desde la cosmovisión occidental, lo que limita la comprensión de las medicinas emanadas de otras culturas (como la china) dificultando su comprensión y su ubicación conceptual. Al definir las desde la clasificación anterior, por tipo de terapia, se omite el sistema que les dio origen, relegando a segundo plano su concepción del proceso salud-enfermedad que orienta su quehacer terapéutico. Extraerlas de su cosmovisión es descontextualizarlas. Es mejor tratarlas desde el sistema sociocultural que las desarrolla, teniendo en cuenta que evolucionan y se aproximan a la visión de la sociedad en la que se desenvuelve, posibilitando el enriquecimiento intercultural.

Gustavo Nigenda<sup>95</sup> y otros miembros del Centro de Investigación en Sistemas de Salud consideran que un modelo complementario se caracteriza por: “a) clama ser curativo, supone ser capaz de tratar enfermedades y ofrecer soluciones a ellas, b) tiene un cuerpo de conocimiento o teoría (más o menos sistematizada) sobre el

---

<sup>94</sup> Según la NHIS de 2007 el uso de las terapias basadas en campos supuestos de energía -dentro de los que puede mencionarse el par biomagnético- fue relativamente bajo. Sólo 0.5 por ciento de los adultos y 0.2 por ciento de los niños estadounidenses la habían utilizado.

<sup>95</sup> Científico social y analista de políticas públicas en salud. Biólogo por parte de la UNAM que lo dotan de herramientas conceptuales y metodológicas útiles para su investigación del desarrollo de la profesión médica en México en cuatro campos (formación, empleo, distribución regional y organización profesional).

ser humano y en la que se incluyen ideas sobre las causas de la enfermedad y la salud y c) utiliza algún tipo de intervención técnica por parte de un practicante” (*Modelos complementarios de atención: un componente excluido en la reforma de los Sistemas de Salud*, p. 1400). El autor reconoce, además, tres grupos de modelos complementarios de salud: la medicina tradicional (proveniente de los grupos indígenas), la medicina alternativa (venida de Europa y Asia) y las curaciones de fe (como mezcla de las anteriores). Con ello respeta la cosmovisión de cada una de las terapias y las analiza en su contexto sociohistórico.

Para él, la medicina alternativa es parte de la medicina complementaria, mientras que para nosotros se distinguen por su uso con respecto a la medicina alópata, es decir, la medicina complementaria se asume como tal porque se utiliza en conjunto con las prácticas médicas alópatas con el objetivo de mejorar sus resultados; en tanto la medicina alternativa juega un papel de oposición teórico-práctica con respecto a la alopátia debido a que asume el proceso salud-enfermedad de forma distinta.

Si bien la medicina alternativa muchas veces se utiliza de forma complementaria a la medicina alópata, nosotros insistimos en clasificarla como alternativa para denotar la distinción antes dicha. Coincidimos en la clasificación que hace Nigenda respecto a la medicina alternativa como técnicas terapéuticas de origen europeo y asiático, y a la medicina tradicional como asociada a los conocimientos de los indígenas latinoamericanos. Por tanto nuestra caracterización es la siguiente:

*Prácticas medicinales que tienen un origen distinto a la sociedad capitalista y que no provienen de la cultura indígena de nuestro país, aunque se encuentran influenciadas por las condiciones culturales e históricas que presenta la sociedad mexicana. Por lo general, surgen de tradiciones milenarias de otras sociedades y llegan a nosotros gracias a su probada eficacia a lo largo del tiempo.*

## 4.2 Resurgimiento de las terapias complementarias y alternativas en México y en el mundo

La OMS estima que para 2005, aproximadamente, 80 millones de personas en el mundo utilizaron o continúan usando técnicas ajenas a la medicina alópata<sup>96</sup> y considera a los países asiáticos corresponsables del reposicionamiento de la medicina alternativa en el mundo, debido a que siempre la utilizan por encima de los grandes descubrimientos tecnológicos recientes. Tan sólo en Estados Unidos uno de cada tres adultos acude a terapias complementarias y/o alternativas en ese año. Mientras que en Francia, Alemania y Australia la práctica de terapias complementarias y alternativas rebasa el 50 por ciento y el Reino Unido el 25 por ciento.

En México el INEGI reporta que el gasto de los hogares mexicanos en 2011 para cuidar la salud “fue de 360 mil millones de pesos. De ese monto, 972 millones fueron erogados en productos y servicios de medicina tradicional o alternativa. El 55.2 % fue utilizado para el pago de curanderos, chamanes, parteras, etcétera; y el resto en la compra de hierbas medicinales, remedios caseros, medicamentos naturistas, entre otros” (*Estadística a propósito de... día mundial de la salud*, p. 9<sup>97</sup>). La sociedad mexicana, conforme estos datos, utiliza la medicina tradicional o alternativa<sup>98</sup> en una proporción de uno de cuatro, es decir, de cada cuatro pesos destinados del gasto de los hogares en bienes y servicios médicos uno se dirige a las alternativas médicas.

Es notorio que desde hace más de 20 años es más común la práctica alternativa<sup>99</sup> atribuible a varias causas, las más importantes, desde este análisis, son dos:

1. “La población que acude a estos servicios de salud alternativa lo hace principalmente porque las instituciones de medicina oficial no han satisfecho sus necesidades” (Elías Margolis, *Sanar con amor y fe*, p. xvi).

La insatisfacción del paciente y su familia con respecto al sistema médico actual, así como con los resultados físicos que se observan debido, principalmente, al trato despersonalizado e inhumano brindado por algunos trabajadores de las instituciones públicas médicas que provoca, por lo general, una relación médico-paciente deficiente donde, comúnmente, se presta mayor

---

<sup>96</sup> <http://www.who.int/research/es/>

<sup>97</sup> Carecemos de un estudio confiable que avale estadísticamente el crecimiento de la utilización de las prácticas complementarias y alternativas. Valgan estos datos para evidenciar que los hogares mexicanos destinan parte de sus recursos a estas alternativas médicas.

<sup>98</sup> Debido a que no existe una *única* definición de la medicina alternativa, la medición de su utilización es muy complicada.

<sup>99</sup> Dentro de esta tesis manejamos las tendencias que consideramos fundamentales para que este hecho se manifieste, por el momento, sólo hacemos mención de ellas.

atención a los síntomas clínicos de la enfermedad que al paciente visto desde su contexto biopsicosocial.

El análisis coartado de la enfermedad en la medicina alópata provoca que los tratamientos sean menos capaces de promover la salud ya que se dedican, principalmente, al combate de los síntomas físicos de las patologías a través de fármacos lo que, la mayor parte de las veces, genera daños colaterales al paciente, también conocida como yatrogénesis clínica.

La relación médico-paciente también sufre una constante degeneración desde que las prácticas neoliberales abrazaron a la medicina, a tal grado que los galenos que practican su profesión de manera alópata, sobre todo en instituciones públicas, ya no dedican el tiempo suficiente a las consultas, coartando la comunicación con sus pacientes, acrecentando los tratamientos sintomatológicos y disminuyendo la búsqueda de los factores sociales que desarrollan la enfermedad. En palabras de Elías Margolis:

*El modelo de la medicina oficial utiliza muchos paliativos, por la dificultad de enfrentarse a algunas enfermedades, y utiliza como solución la anestesia, el trato impersonal, mayor margen de acción paliativa... para estos casos la medicina alternativa parece operar de forma contraria, ya que normalmente no recomienda la anestesia y el trato con los pacientes es personal, es decir que hay un acercamiento al y del terapeuta en muchos niveles (ibíd. p. 20).*

Los terapeutas alternativos brindan consultas más completas, con especial énfasis en el conocimiento del paciente como una *unidad compleja* que forma parte de una más estructurada, que contiene algunas de las causas de sus patologías. A partir de la plática previa a la consulta, obtienen información acerca de su forma de vida y de trabajo, para relacionarlos con sus síntomas y solucionar el problema ampliamente.

2. Los valores y creencias acerca del proceso salud-enfermedad cambian a consecuencia del giro sociocultural que devino de la entrada de la neoliberalización de la medicina. Algunos pacientes, sobre todo personas de las capas medias de la sociedad que cuentan con los factores socioculturales y económicos para ello, tienden hacia una atención integral, en la que los lapsos patológicos del proceso salud-enfermedad se aborden como parte de la sociedad en la que habitan, y que los determina. A diferencia de los tratamientos frecuentemente sintomáticos que proporciona la medicina alópata, la medicina alternativa observa al paciente como un *todo*, desde su forma de

vida y de trabajo, considerando su parte física y emocional; donde el individuo también es responsable en el restablecimiento de su salud<sup>100</sup>.

Este cambio sociocultural está relacionado con el incremento en la investigación acerca del proceso salud-enfermedad en las terapias complementarias y/o alternativas que evidencia su mayor efectividad frente a la medicina alópata. Además, existe un mayor acceso a la información a través de los medios de comunicación; la facilidad de encontrar temas relacionados con la medicina alternativa contribuye, en cierta medida, al incremento de su práctica. Su popularidad continúa incentivando las investigaciones que analizan su seguridad y su eficiencia.

La falta de estudios teórico-científicos validados por la ciencia moderna genera una barrera significativa para que la medicina complementaria y alternativa sea aceptada por la alopátia<sup>101</sup>. No obstante, cada vez son más los médicos que recurren a este tipo de terapias para mejorar su práctica profesional; debido en gran parte, a la decepción que ellos mismos sienten de su labor social.

Aunque la mayoría de las terapias alternativas carecen de pruebas clínicas para catalogar su efectividad existen testimonios de pacientes y terapeutas que describen su éxito frente a la enfermedad. Lo cierto es que no se puede comparar una y otra medicina conforme a pruebas de laboratorio debido a que mientras una –la medicina convencional– da el mismo tratamiento a cualquier persona que presente determinados síntomas<sup>102</sup>, puesto que actúa sobre los indicios de la enfermedad, la otra –medicina alternativa– realiza un proceso más profundo que abarca todos los aspectos de la vida del paciente por lo que cuantificar su eficacia es más complicado, ya que el enfoque es específico para cada individuo de acuerdo con sus características biopsicosociales y culturales.

Diversas terapias alternativas presentan problemas para comprobar clínica y científicamente su efectividad en el combate de la enfermedad y el restablecimiento de la salud. Pero existen otras que no los tienen y que a lo largo

---

<sup>100</sup> He aquí un punto fundamental que no queremos pasar por alto aun cuando lo hayamos tocado a lo largo de esta investigación. La utilización de la medicina alternativa está directamente relacionada con los factores socioculturales y económicos de los pacientes y de los médicos debido a que para acceder a ella es necesario tener el sustento económico para pagar la consulta y el posterior tratamiento. Además, es necesario contar con un bagaje sociocultural que choque con la práctica médica alópata y que concuerde con la terapia alternativa –para lo cual es necesario contar con un determinado posicionamiento social–.

<sup>101</sup> Aunque en este estudio se haya demostrado que más allá de esto existe un trasfondo socioeconómico y cultural que quiere evitar a toda costa la propagación de la medicina alternativa para que los grandes consorcios transnacionales farmacéuticos y de equipo médico sigan enriqueciéndose a expensas de la salud de la población, siguiendo la lógica capitalista de búsqueda del plusvalor.

<sup>102</sup> Este es un error debido a que diferentes enfermedades pueden presentar los mismos síntomas así como algunos pacientes pueden referir diferentes síntomas aunque padezcan la misma enfermedad. Esta equivocación deviene de la forma en que la medicina alópata entiende y atiende la enfermedad.

de los años fortalecen su lado teórico-metodológico a partir de su vivencia empírica, entre ellas, la acupuntura y la homeopatía, lo que amplía su aceptación dentro de la población mexicana así como en el gremio médico<sup>103</sup>, por lo que merecen mención dentro del análisis de los factores socioculturales y económicos que pueden influir en el uso y la práctica de las alternativas médicas, como introducción al biomagnetismo médico.

### 4.3 Homeopatía

Habemos quienes rehuimos a la práctica médica convencional en busca de diversas oportunidades para combatir las enfermedades y restablecer la salud. Una de esas opciones la brinda la práctica homeópata. La homeopatía “es un sistema médico integral que se originó en Europa. La homeopatía busca estimular la capacidad del cuerpo para curarse a sí mismo mediante dosis pequeñas de sustancias altamente diluidas, que en dosis mayores producirían enfermedades o síntomas; un principio denominado ‘lo similar se cura con lo similar’”<sup>104</sup>.

Fundamentada en los principios expuestos por Hahnemann<sup>105</sup> en el *Órganon de la medicina*. Su éxito en nuestro país abarca a personas de cualquier grupo social, que tenga la posibilidad socioeconómica y cultural para acercarse y resolver diversos problemas de salud.

Frente a la crisis sociomédica, resultado de la crisis socioeconómica, política y cultural que enfrenta nuestro país<sup>106</sup>, la medicina homeopática representa una alternativa viable para tratar infinidad de enfermedades debido a que:

- a) Se enfoca en el ser humano de forma integral, e
- b) Intenta que el mismo organismo genere las condiciones necesarias para expulsar al patógeno de sí.

---

<sup>103</sup> Ya se practican en instituciones médicas como en el Hospital General, el Hospital Juárez de México y el Gea González.

<sup>104</sup> <http://nccam.nih.gov/node/3768?lang=es>

<sup>105</sup> Pugna por reformar la medicina, en particular la terapéutica vía fármacos. Sus prácticas, conceptos y técnicas dan excelentes resultados en la acción de los medicamentos a dosis pequeñas obtenidas por el proceso homeopático que, a pesar de la poca materia que contienen, reaccionan sobre órganos y tejidos específicos y sus funciones. Sus hallazgos resultan de la experimentación y se dirigen a la práctica médica, con conceptos de manejo del enfermo y de los medicamentos diferentes a los de la medicina oficial de su época y aún de la nuestra.

<sup>106</sup> Las constantes luchas en diversos grupos sociales por terminar con el asedio capitalista, el enriquecimiento de pocos a costa de muchos; la creciente desconfianza en las instituciones públicas –sea cual fuere; la inseguridad, la opresión, etcétera.

Estas dos diferencias fundamentales frente a la alopátia evitan que su práctica sea de: 1) atención de la enfermedad y, 2) curación de los síntomas.

Para comprender la historia de la homeopatía a nivel mundial es necesario remitirse hasta el siglo XVIII cuando Hahnemann<sup>107</sup>, traduciendo del inglés al alemán la *Materia médica* de William Cullen, encuentra que los polvos de la corteza de la Chinchona –utilizada para combatir la fiebre palúdica– son capaces de producir, en personas sanas, un tipo de intoxicación semejante al paludismo, hecho que comprueba en su cuerpo padeciendo los síntomas clínicos dicha enfermedad.

Hahnemann repite la experiencia en familiares, colaboradores y estudiantes. Todos experimentan de manera sistemática y rigurosa los mismos síntomas después de tomar la medicina. Continúa con otras 100 sustancias, entre ellas, belladona, mercurios y arsénico. En 1790 es el precursor del método experimental para la investigación de las propiedades concluye que:

1. Cada sustancia tiene un grupo de propiedades que la singularizan y la hacen única. Al introducirla en pequeñas dosis en el organismo sano, se evidencian otras propiedades hasta entonces desconocidas que son registradas por el organismo, y traducidas a signos y a síntomas.
2. Observa que en una sola sustancia existe una gama reaccional para el organismo de acuerdo al grado de dilución y agitación sucesivas a las que se someta en el curso de su preparación como medicamento.
3. Descubre que toda sustancia tiene efectos inmediatos, directos o primarios que dependen de la sustancia, y otros mediatos, secundarios o de acción indirecta que dependen de la reacción del organismo. Además,
4. Cada sustancia da origen a un esquema o perfil morbígeno, propio y diferente que, de acuerdo al principio de *lo semejante cura a lo semejante*, al tratar a un enfermo que presenta una semejanza entre su perfil patológico y el perfil morbígeno de una sustancia medicamentosa, al administrársela se logra en él la salud.

Sus experiencias, tanto en la investigación como en la práctica médica, le permiten establecer que clínicamente existe una *individualidad morbosa*: aun cuando los seres humanos experimentan cambios en su organismo parecidos a

---

<sup>107</sup> Médico alemán que ejerce la medicina durante ocho años pero que renuncia a su práctica al notar que los tratamientos que aplica afectan a los enfermos agravando su situación y empeorando sus padecimientos, y se retira por estar en contra de la corriente organicista y mecanicista en la medicina.

los de otros bajo la acción de una misma sustancia, siempre existe un matiz propio. Por lo tanto, debe existir la misma *individualidad medicamentosa*. A este decreto lo llama la *ley de la curación* y se resume en el hecho de que el médico debe de tratar enfermos y no enfermedades.

Establece una teoría antropológica médica a través de la observación cuidadosa de los estudios clínicos de sus pacientes, es decir, una comprensión del presente patológico del enfermo en relación a su pasado patológico heredado para preparar una proyección de posible salud.

### ***La enseñanza de la homeopatía a nivel mundial***

La formación de homeópatas se lleva a cabo de acuerdo a lugar, la época, la tradición y las oportunidades con las que se cuente, ya que la implementación de la homeopatía está en función de las demandas sociales con respecto a la salud y toma especificidades según el entorno sociocultural y económico en el que se desenvuelve. En gran parte del mundo se instala desde la década de 1970, con cátedras en universidades que reconocen los beneficios de la terapia, y que promueven su enseñanza y su práctica. Es el caso del Consejo Central de Homeopatía (India, 1974); el Hospital Real Homeopático de Londres; La Universidad Libre Internacional de Medicina Homeopática Samuel Hahnemann en Italia; la Sociedad Suiza y Médico Homeópata; el Instituto Médico para la Aplicación e Investigación de la Homeopatía, en Grecia.

En América, se encuentran la Asociación Médica Homeopática Argentina; el Instituto Homeopático Francois Laperoson y la Universidad Federal de Unberlandia en Brasil; Por mencionar algunos. En Estados Unidos la homeopatía tuvo un auge excepcional a finales del siglo XIX y principios del XX, sin embargo, la intolerancia de las autoridades sanitarias y médico-académicas, desacreditan su práctica<sup>108</sup>.

En la República Mexicana dos son las casas educadoras la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional, y la Escuela Libre de Homeopatía de México.

---

<sup>108</sup> <http://www.homeopatia.com.mx>

## ***Historia de la medicina homeopática en México***

De acuerdo con el doctor Fernando Darío Francois-Flores de la A. C. Homeopatía de México, el desarrollo de la ciencia homeopática en nuestro país está dividido en cinco etapas, de acuerdo a los acontecimientos más importantes que definen cada una de ellas, que coinciden con grandes cambios socioculturales y económicos de nuestro país.

La primera (1849-1893) está caracterizada por prácticas aisladas de médicos homeópatas. Las constantes pugnas entre diversos grupos que pretenden el poder provocan que la llegada de los primeros médicos homeópatas al país tenga poca importancia. Ellos vienen con la intención de combatir la fiebre amarilla que asola el puerto de Veracruz.

Fue hasta el Porfiriato (1876-1911) que la se oficializan las escuelas y asociaciones homeópatas, y permiten que distintos hospitales homeópatas también se funden como parte de la segunda etapa de la homeopatía en México (1893-1921).

*El propio general Porfirio Díaz fue atendido de una fibromialgia por médicos homeópatas con resultados abrumadores, lo que ayudó a fundar un hospital con el apoyo del gobierno de medicina homeopática. El gobierno analizó los resultados del proyecto y estableció la Escuela Nacional de Medicina Homeopática (ENMH) en 1896, donde se fomentan los conocimientos médicos alópatas y homeópatas según su criterio<sup>109</sup>.*

La Revolución Mexicana repercute la reciente prosperidad de la homeopatía en México. La tercera etapa (1921-1940) se fundamenta en conflictos con las autoridades debido a los constantes cambios en el mandato presidencial que iban de grandes libertades a la máxima opresión, y viceversa<sup>110</sup>.

Hasta que toma posesión el general Lázaro Cárdenas (1934-1940) quien en su sexenio establece un orden social. En 1937 incorpora la ENMH al Instituto Politécnico Nacional, dentro del grupo de enseñanza profesional en el área de ciencias biológicas, que pone al servicio de un gran sector de la población una terapia médica accesible, eficaz e inocua.

---

<sup>109</sup> <http://www.enmh.ipn.mx>

<sup>110</sup> En 1923, la ENMH depende de la Universidad Nacional en función de la Facultad de Medicina Homeopática. Sin embargo, en 1926 se le anexa una Escuela de Enfermeras y Parteras y reubicándose en función de la Secretaría de Educación Pública que la subordina al Departamento de Psicopedagogía e Higiene, conformado por un núcleo de médicos cirujanos enemigos de la homeopatía que en 1934 ordenan la clausura de la misma.

Durante los gobiernos siguientes el país comienza un largo período de recuperación; conocido como el desarrollo estabilizador (1940-1970). La estabilidad económica permite que nuevamente las escuelas y grupos de estudio de homeopatía tengan un resurgimiento que enfatiza la cuarta etapa de la homeopatía en México (1940-1960). Es durante la quinta y última etapa (1960- ∞) que se inician los estudios de posgrado en México.

La medicina homeopática es un claro ejemplo de las dificultades que la medicina alternativa padece para posicionarse como opción médica frente a la medicina alópata debido a las trabas puestas por el mismo gremio médico y las farmacéuticas transnacionales. Sin embargo, actualmente es una de las terapias alternativas con mayor afluencia en México y en el mundo, gracias a que atiende áreas específicas que la medicina convencional pasa por alto, es decir, al paciente en forma íntegra, tratando enfermos no enfermedades, dando atención es humana y sin efectos colaterales.

#### **4.4 Acupuntura**

“Es un conjunto de procedimientos que se originó en la medicina tradicional china. La acupuntura es la estimulación de puntos específicos del cuerpo con una variedad de técnicas que incluyen la inserción de finas agujas de metal a través de la piel. Se utiliza para eliminar obstrucciones en el flujo del Chi (o fuerza vital), y para restaurar y mantener la salud” (NCCAM)<sup>111</sup>. Es desarrollada en China hace más de 2,500 años e introducida en Europa en el siglo XVII. Su auge en el resto del mundo occidental se da en la década de los sesenta del siglo XX<sup>112</sup>.

Conforme con la medicina china tradicional (de la que se deriva), consiste en la circulación de la energía en el cuerpo humano a través de flujos energéticos<sup>113</sup>, su interés es mantenerlos en equilibrio para que el organismo esté saludable. Por tanto, entiende a la enfermedad como una alteración en la circulación de energía en el organismo. El equilibrio energético puede restablecerse al estimular

---

<sup>111</sup> <http://nccam.nih.gov/timetotalk/enspanol.htm>

<sup>112</sup> En 1972 el periodista James Reston, describió cómo por el dolor pos-operatorio del presidente Nixon, éste había sido sometido a la acupuntura, después de que los analgésicos convencionales hubieran fracasado. El dolor se inhibió con la acupuntura y los médicos tuvieron que afrontar la indisputable evidencia de su eficacia.

<sup>113</sup> Los organismos necesitamos energía para funcionar, que obtenemos de los alimentos, el oxígeno y la luz. Esa energía fluye a través de canales específicos, llamados meridianos, asociados con ciertos órganos y sus funciones, que corren por todo el cuerpo.

determinados puntos en el trayecto de los canales o meridianos<sup>114</sup>, que se asocian al padecimiento.

Una vez realizado el diagnóstico del paciente a través de los exámenes de lengua, el acupunturista inserta las finas agujas en los puntos, elegidos según el malestar y la constitución básica del paciente, para restablecer el flujo de energía vital en los meridianos y ayudar al cuerpo a obtener de nuevo el equilibrio, y con ello la curación de la enfermedad.

Gran cantidad de estudios científicos publicados en revistas de prestigio como "The Lancet", el "Journal Of the Royal Society in Medicine" y el "British Journal Of Anaesthesia", sólo para nombrar algunas, enumeran los beneficios de la acupuntura. Esto provoca que los Institutos Nacionales de Salud, en 1997, emitan una declaración que apoya el valor de acupuntura para ciertas "condiciones patológicas". La OMS enlista más de 40, que pueden tratarse con la acupuntura<sup>115</sup>.

### ***Breve historia de la acupuntura***

En *Fundamentos de acupuntura y moxibustión de China*, Zhang Jun y Zheng Jing refieren el génesis de la acupuntura en la noción china de que el individuo funciona como el *cosmos*: recibe influencias entre el cielo y la tierra, situándose en la articulación de ambos, y conformado por esos dos elementos básicos. Desde esta concepción, el ser humano debe adaptarse a las influencias de ellos para que el flujo energético armonioso lo mantenga en buena salud.

Los médicos chinos observan que algunas zonas específicas de la piel son sensibles espontáneamente ante enfermedades o trastornos y descubren, además, que al dar un masaje o presionarlas, los síntomas disminuyen.

La acupuntura se sustenta en el principio de *ritmo alternativo* que es la sucesión de eventos continuos<sup>116</sup>: la unidad se halla en todo y es eterna. Tiene dos

---

<sup>114</sup> Existen 14 meridianos regulares que transcurren por el cuerpo humano. Seis pares regulares se encuentran del lado derecho y 6 en el izquierdo y 2 meridianos principales que unen al resto en un "todo". Además, se localizan más de 365 puntos de acupuntura a través de los meridianos, en los que la energía vital se concentra de acuerdo con Zhang Jun y Zheng Jing en *Fundamentos de acupuntura y moxibustión de China*.

<sup>115</sup>[http://search.who.int/search?q=acupuntura&ie=utf8&site=default\\_collection&client=\\_es\\_r&proxystylesheet=\\_es\\_r&output=xml\\_no\\_dtd&oe=utf8](http://search.who.int/search?q=acupuntura&ie=utf8&site=default_collection&client=_es_r&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8)

<sup>116</sup>De acuerdo con esta filosofía, el proceso salud-enfermedad es una dinámica constante que se basa en la interrelación de esos factores. Por tanto, el organismo es capaz de rechazar o eliminar por sí mismo los factores patógenos a través de componentes anti-patógenos provenientes de su energía vital.

*El cuerpo humano tiene la capacidad de resistir a diversos factores patógenos así como para mantener el equilibrio relativo en el interior de cuerpo y entre éste y el mundo exterior. A esta capacidad de resistencia se*

aspectos dentro de una misma manifestación: el yin y el yang, que poseen el mismo origen y son base uno del otro, siendo opuestos pero complementarios. Ellos, se encuentran unidos en un proceso sin principio ni fin, de incremento y descenso. El crecimiento de uno, se hace con el descenso relativo del otro. “Estas relaciones entre yin y yang son ampliamente usadas en la medicina tradicional china para explicar la fisiología y patología del cuerpo humano y sirven de guía para el diagnóstico y tratamiento en el trabajo clínico” (Zhang Jun y Zheng Jing, *Fundamentos de acupuntura y moxibustión de China*, p. 3).

Esta filosofía reconoce tres poderes: cielo, hombre y tierra. Implica recibir del cielo y de la tierra para transformar al nivel del hombre y emitir lo recibido de vuelta a su origen. Además registra cinco elementos, que representan las cinco clases a las que pertenecen los fenómenos naturales: madera, fuego, tierra, metal, agua.

*Para clasificar en las diversas categorías de los fenómenos naturales, la mayoría de órganos, tejidos, y emociones humanas; e interpretar las relaciones entre la fisiopatología del cuerpo humano y el medio ambiente natural, aplicando a cada una de estas clasificaciones las leyes de intergeneración, interdominancia exceso en dominancia y contra-dominancia de los cinco elementos; esto constituye la guía de la práctica médica (ibíd. p. 9).*

La acupuntura conoce diez causas principales de la enfermedad derivadas del desequilibrio energético. La vida es movimiento, el yin y el yang tienen que reequilibrarse constantemente para mantener la salud, de lo contrario, aparece la enfermedad. Para erradicarla hay que controlar la energía, de acuerdo con Zhang Jun y Zheng Jing en *Fundamentos de acupuntura y moxibustión de China* existen dos maneras:

1. Cuando existe exceso de energía en el meridiano, es necesario controlarlo provocando su dispersión a través del meridiano próximo. Si esto no se realizara, esa energía estancada, acabará por contaminarse. Al dispersar esa energía bloqueada, permitimos que circule de nuevo a través del cuerpo, lo que deja al órgano correspondiente normalizar su actividad.
2. Si hay deficiencia del flujo energético de un meridiano es necesario tonificarlo para producir una mayor captación de energía. El exceso de energía estancada en algún lugar debe ser utilizado para corregir su carencia en otro.

---

*llama factor antipatógeno. A los factores que tienden a romper cualquiera de estos equilibrios relativos se les llama factores patógenos. La aparición de la enfermedad se debe pues a que en la lucha entre estos dos factores, el factor antipatógeno no puede resistir a los factores patógenos y se pierde el equilibrio normal entre el yin y el yang del cuerpo. (ibíd. p. 32).*

Así para cada disturbio específico existe uno o más puntos que, correctamente presionados, producen resultados sumamente benéficos.

Estos descubrimientos históricos se transmiten al extranjero, su práctica llega a Corea y a Japón en el siglo VI. Posteriormente, a finales del siglo XVII, los métodos de acupuntura llegan a Francia<sup>117</sup>, cuando el diplomático francés Georges Soulie de Morant, estudia detalladamente el tema y publica en 1939 un *Manual Francés de Acupuntura* que fomenta su práctica. Sin embargo, fue hasta 1960 que se populariza en todo el mundo, sea porque el entonces presidente de Estados Unidos lo utiliza con buenos resultados o porque la medicina convencional entra en crisis, lo cierto es que desde ese momento es aceptada lentamente en todo el mundo.

### ***Cómo se diferencia la acupuntura de la medicina occidental***

Existen grandes divergencias entre ambas medicinas. La base de la acupuntura se preocupa por regular "la Fuerza Vital" del individuo: la energía corporal o "Chi", mientras que la medicina alopática intenta efectuar cambios en el cuerpo mediante sustancias químicas o cirugías. Ella tiende a adoptar una actitud negativa hacia la capacidad curativa innata del individuo. En cambio, la acupuntura se sustenta en este poder y procura acrecentarlo. En la acupuntura las enfermedades agudas se consideran manifestaciones visibles, de que "la Fuerza Vital" intenta liberar al cuerpo de las toxinas y las influencias dañinas.

Para la acupuntura, la salud es un completo bienestar mental, emocional, social y físico y las enfermedades surgen como resultado de que el individuo o la sociedad soslayan las leyes de la naturaleza, siendo los trastornos emocionales causa principal de la mayoría de las patologías. Asume al paciente en su totalidad, y los síntomas sólo como indicadores del tratamiento a seguir. De modo contrario, la medicina convencional, impone al cuerpo *su* idea de enfermedad: las considera efecto de factores externos que escapan al control del individuo e intenta instalar en él *su* noción salud: como la ausencia de síntomas clínicos, por lo que son el factor más importante a atender, ignorando al paciente como ser social.

La medicina occidental busca evidencia fehaciente que corrobore la efectividad de la acupuntura. Explica los resultados de la acupuntura para ciertos padecimientos a través de pruebas clínicas y de laboratorio:

---

<sup>117</sup> Primer país donde comienzan la aplicación científica de la técnica que propicia su sustento médico.

- a) El alivio del dolor. Existen dos teorías alopáticas: una afirma que hay "compuerta" funcional que se cierra cuando el cerebro recibe determinados impulsos nerviosos que interpreta como dolor. Mientras que la otra asevera que el tratamiento acupuntural libera en el cuerpo sustancias parecidas a la morfina –endorfinas– y son sus propios analgésicos.
- b) Reconoce la capacidad del método acupuntural para producir una regulación fisiológica como la presión arterial, el ritmo cardíaco, la urinación, la respiración, la temperatura, el equilibrio iónico y la actividad endócrina pero no puede explicar cómo.
- c) Otra acción de la acupuntura es reforzar el cuerpo para combatir las enfermedades. Las mediciones fisiológicas tomadas antes y después de recibir un tratamiento de esta naturaleza demuestran que produce un cambio en la concentración de leucocitos, opsonina, cinina y anticuerpos, que contribuyen a inmunizar el cuerpo. Además, ejerce una acción calmante o tranquilizante debido al resultado de los cambios producidos en determinadas sustancias químicas que hay alrededor del cerebro, como la dopamina. Durante la práctica acupuntural, se observan en los electroencefalogramas de los pacientes que las ondas delta y theta disminuyen, lo cual puede advertir por qué es útil en los trastornos de sueño, los estados de ansiedad, las fobias, las adicciones, la epilepsia y los problemas de conducta. Tampoco puede explicarlos científicamente.

Igual que la homeopatía, la acupuntura es atacada por farmacéuticas y proveedores de equipo médico que buscan pruebas clínicas que degraden su efectividad porque ponen en peligro su enriquecimiento. Aunque la homeopatía y la acupuntura tienen principios distintos para combatir la enfermedad: la primera ataca los síntomas mientras que la otra equilibra los niveles energéticos del cuerpo humano, coinciden en el descontento con la práctica médica alopática su forma de entender y atender la enfermedad, que provoca, muchas veces, que la población esté cada vez más y diversamente enferma. En este punto también concuerda el biomagnetismo *vid. infra*.

## 4.5 Biomagnetismo médico

Es un método terapéutico que estudia, detecta, clasifica, mide y corrige las alteraciones fundamentales del pH de los organismos vivos como forma de eliminación de diversas patologías a partir de la identificación de la etiopatogenia de las enfermedades virales y bacterianas, así como las disfunciones glandulares, por medio de la medición de los campos de pH que los microorganismos patógenos provocan en el cuerpo humano. En palabras de su precursor: “es el estudio de los fenómenos bioenergéticos que producen los microorganismos dentro de los seres complejos o avanzados, ya que para su implantación, metabolismo y reproducción, se requieren de alteraciones fundamentales del pH de los órganos que los soportan” (Isaac Goiz Durán, *El par biomagnético*, p. 13). A diferencia de la medicina alópata que estudia los síntomas clínicos de las patologías, éste, aborda el equilibrio/desequilibrio bioenergético, y las repercusiones funcionales producidas por virus y bacterias en los órganos y/o sistemas humanos que, a su vez, producen alteraciones bioenergéticas.

El par biomagnético surge como una forma de diagnosticar y atender el proceso salud-enfermedad, a través de la verificación de los cambios del pH que los organismos patógenos provocan en los órganos en los que se encuentran, por medio de un campo bioenergético<sup>118</sup>. Para el doctor Isaac Goiz, el par biomagnético:

*Se trata de la relación en resonancia energética y vibracional, soportada por la distorsión fundamental del pH de dos puntos específicos que pueden variar en intensidad pero no en ubicación y que a su vez identifican la presencia de microorganismos patógenos, llámese virus, bacterias, hongos o parásitos e inclusive disfunciones orgánicas y el impacto que se consigue por inducción de las dos cargas energéticas (ibíd. pp. 22-23).*

El descubrimiento del par biomagnético y la instauración del biomagnetismo médico en 1988 por parte del doctor Isaac Goiz Durán<sup>119</sup>, marca un criterio de

---

<sup>118</sup> En 1970 el doctor Richard Broerhingmeyer descubre que un campo magnético puede detectar las alteraciones del pH de los órganos internos en forma directa y cualitativa. Empero, la *Energy Therapy* se basa en la expulsión del cuerpo humano de las cargas que lo alteran por medio de campos magnéticos de mediana intensidad mientras que el biomagnetismo médico fundamenta que estas cargas pueden neutralizarse a través de la impactación de dos, de polo contrario, que anulan la distorsión energética.

<sup>119</sup> Fisioterapeuta – 1964. Médico Cirujano – 1984. Miembro de la Academia de Medicina Tradicional, A. C., México, Distrito Federal, 1990. Director General y Fundador del Centro de Investigación de Biomagnetismo Médico, S. C. -1994. Director General y Fundador de Medicinas Alternativas y Rehabilitación, S. A. de C. V. – 1994. Premio Nacional “Martín de la Cruz” – Academia de Medicina Tradicional, A. C., México – 1997. Doctor en Medicina Bioenergética – universidad Internacional de Oxford, Inglaterra – 1999. Miembro de la New York Academi of Sciences. USA, 2000. Profesor del Área de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de

diagnóstico nuevo al comprobar que los microorganismos presentan una resonancia vibracional energética entre sí. Esta técnica:

*Supone la comunicación corporal entre el terapeuta y las células del paciente a través de un diálogo binario (extensión-contracción de las extremidades inferiores del mismo) para determinar la región biomagnética que se encuentre en estado disfuncional y que ha sido invadida por elementos patógenos. A partir de esto, los campos irregulares pueden modificarse por medio de imanes para restablecer el equilibrio. Una vez reconocidas y confirmadas las áreas en su potencial energético –que corresponden a órganos y tejidos que sufren la distorsión–, el terapeuta aplica un conjunto de imanes en esos puntos en forma simultánea. Si se corrige la alteración iónica, desaparece el problema, ya que se retorna al punto de armonía (Entrevista al doctor Isaac Goiz Durán en Ecuador, Programa Pulso Urbano, Director Juan José Gatto, 25 de enero de 2008).*

Esto confirma la dualidad, tanto física como biológica y energética, de los organismos vivos, y de sus manifestaciones del proceso salud-enfermedad. La salud se establece en el Nivel Energético Normal (NEN) que determina los límites energéticos en donde se llevan a cabo todos los procesos metabólicos celulares de los organismos superiores sin alteraciones. Mientras que las expresiones patológicas y patogénicas se forman a partir de los polos bien definidos, (–) negativo y (+) positivo, que se salen de la entropía orgánica en donde se establece la salud.

La identificación de los polos biomagnéticos obedece a la resonancia energética del imán con el del organismo en estudio, que ocurre en tanto haya niveles energéticos distorsionados. De acuerdo con el doctor Goiz en *El par biomagnético*:

“Los principios del biomagnetismo médico establecen que se genera un par bien definido de polos con carga contraria, que se ubican en partes del cuerpo bien determinadas y que buscan la estabilidad energética... aunque posee diferente polaridad, no interfiere con los procesos vitales de la homeostasis celular u orgánica, mientras esté en resonancia bioenergética” (p. 85).

1. En el polo positivo se establece una acidosis del órgano afectado, también se acorta la materia y, en consecuencia, decrece en sus dimensiones; posteriormente ocurren los fenómenos degenerativos, todo ello en presencia o no de virus patógenos.

2. En el polo negativo, ocurren fenómenos semejantes pero de polaridad contraria. Se establece una alcalosis del órgano y la distensión de su materia que condiciona un estado de flogosis y de edema. Posteriormente ocurre la disfunción del órgano, y finalmente procesos degenerativos, y todo ello en presencia o no de bacterias patógenas. Aun cuando las dos consecuencias finales son las mismas, en el caso de los polos biomagnéticos con polaridad positiva la degeneración es de tipo retractil cicatricial y en el de polaridad negativa, es de lisis y dispersión del tejido (Isaac Goiz Duran, *El par biomagnético*, p. 86).

El par biomagnético se fundamenta según su precursor en:

- a) La distorsión de dos puntos específicos para cada microorganismo patógeno o disfunción glandular, que se dirigen hacia la hiperacidez o la hiperalcalinidad del límite de la relativa neutralidad en donde la naturaleza condiciona la salud.
- b) La impactación de los puntos con imanes elimina tal distorsión y restablece el equilibrio en el organismo (*ibíd.* p. 73).

El par biomagnético propone una revisión general e integral del paciente mediante la ubicación de las distorsiones del pH y la etiología de su patología para, ahí mismo y simultáneamente, corregir las alteraciones del pH y llevarlo nuevamente a sus valores naturales, es decir, curar energéticamente la patología y restablecer la salud del organismo.

### ***Antecedentes históricos de la terapia biomagnética***

El primer estudio data de 1931 cuando el doctor Otto Heinrich Warburg<sup>120</sup>, descubre que el crecimiento maligno del tumor cancerígeno es causado porque las células tumorales generan energía por la descomposición no oxidativa de la glucosa, a diferencia de las células sanas que generan la energía por la descomposición oxidativa de piruvato dentro de las mitocondrias. De acuerdo con él, "la causa principal del cáncer es el reemplazo de la respiración de oxígeno en las células normales del cuerpo por la fermentación de azúcar"<sup>121</sup>. Por tanto, el metabolismo de los tumores tiene dos condiciones básicas: Acidosis (pH menor a 6.0) y la hipoxia (falta de oxígeno).

Otro precursor es el doctor Royal Raymond Rife al establecer las bases de la medicina bioeléctrica. En 1920 construye un microscopio que puede ver la

---

<sup>120</sup> Premio Nobel de bioquímica en 1944.

<sup>121</sup> <http://www.biomagnetismushealth.com>

actividad de los virus y sus ajustes al entorno, además de la transformación de células normales en células tumorales. Logra ver más del 75 por ciento de los microorganismos y nota que cada uno produce una longitud de onda específica, es decir, cada microbio oscila en una frecuencia distinta. También detecta que los microorganismos cambian su entorno haciéndolo más ácido, destruyendo el tejido humano. Reconoce que los virus responden a dos polaridades opuestas.

El doctor Rife incrementa las oscilaciones naturales del microbio hasta que se desintegra como resultado de la tensión estructural y que no daña los tejidos circundantes, conocida como **Tarifa Mortal Oscilatoria (MOR)**<sup>122</sup>. Halla las frecuencias que destruyen el herpes, la meningitis, los tétanos, la influenza y un inmenso número de microorganismos que causan enfermedades peligrosas.

*En 1934, la Universidad del Sur de California (USC), encargó a un comité especial de investigación médica (médicos y patólogos) proporcionar a los pacientes terminales de cáncer del Hospital del Condado de Pasadena al laboratorio de Rife en San Diego para proporcionarles el tratamiento. Después de 90 días el comité concluyó que el 86,5% de los pacientes se había curado por completo. Entonces el tratamiento se ajustó y el 13,5% de los pacientes también respondió después de cuatro semanas adicionales. La tasa de éxito utilizando la tecnología de Rife fue del 100% (Cáncer la cura que funcionó<sup>123</sup>).*

Más tarde, en la década de 1970, el doctor Richard Broeringmeyer descubre que un *campo magnético* puede detectar alteraciones en el pH de los órganos internos de una manera indirecta y cualitativa. En *Energy therapy training* afirma que “se ha establecido clínicamente que el polo norte detiene la actividad de la proteína, atrae a los fluidos, la vasoconstricción, aumenta la alcalinidad, actúa como un sedante o inhibidor del dolor, disminuye los iones de calcio anormales y disminuye la concentración de iones de hidrógeno. Se podría decir que el polo norte es la energía que estabiliza a la normalidad”<sup>124</sup>. Desde esta condición el polo norte magnético normaliza el estado alcalino de cuerpo, pero nunca produce una condición demasiado alcalina, oxigena el cuerpo, pero nunca produce radicales libres, es decir, sólo posee un efecto estabilizador.

El doctor Broeringmeyer no asocia que hay dos cargas biomagnéticas en resonancia, consigue identificar las disfunciones de los órganos en distorsión de pH, pero no observa la existencia del *par biomagnético*, ya que para él las distorsiones de pH deben extraerse al exterior de cuerpo para terminar con las

---

<sup>122</sup> [http://www.formarse.com.ar/articulos/Royal\\_Raymond\\_Rife\\_cancer\\_la\\_cura\\_que\\_funciono.htm](http://www.formarse.com.ar/articulos/Royal_Raymond_Rife_cancer_la_cura_que_funciono.htm)

<sup>123</sup> [http://www.formarse.com.ar/articulos/Royal\\_Raymond\\_Rife\\_cancer\\_la\\_cura\\_que\\_funciono.htm](http://www.formarse.com.ar/articulos/Royal_Raymond_Rife_cancer_la_cura_que_funciono.htm)

<sup>124</sup> <http://biomagnetips.com/magnet-therapy-history>

disfunciones orgánicas, por medio de la aplicación de un campo magnético de polaridad contraria a la del campo energético producido por los microorganismos patógenos que alteran el pH, de forma que se atraigan los radicales libres. *Energy therapy training* resume los resultados de su investigación de los campos magnéticos en los sistemas vivos<sup>125</sup> y la importancia de que las energías del cuerpo estén en equilibrio.

La aportación de Broeringmeyer, del *polo biomagnético*, así como la medición cuantitativa e indirecta de los mismos por medio de imanes de mediana intensidad, son la base del *par biomagnético* y del entendimiento formal de las patologías, de su correlación clínica y de su tratamiento por medio de campos magnéticos.

El doctor Isaac Goiz parte de la existencia de polos biomagnéticos y encuentra que hay polos pares a lo que llama el *par biomagnético*: “se trata de la relación en resonancia energética y vibracional, soportada por la distorsión fundamental del pH de dos puntos específicos que pueden variar en intensidad pero no en ubicación y que a su vez identifican la presencia de microorganismos patógenos, llámese virus, bacterias, hongos o parásitos e inclusive disfunciones orgánicas” (Isaac Goiz Durán, *El par biomagnético*, p. 22).

Las patológicas se manifiestan luego de la variación de los límites naturales del Nivel Energético Normal (NEN) en donde se establece la salud. Por lo tanto, la salud se consigue equilibrando el nivel energético en donde el pH es neutro ( $7 \pm 0.3$ ) a través de la despolarización, aplicando un campo magnético de polaridad contraria al campo bioenergético producido por el microorganismo patógeno. De esta manera, se elimina el microorganismo que causa inflamación, irritación o que degenera el tejido humano, dado que el cambio drástico del pH del tejido hacia la normalidad se produce en una fracción de segundo, el microorganismo muere, como resultado de un cambio rápido de entorno que es esencial para su existencia (acidez o alcalinidad extrema).

### ***Fundamento teórico del Par Biomagnético***

Para comprender el par biomagnético y la consecuente identificación, clasificación y corrección de los fenómenos biomagnéticos para conseguir la eliminación de las patologías, aunada al restablecimiento de la salud, el doctor Isaac Goiz Durán considera necesario entender seis aspectos fundamentales:

---

<sup>125</sup> Ellos a su vez, reconocen que utilizaron los trabajos de los investigadores antes mencionados a la par de los de Roy Davis y Walter Rawls como base para sus estudios superiores.

1. *El magnetismo.* El cuerpo humano produce corriente por todos sus órganos internos, y su comunicación es por medio de pequeñas señales eléctricas. Ello conforma campos magnéticos variables dependiendo de la velocidad y el sentido de la carga eléctrica. Lo que sirve de material conductor dentro del organismo son los electrolitos, si ellos varían en su composición también lo hará el campo magnético.
2. *Ley de cargas electromagnéticas.* Cargas eléctricas negativas se repelen con las de su misma polaridad y se atraen con un polo diferente, lo mismo para las cargas eléctricas positivas.
3. *El pH.* El pH del organismo humano es neutro ( $7.0 \pm 0.3$ ) cuando se encuentra sano lo que lo dota de un medio estable para desarrollar sus funciones corporales. El hidrógeno se encarga de mantener las asociaciones estables, o equilibrio de cargas positivas/negativas, entre los átomos en los procesos bioquímicos de forma que no interfieran con los procesos vitales mientras se encuentren en resonancia biomagnética. Existen variaciones del pH que evidencian distintas patologías. Corresponde al valor más pequeño (0-3) la concentración más alta de ácido; y al más grande (11-14) las disoluciones alcalinas fuertes.
4. *Entropía.* Se trata del grado de desorden o caos de un sistema, en este caso, un sistema energético. La mayoría de los sistemas físicos y biológicos tienden a la pérdida de energía y la desestabilización de su materia. Empero, el cuerpo genera mecanismos para mantenerse estable a través de campos electromagnéticos.
5. *Resonancia electromagnética.* Es la relación energética entre dos puntos en la misma intensidad y en la misma frecuencia en la que se establece una comunicación vibracional entre uno y otro punto del organismo de forma específica para cada cual.
6. *Simbiosis.* Es la asociación biológica entre microorganismos de diferentes especies en los que uno obtiene beneficios del otro<sup>126</sup>.

---

<sup>126</sup> Los seis puntos anteriores los resumimos de la parte teórica de *El par biomagnético* de las páginas 51-72 de los subcapítulos referentes a los temas aquí mencionados.

### ***El proceso salud-enfermedad según el Biomagnetismo Médico***

El par biomagnético ubica el lugar en el que se establece el microorganismo, independientemente de sus manifestaciones clínicas, permitiendo entender la fisiopatología inicial de las enfermedades y la simbiosis de los organismos vivos patógenos cuando se instalan en los tejidos y/u órganos del cuerpo humano.

De acuerdo con las leyes del par biomagnético, la célula y su entorno deben mantener un pH de 7. Sin embargo, existe un rango de acidez y alcalinidad en donde se lleven a cabo todos los procesos metabólicos que no excede las 3 centésimas hacia uno u otro extremo de la escala logarítmica del pH. (Expresado como  $7 \pm 0.3$ ). Cuando un virus ingresa al organismo y logra establecerse en una célula que le permite su reproducción, se forma un *par biomagnético* que exige la presencia de una carga opuesta a la suya constituida con radicales  $\text{OH}^-$ : radicales libres o bacterias. “Los virus requieren de células específicas para su génesis, trasportación y reproducción vital. Además, necesitan de una mucoproteína para que se vuelvan patógenos, fabricada por bacterias específicas para cada virus, es decir, que existe una interrelación, y hasta una dependencia bioenergética, entre los virus y las bacterias y, por lo mismo, una simbiosis vibracional y energética” (Isaac Goiz Durán, *El par biomagnético*, p. 117).

Para el biomagnetismo médico el proceso salud-enfermedad en los organismos vivos es un constante ir y venir en la variación-neutralización de los niveles energéticos del cuerpo: cuando un organismo mantiene un nivel energético normal (NEN) tiene un pH 7 que permite que todas sus funciones se lleven a cabo de manera regular, es decir, está sano. Cuando el cuerpo pierde esta condición, los niveles de pH se alteran dependiendo del microorganismo patógeno que se instale en su organismo: la presencia de virus y hongos patógenos llevan al órgano o sistema en el que se instalan a la hiperacidez (pH menor a  $7 \pm 0.3$ ) mientras que las bacterias y parásitos producen hiperalcalinidad en la zona afectada (pH mayor a  $7 \pm 0.3$ ), permitiendo que la reproducción del mismo microorganismo patógeno y su hábitat sean más factibles, marcando la génesis de una enfermedad. Para restablecer la salud basta con retornar el pH de los órganos a la neutralidad.

*“El par biomagnético” tiene la propiedad de identificar la presencia de la patología; pero, en su etiología, no en su sintomatología; es decir, no es sus manifestaciones clínicas tardías e inespecíficas. Simultáneamente, las cargas que están en relación vibracional y energética, por medio de imanes naturales en minutos, permiten que los microorganismos patógenos y las disfunciones glandulares pierdan su polarización patógena natural y, por lo mismo, constituyen un proceso curativo simultáneo (ibíd. p. 73).*

La terapia biomagnética no se rige por nomenclaturas de patologías dadas por la medicina alópata debido a que no concuerda con los mecanismos de búsqueda de las enfermedades y su tratamiento. Para el biomagnetismo médico no existen enfermedades, sino signos y síntomas de alerta en el cuerpo que evidencian una alteración bioquímica y bioenergética desarrollada por microorganismos patógenos que afectan la función normal de los órganos.

Hasta aquí nos apegamos a la parte mecánica de la práctica del par biomagnético referida por el doctor Isaac Goiz a lo largo de sus libros. Sin embargo, él reconoce otra parte del proceso salud-enfermedad como fundamental que, por seguridad, no plasma en sus publicaciones pero de la que habla en sus cursos constantemente y que coincide con los lineamientos de esta investigación:

1. En primer lugar, reconoce que aunque todo microorganismo patógeno (virus, bacteria, hongo o parásito) puede instalarse en cualquier organismo vivo, es más factible que suceda cuando el sistema inmunológico está débil, dejando al cuerpo susceptible a muchas enfermedades. Varias de las deficiencias del sistema inmunológico están asociadas con la mala alimentación, con la falta de sueño y con la carencia de asepsia. Condiciones que padecen con más frecuencia los grupos sociales que tienen condiciones de vida y de trabajo poco saludables.
2. En segundo lugar, considera que las ideas que prevalecen últimamente en el sistema médico están permeadas por las ambiciones capitalistas, por lo que difícilmente se logra la salud para toda la población, ya que el interés primordial es acrecentar las ganancias de las empresas químico-farmacéuticas y fabricantes de equipo médico, así como los nosocomios que incentivan el consumo de medicamentos paliativos y que no buscan la etiología de la enfermedad sino su manifestación morbosa.

## ***Diagnóstico por la identificación de los polos biomagnéticos***<sup>127</sup>

Para el doctor Isaac Goiz Durán, “la identificación de los polos biomagnéticos obedece a la resonancia energética del polo del imán con el del organismo de estudio” (*El par biomagnético*, p. 97). La resonancia es la relación entre dos puntos que están en la misma frecuencia vibracional y energética. La manera de observarla es a través del acortamiento o la elongación de la extremidad derecha del paciente<sup>128</sup>, por lo que es necesario que al comenzar el rastreo o búsqueda de pares biomagnéticos en el cuerpo las dos extremidades inferiores se encuentren en el mismo nivel<sup>129</sup>.

Anteriormente, el rastreo se hacía colocando un imán en su polo negativo en cualquier parte del cuerpo hasta provocar un acortamiento de la extremidad inferior derecha. Seguido de la búsqueda de su resonancia, es decir, tomar un polo positivo y colocarlo por todo el cuerpo hasta que se presente la simetría en ambas extremidades inferiores, estableciendo un par biomagnético. Después de reconocer los pares biomagnéticos por medio del rastreo, deben impactarse con imanes de acuerdo al tiempo requerido. Transcurrido éste, se retira el polo positivo, se mide la longitud de las extremidades inferiores y, si son simétricas, entonces se retira el polo negativo. En caso contrario, se deja actuar el par biomagnético por más tiempo hasta que suceda la corrección.

Lo anterior es conocido como rastreo puro, sin embargo, el doctor Isaac Goiz como varios biomagnetistas buscan y comparten los pares encontrados para hacer la técnica más rápida y fácil de practicar a través de su experiencia clínica y casuística. Hasta el momento, existen más de 350 pares biomagnéticos identificados, clasificados en ocho grupos de pares biomagnéticos de acuerdo con la categorización del doctor Goiz en *El par biomagnético* en la página 104:

1. **Pares regulares**: que agrupan a las patologías más comunes soportadas por una sola entidad microbiológica; llámese virus, bacterias, hongos y parásitos.

---

<sup>127</sup> Esta es la técnica desarrollada por el doctor Isaac Goiz Durán para establecer mecánicamente, puntos de distorsión de pH en las células, glándulas, órganos y/o tejidos provocada por la aparición de microorganismos patógenos. Sin embargo, en la actualidad existen otras técnicas que sirven para identificar los mismos puntos sin la necesidad de imanes, a través de la bioenergética pero, por el momento, nos enfocamos en la práctica biomagnética esencial. Para ampliar la información remitirse a *El par biomagnético* p. 97.

<sup>128</sup> Por lo general se presenta un acortamiento aunque hay casos que refieren una elongación, relacionado con la carga magnética del patógeno identificado. Se utiliza la extremidad derecha como referencia porque la izquierda se mantiene constante debido a que el corazón ejerce una corrección energética en cada pulsación que predomina en ese hemisferio del cuerpo.

<sup>129</sup> Si existe una distorsión en la paridad de las extremidades inferiores que se corrige impactando biomagnéticamente riñón derecho-parietal contralateral; conocido como par Goiz.

2. Pares especiales: disfunciones de órganos y sistemas sin la presencia de microorganismos patógenos.
3. Pares disfuncionales: específicamente de glándulas de secreción interna.
4. Pares complejos: que definen algunas patologías disfuncionales pero que abarcan otros sistemas o tejidos.
5. Reservorios. En donde pueden estar alojados microorganismos patógenos por tiempo indefinido.
6. Pares temporales: que se forman por trauma principalmente y que ceden espontáneamente al curar al paciente.
7. Asociados: que son infinitos en número pero que definen las patologías crónico degenerativas, sindromáticas, tumorales y en general, toda la patología que no se ajusta a un solo microorganismo patógeno.
8. Recíprocos: son pares que tienen doble carga en cada polo.

Con esta aportación, la técnica de rastreo queda de la siguiente manera<sup>130</sup>:

1. Colocar al paciente de cúbito supino, con los pies fuera de la camilla.
2. Sujetar los pies del paciente de los talones y levantarlos a unos 30 grados con relación a la camilla y medir la longitud. Comprobar si están simétricos. Si al medir las extremidades, alguno está más corto que otro (generalmente el derecho), colocar un imán positivo en el área renal del lado donde acorta la extremidad y el negativo en el parietal contra lateral. Dejar actuar por 20 minutos. Pasados éstos se retira el imán positivo y se mide la longitud de las extremidades, si mantienen su simetría, se ha corregido el problema, en el caso que siga presentando el acortamiento, se deja más tiempo, hasta su corrección.
3. Con una barra de imán con ambas cargas se procede a polarizar las células, es decir, que todas aquellas que presenten la misma carga, ya sea positiva o negativa, queden juntas para facilitar el rastreo y evitar falsos positivos durante el mismo. La barra polarizadora se coloca a la altura de la apófisis xifoides y el

---

<sup>130</sup> Protocolo de rastreo del par biomagnético estructurado por el doctor Miguel Ojeda Ríos a partir de las enseñanzas del doctor Goiz. Este también lo utiliza el terapeuta José Cruz Casillas Díaz e incluso, a partir de él, diseña uno avanzado que permite localizar los puntos a impactar biomagnéticamente en menos tiempo.

corazón para utilizar la corriente eléctrica que éste produce y llegar a todas las células, a través del flujo sanguíneo. Primeramente se corrige el plano medial, colocando la barra con el polo negativo hacia la cabeza del paciente y después girándolo 180° de forma que el negativo quede en dirección a los pies. Inmediatamente, se orienta el lado negativo de la barra hacia el brazo izquierdo y después se vira 180° para corregir el plano sagital. Finalmente, se indica la barra en su polo negativo hacia enfrente y posteriormente se voltea hacia abajo para corregir el plano antero-posterior. Con este procedimiento, el cuerpo está preparado para realizar un rastreo correctamente<sup>131</sup>.

4. Se efectúa el rastreo de cada uno de los pares. Utilizando el imán de polo negativo para colocarlo en cada una de las áreas anatómicas establecidas dentro de la lista de puntos mencionados anteriormente. Se coloca el imán negativo y se mide la longitud de las extremidades, si se observa alguna alteración, se ha encontrado un punto de distorsión de pH que ubica algún microorganismo patógeno. Ahí se deja el polo negativo y se coloca el polo positivo en el lugar donde haga resonancia, es decir, en el lugar que al colocar el imán y al medir las extremidades vuelve a producirse la simetría en la longitud de las piernas.

5. Al terminar el tiempo de acción de los imanes se retiran los positivos uno a uno checando entre cada uno la simetría de las extremidades inferiores, si al quitar alguno ésta se pierde habrá que ponerlo de nuevo y dar más tiempo para que trabaje. En el momento en que se retiren todos los imanes positivos y continúen simétricas las piernas la terapia ha terminado con éxito.

---

<sup>131</sup> Actualmente el doctor Isaac Goiz Durán omite esta información que tampoco se encuentra en sus textos. Sin embargo, el profesor José Cruz Casillas la rescata de su previa instrucción con él y ahora la comparte con sus alumnos.

*El modo en que el biomagnetismo médico diagnostica y trata a sus pacientes “me pareció demasiado bueno para ser cierto. Si es verdad, se trata de un descubrimiento fantástico y hay que darlo a conocer, elevar su práctica a la enésima potencia. Y si no lo es hay que decirlo públicamente para que nadie se haga vanas ilusiones” (Raymond Hilu, Par biomagnético, últimas investigaciones, p. 3).*

## **V. INVESTIGACIÓN DEL USO DEL PAR BIOMAGNÉTICO COMO ALTERNATIVA MÉDICA**

### **5.1 Cómo cura el par biomagnético**

Ante los efectos del desequilibrio ambiental, y las alteraciones psicológicas-orgánicas desarrolladas, mayormente en el neoliberalismo, el monopolio médico-científico fundamenta la idea de curar a partir de la introducción en el organismo de sustancias sintéticas fabricadas por laboratorios farmacéuticos e intentan, así, devolver la salud a la población. La ciencia médica ordinaria es incapaz de erradicar la enfermedad que todos, alguna vez, hemos padecido incluso gozando de grandes avances tecnológicos, debido a que no buscan la génesis de las patologías (o no quieren hacerlo por el negocio que representa para la industria químico-farmacéutica) sino mitigar sus síntomas con fármacos.

Frente al agravamiento de salud de la población, el encarecimiento de la medicina de patente y sus consecuentes efectos secundarios, el par biomagnético es una herramienta útil para entender y atender el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva distinta, sobre todo a aquellos que cuentan con los recursos socioeconómicos y culturales para conocerlo y practicarlo. Aun cuando no resuelve los problemas sociales que desencadenan las más y diversas patologías de nuestra época, es decir, no cambia las condiciones estructurales de la explotación capitalista –debido a que no es su objetivo– sí ofrece una expectativa diferente para encarar los problemas médicos que ésta deja a su paso.

Tras varios años de investigación y práctica del biomagnetismo médico el doctor Isaac Goiz sustenta una nueva teoría médica y una nueva práctica terapéutica basada en la búsqueda de la patología humana desde el punto de vista energético con la aplicación de imanes determinando la polaridad en el cuerpo.

Para mantener la salud, por medio del par biomagnético, es esencial el equilibrio biomagnético de cada órgano de cuerpo<sup>132</sup>. El par biomagnético ubica:

*El lugar y el momento en que se establece el microorganismo, independientemente de sus manifestaciones clínicas y por eso, aparte de ser más eficientes en el complejo diagnóstico terapéutico, nos ha permitido entender la fisiopatología inicial de las enfermedades y por su puesto la simbiosis de los organismos vivos patógenos cuando se instalan y se interrelacionan dentro de los tejidos y órganos de los seres superiores que los soportan (Isaac Goiz Durán, El par biomagnético, p. 69).*

El biomagnetismo médico se sustenta en la dualidad física, biológica y energética de los organismos vivos, y de sus manifestaciones del proceso salud-enfermedad. Siguiendo la propuesta del doctor Isaac Goiz Durán:

*Las manifestaciones patológicas y patogénicas se forman a partir de polos bien definidos –positivo y negativo– o sur y norte, respectivamente, que se salen de los límites naturales de la entropía orgánica en donde se establece como ley natural la salud. Es decir, que existe una resonancia biomagnética constante y equilibrada, tanto en los límites de la salud como en las desviaciones que se originan por las enfermedades, de tal suerte que la presencia de uno condiciona la del opuesto y, la magnitud de uno también es similar a la del otro y la proporción de partículas elementales en el primero es exacta a la del segundo (ibíd. pp. 17-18).*

La teoría fisiopatológica del biomagnetismo médico propone hacer evidente la existencia de dos cargas bioenergéticas en resonancia o un par biomagnético que identifica cada patología de los organismos vivos: señala el virus que está produciendo la patología, la bacteria que lo identifica, la manera en que interactúan entre los microorganismos patógenos y el órgano en el que se encuentra. Para acabar con la enfermedad y restablecer la salud es necesario equilibrar el nivel energético, donde el pH es óptimo para la salud ( $7\pm 0.3$ ) y cuya alteración es resultado de la presencia de microorganismos patógenos (virus, bacterias, hongos y/o parásitos). Por tanto, el par biomagnético es un elemento de diagnóstico a la vez que es un elemento terapéutico.

El par biomagnético prescinde del síntoma y establece la etiología de la enfermedad como método de diagnóstico<sup>133</sup>. El biomagnetismo médico busca

---

<sup>132</sup> Existen variaciones de los campos magnéticos de los órganos, algunas son naturales producidas por los propios órganos y células derivadas tanto de la ingestión alimentaria como de las actividades físicas y/o mentales; y otras son ajenas, ocasionadas por distintas sustancias tóxicas o microorganismo patógenos acumulados en el cuerpo.

revisar las patologías humanas desde otra perspectiva que resulta en una conceptualización distinta del proceso salud-enfermedad y de su consecuente atención; una nueva forma de diagnosticar y tratar las patologías humanas; un nuevo criterio terapéutico que identifica la etiopatogenia de las enfermedades virales y bacterianas así como las alteraciones glandulares por medio de la medición de los cambios en el pH que provocan los microorganismos patógenos en el cuerpo humano. El doctor Isaac Goiz admite que la diferencia fundamental con la medicina alópata es que éste “va directamente a la etiología porque identifica plenamente hasta el 100% de especificidad de microorganismos y, dependiendo del terapeuta, hasta el 100% de sensibilidad para definir la patología en su etiología, sin necesidad de estudios de laboratorio” (*ibíd.* p. 142).

El biomagnetismo médico propone una revisión general del paciente por medio del concepto dual bioenergético que se genera antes de que se presenten los síntomas clínicos, evidente en la alteración del pH. Por lo tanto, al estabilizarlo se recupera la salud, desde la perspectiva biomagnética médica del doctor Goiz Durán ésta “es el estado en que los aspectos orgánicos, psicológicos, sofrológicos y emocionales del ser humano se encuentran en armonía. Por lo tanto, cuando existe un desajuste en ellos se presenta una enfermedad” (*ibíd.* p. 46). Así, la enfermedad se localiza en el órgano o en el tejido en desequilibrio, es decir, en aquél que presenta un pH diferente a  $7\pm 0.3$ . Si se corrige la alteración desaparece la patología. De esto se encarga el biomagnetismo médico con su fuerza de polaridad; la negativa es capaz de impactar a una carga patológica similar, los que se anulan al encontrarse con la carga positiva.

La técnica para detectar este desbalance energético es por medio de la medición cualitativa del pH (conocida como rastreo, mide la distorsión del pH a través del acortamiento o la elongación de la extremidad inferior derecha) aportación tomada por el doctor Isaac Goiz Durán del primer curso de biomagnetismo de la Sociedad de Medicinas Alternativas de Guadalajara, impartido por el doctor Richard Broeringmeyer<sup>134</sup>. La aportación del polo biomagnético así como la medición de los mismos por medio de imanes de mediana intensidad es la base del par biomagnético y del entendimiento formal de las patologías, de su correlación clínica y de su tratamiento por medio de campos magnéticos. El diagnóstico

---

<sup>133</sup> Mientras la alopátia insista en el síntoma como elemento de diagnóstico clínico, la terapéutica y el diagnóstico son sintomáticos y por lo mismo inciertos, ya que el mismo microorganismo puede producir diferentes síntomas, y un mismo síntoma puede producirse por diferentes microorganismos.

<sup>134</sup> Cuando los astronautas regresan a atmósfera terrestre presentan alteraciones de cualquiera de sus hemicuerpos, que se corrigen al poner un campo magnético cerca de ellos. Postula que cuando hay una alteración energética y específicamente por pH distorsionado se acorta o se longa el hemicuerpo derecho. El deterioro metabólico que padecen los astronautas al abandonar el geomagnetismo durante un viaje espacial es muestra de los efectos nocivos que la falta del campo magnético ejerce sobre la salud.

consiste en el reconocimiento de puntos de energía alterados en el organismo humano que corresponden a órganos y/o tejidos que sufren la distorsión. Una vez reconocidos, el terapeuta aplica un conjunto de imanes en esos puntos en forma simultánea. Con ello, los campos irregulares pueden modificarse.

En la actualidad esta terapia es avalada por el Ministerio de Salud de la República de Chile y por la Universidad de Loja en Ecuador; y desde el año del 2004, la Universidad Autónoma Chapingo México, salvaguarda esta alternativa médica por medio de la impartición del diplomado de biomagnetismo médico previo al establecimiento de éste como carrera a nivel licenciatura.

## **5.2 Beneficios de la utilización del par biomagnético**

*“El par biomagnético” tiene la propiedad de identificar la presencia de la patología; pero, en su etiología, no en su sintomatología; es decir, no es sus manifestaciones clínicas tardías e inespecíficas. Simultáneamente, las cargas que están en relación vibracional y energética, son neutralizadas en minutos por medio de imanes naturales que causan que los microorganismos patógenos y las disfunciones glandulares pierdan su polarización patógena natural, constituyendo un proceso curativo simultáneo. (Claude Bernard y Richard P. Feynman, *El biomagnetismo como alternativa de los programas de salud*, p. 7).*

Los adjetivos más recurrentes que describen al biomagnetismo médico están asociados a su reciente descubrimiento, a lo poco convencional de su método de atención al proceso salud-enfermedad, a su sencillez, rapidez y efectividad, además de su bajo costo y a los nulos efectos secundarios. Estas cualidades aunadas al desarrollo de su teoría en el marco de leyes naturales de magnetismo y biología, le valen el aval de varias universidades a nivel mundial (*vid. supra*), de personas tratadas con él y de médicos alópatas que deciden cambiar su concepción de la salud-enfermedad para atender personas y no enfermedades.

Desglosemos uno a uno los beneficios que, tanto terapeutas como pacientes, atribuimos al par biomagnético para manifestar que ambas partes los gozamos y que cada uno tenemos una historia que nos lleva a conocerlo, usarlo y, en ciertos casos a practicarlo.

1. *Técnica de reciente descubrimiento.* En octubre de 1988, el doctor Isaac Goiz Durán conforma el biomagnetismo médico con el par biomagnético como

método de diagnóstico y la inducción biomagnética específica como forma curativa que se sustenta en la **despolarización o neutralización** de las cargas bioenergéticas anormales del organismo humano.

2. *Método de atención del proceso salud-enfermedad.* El biomagnetismo médico entiende y atiende el proceso salud-enfermedad en forma dual por lo que no es posible abordar una parte del mismo e ignorar la otra. Además, el concepto “bipolar”<sup>135</sup> del par biomagnético se aplica a la asociación de patógenos, es decir, cualquiera –virus, bacteria, hongo o parásito– necesita de otro microorganismo, sea patógeno o metabólico, para desencadenar las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Elías Margolis en *Sanar con amor y fe* concibe que “La medicina alternativa busca relacionar los aspectos de cuerpo, mente y alma en toda enfermedad, para lo cual considera los subjetivos y sociales impregnados en ésta o que tienen relación con ella. Con ello trata de superar el aspecto unicausal del origen de la enfermedad y se convierte, en la mayoría de los casos, en una medicina multidimensional” (p. 12).

*El Par Biomagnético, nos ubicó en el lugar y en el momento en el que se establece el microorganismo, independientemente de sus manifestaciones clínicas y por eso, aparte de ser más eficiente en el diagnóstico terapéutico, nos ha permitido entender la fisiopatología inicial de las enfermedades y, por supuesto, la simbiosis de los elementos vivos patógenos cuando se instalan y se interrelacionan dentro de los tejidos y órganos de los seres superiores que lo soportan (Isaac Goiz Durán, El fenómeno tumoral, p. 111).*

3. *Efectividad.* El biomagnetismo médico entiende la etiología, la fisiopatología y la curación de diversas enfermedades e inclusive la prevención de las mismas. A partir del diagnóstico del par biomagnético restablece al mismo tiempo la salud, es decir, el rastreo biomagnético es a la vez un elemento de diagnóstico de la alteración del pH que crea el medio necesario para la reproducción de asociaciones entre microorganismos patógenos que producen síntomas clínicos o patologías y, al mismo tiempo, es un elemento terapéutico ya que en el momento en que se registra una alteración en el NEN se busca su resonancia energética para impactar ambos puntos, corregir la distorsión y volver a la entropía orgánica. Al regresar el equilibrio al nivel energético, el pH

---

<sup>135</sup> A diferencia de la idea helénica y romana heredada a la medicina alópata en la que cualquier enfermedad es desarrollada por un solo organismo patógeno.

no es apto para la propagación de microorganismos patógenos y sí para la salud de los seres humanos.

A los terapeutas les facilita el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mientras que para los pacientes es una terapia bondadosa con su cuerpo que procura su estabilidad antes que el bombardeo con agentes extraños a su cuerpo. De este rasgo derivan los siguientes, sencillo, rápido y económico.

4. *Sencillez*. Para los terapeutas el diagnóstico-tratamiento del biomagnetismo médico es sencillo de aprender y de aplicarlo, sólo requerimos conocimientos básicos de las leyes magnéticas y de anatomía<sup>136</sup>, y seguir el manual de pares biomagnéticos del doctor Goiz Durán –ya ampliado por algunos de sus alumnos– para lograr un rastreo biomagnético efectivo, lo importante es establecer la comunicación energética entre el cuerpo del paciente y el terapeuta. Hecho lo anterior la respuesta es directa.

Los diplomados impartidos en la mayoría de las universidades que lo avalan son 20 por ciento teóricos y 80 por ciento prácticos, lo que da cuenta de *sencillez* de la terapia y la suma importancia que toma la parte activa de la misma: un terapeuta que maneja con habilidad sus conocimientos adquiridos demora entre 20 y 40 minutos en una terapia energética por lo que puede ocupar mayor tiempo en el diagnóstico de otras razones que orillan al enfermo a esa condición.

Para el paciente también es sencillo ya que el diagnóstico y el tratamiento son parte del mismo método de rastreo, no es necesario tomar medicamentos o seguir cuidados posteriores a la terapia, salvo el cambio de accesorios de limpieza y uso personal que pueden mantener y/o reproducir los microorganismos patógenos que se encuentran en el organismo del paciente, como cepillo dental, zacate, labial, rastrillo, etcétera.

5. *Económico*. Para valorar que es una terapia alternativa es económica hay que analizar tanto la instrucción y como su aplicación. En la primera, hay que hacer un comparativo con la misma alopátia. En nuestro país, estudiar medicina es caro, aun en escuelas públicas, y tienden a instruirse quienes cuentan con los medios económicos para cubrir los gastos que se generan mientras se alcanza la facultad para ejercer. De acuerdo con datos del INEGI para 2010 los hogares mexicanos dirigen el 10.2 por ciento del gasto corriente total a los servicios y artículos de educación, es decir, \$3,497.00 anuales.

La medicina biomagnética a pesar de ser impartida en nuestro país en diplomados particulares, su costo es menor debido a que el tiempo de

---

<sup>136</sup> Esto en México porque existen países en Europa como España, y en América Latina como Chile, que exigen el título médico para ejercer la medicina alternativa.

instrucción es mínimo y el material requerido es básico: imanes de mediana intensidad, mismo que se utiliza en las terapias. De este modo, el costo operativo de la terapia biomagnética es de un promedio de \$10,000.00.

6. *Rápido*. Teóricamente basta con una sesión biomagnética para restablecer la salud de un paciente, siempre que sea una enfermedad simple, a menos que el paciente conserve los mismos hábitos y utensilios que derivan en su reincidencia infecciosa-parasitaria. O bien, que la enfermedad sea una conjugación de varias asociaciones patológicas que la hagan un padecimiento crónico-degenerativo y/o enfermedades más severas. Lo que convierte la terapia en altamente *efectiva*.
7. *Libre de yatrogenesis clínica*. El diagnóstico-tratamiento del biomagnetismo médico evita la yatrogenia puesto que la aplicación de imanes de mediana intensidad únicamente restablece el equilibrio energético y no altera los procesos regulares de los órganos, síntomas, glándulas ni tejidos del paciente.

Hasta el momento generalizamos los beneficios del uso y la práctica del biomagnetismo médico a partir de la aplicación de campos energéticos a través del par biomagnético, resultado de la observación de varios casos tanto de pacientes como de terapeutas<sup>137</sup>. Ahora sólo nos resta tratar la parte socioeconómica y cultural que nos orilla a hacerlo, que es el principio y fin de esta investigación.

### **5.3 Tendencias en el uso y la práctica del biomagnetismo médico**

Esta exploración se realiza en varios planos de la realidad social, de forma que evidencia la actividad dialéctica de la investigación científica. En primer lugar, resulta de una experiencia personal: la búsqueda de nuevos diagnósticos para la enfermedad de mi abuela<sup>138</sup> nos conduce hasta esta terapia. Sus características nos producen la inquietud de profundizar en ella, por su efectividad, bajo costo<sup>139</sup> y la ausencia de yatrogenesis clínica, queremos darla a conocer ya que se presenta como una opción viable para atender el proceso salud-enfermedad de nuestra población.

---

<sup>137</sup> Al principio aplicamos la observación participante, después el estudio de casos específicos y, finalmente, un sondeo, que nos dotan de información que denota las siguientes tendencias.

<sup>138</sup> Metástasis en la pleura izquierda resultante del cáncer de mama.

<sup>139</sup> Una terapia biomagnética oscila en precio entre \$100 y \$300 conforme al terapeuta y la zona de consulta.

Las terapias de mi abuela denotan resultados favorables, que impactan a los oncólogos que atienden su proceso de forma alópata<sup>140</sup>, por lo que acudimos con mayor vehemencia. En ese lapso notamos la tendencia de ciertas características específicas de los que asistimos a consulta, *factores socioculturales y económicos que intervienen en la utilización del biomagnetismo médico*.

Por lo tanto, los resultados del uso del par biomagnético en mi familia aunados a las múltiples historias conocidas en el consultorio despiertan nuestro interés por conocerlo a detalle, convirtiéndonos en terapeutas<sup>141</sup>, que nos brinda la oportunidad de conocer los principios y leyes del biomagnetismo médico, además de escuchar y compartir los motivos personales que nos conducen a él, descubriendo las tendencias socioeconómicas y culturales del uso y la práctica del biomagnetismo médico.

Compartimos las propensiones que notamos, tanto en pacientes como en terapeutas del par biomagnético<sup>142</sup>, con la intención de registrar las implicaciones socioeconómicas y culturales que nos conducen a la usanza de la técnica biomagnética médica. Estas son las tendencias que el sondeo arroja<sup>143</sup>:

1. En primer lugar, la elección de la medicina alternativa, y concretamente del biomagnetismo médico, está permeada de características que la mayoría de sus integrantes comparten y que, a la vez, contienen otras más particulares. El conocimiento de éstas conduce a la comprensión del proceso de selección terapéutica de cada uno de los que vivimos y practicamos esta técnica alternativa.

El análisis materialista histórico y dialéctico del proceso salud-enfermedad estima que acorde con la relación mantenida con los medios productivos es la forma en que tendemos a vivir, a enfermar, a afrontar nuestros padecimientos y a recobrar la salud.

La elección de la medicina alternativa para atender el proceso salud-enfermedad deviene del posicionamiento frente a los medios de producción que determina cómo trabajamos y vivimos y, además, cómo y de qué nos enfermamos de acuerdo a las propensiones de nuestro grupo social. Por tanto, al existir condiciones disímiles de vida también son distintas las maneras de enfermar y la

---

<sup>140</sup> Para continuar con el tratamiento biomagnético, renuncia a las quimioterapias. Recordemos que es una de las contraindicaciones que el doctor Goiz Durán pone al uso del par biomagnético. Para ampliar la información consultar *El fenómeno tumoral*.

<sup>141</sup> Por la Universidad Autónoma Chapingo (UACH) y continuos diplomados en “Centro Bioenergética” y “Yo soy vida saludable”.

<sup>142</sup> Aprovechamos el espacio para agradecer su apertura para que nuestra investigación sea posible.

<sup>143</sup> El cuestionario que aplicamos a pacientes y a terapeutas se incluye en el anexo correspondiente.

gravedad y recurrencia con que se presentan. Además, condiciona la forma de combatir la enfermedad y restablecer la salud.

La medicina alternativa es una opción terapéutica a la que tienden quienes cuentan con determinado nivel socioeconómico y cultural, preponderante en los sectores medios de la población mexicana, que los inconforma con el procedimiento médico convencional a la vez que los dota del ingreso económico para buscar opciones afines con sus requerimientos<sup>144</sup>.

Los que utilizamos y/o practicamos la medicina alternativa, más concretamente, el biomagnetismo médico, marcamos las siguientes tendencias<sup>145</sup>:

- a) La mayoría vivimos de cerca una enfermedad grave, sea la de un familiar, un amigo e incluso propia, que nos confronta con las múltiples, variadas y grandes carencias del sistema médico público<sup>146</sup>:
  1. Falta de personal, lo que deriva en,
  2. Deficiente atención médica, las consultas se dirigen al registro de síntoma<sup>147</sup>; por lo que,
  3. El diagnóstico y tratamiento médico es meramente sintomatológico. Por tanto,
  4. Los medicamentos recetados sólo sirven para ese fin y, en ocasiones, no hay forma de surtir la receta dentro de la misma institución. Además,
  5. Las interconsultas con especialistas son muy espaciadas lo que provoca que la enfermedad avance.

Estas insuficiencias en el sistema médico público derivan en la segunda característica:

- b) Después de la experiencia en las instituciones médicas públicas, acudimos a consultorios particulares, normalmente, con especialistas. Apreciamos que aunque la atención médica es más personalizada, el diagnóstico y el tratamiento médico son, igualmente, de atención de los síntomas patológicos. Por lo que, al final el proceso tiende a ser el mismo.

---

<sup>144</sup> A lo largo de esta investigación, y a través del conocimiento de la terapia biomagnética médica, observamos que estas generalidades existen toda vez que también revelan ciertas particularidades.

<sup>145</sup> Resultado de nuestro sondeo y de la práctica médica alternativa.

<sup>146</sup> Como mencionamos previamente, son resultado de la implementación del modelo económico neoliberal en nuestro país, que propicia la disminución del gasto público en materia médica y conlleva a la mercantilización de la salud.

<sup>147</sup> Ello no sólo se relaciona con los recursos destinados a la institución médica además tiene que ver con la instrucción médica aportada en las facultades de esa especialidad como se desarrolló en el capítulo pertinente. Por ahora baste con hacer evidente esta correlación.

- c) Insatisfechos por las formas de entender y atender la enfermedad en la medicina alópata, buscamos opciones terapéuticas que diagnostican y tratan el proceso salud-enfermedad de otra manera.

La mayoría utiliza sus recursos socioeconómicos y culturales para investigar la mejor técnica médica, unos a través de la información por medios masivos de comunicación, otros por la instrucción documental y algunos más por recomendación.

Los que usualmente practicamos la medicina alternativa, en este caso el biomagnetismo médico, analizamos las posibilidades y llegamos al par biomagnético primordialmente porque es altamente efectivo y sin efectos secundarios; además de sencillo, rápido y económico, de acuerdo con su método terapéutico en el que al mismo tiempo se diagnostica y se cura la enfermedad.

Estas son las características esenciales de los que tendemos a utilizar la medicina alternativa, específicamente, el par biomagnético, como método para recuperar la salud, mismas que compartimos los que lo estudiamos y practicamos. En adelante sólo se refieren a estos últimos.

- 1 Entender y atender la salud-enfermedad, primordialmente de nuestra familia y amigos<sup>148</sup>, desde una perspectiva holística que considere todos los aspectos del ser humano que lo llevan de un extremo a otro de este proceso.

Buscamos en las terapias alternativas donde, contrariamente a la práctica médica hegemónica, se abordan los aspectos objetivos y subjetivos del proceso salud-enfermedad. Tratan los síntomas clínicos de las patologías aunados al análisis de los procesos psicosociales que presenta el paciente. Es decir, trabajan las causas internas y externas que llevan al enfermo a esa condición y buscan posicionarlo en una situación que le permita llegar más prontamente a la salud.

- 2 Algunos se mantienen en subsecuente instrucción con terapias y técnicas afines que permitan ampliar la gama de opciones ofrecidas al paciente de modo que la atención es más integral.

Después de un primer acercamiento a la medicina alternativa y de oír y compartir múltiples experiencias y conocimientos, los nuevos terapeutas notamos que son varias las técnicas o métodos alternativos que proponen un estudio más profundo de las causas y consecuencias de cualquier patología. Mismas que difieren de la forma en que la medicina alópata

---

<sup>148</sup> Pocos se interesan en la obtención de ganancia económica a través de esta técnica, al menos en un principio. La mayoría son movidos por el interés personal y ofrecen consulta para ayudar a los demás.

entiende y atiende la enfermedad y, por lo tanto, ofrecen procesos distintos para restablecer la salud considerando más allá de los síntomas clínicos de la presencia morbosa del padecimiento.

Las terapias alternativas coinciden en el distanciamiento que toman frente a la medicina convencional respecto a la forma de entender la enfermedad. Empero, entre ellas, difieren en la manera de atenderla. Y es precisamente por ese motivo que los nuevos terapeutas del par biomagnético continúan en constante instrucción, tanto en el dominio de esta técnica como en otros métodos, que amplíen sus posibilidades de mejorar la salud de sus pacientes.

- 3 La mayoría nos motivamos, principalmente, por el conocimiento y reconocimiento de esta terapia: ofrecer una solución a múltiples patologías a través de una técnica inofensiva con el cuerpo humano que se limita a restablecer el equilibrio energético para acabar con el medio donde se reproducen los organismos patógenos.

El biomagnetismo médico nos permite brindar a toda la población recursos médicos distintos a los de la medicina alópata de tal forma que se eviten ciertas prácticas meramente curativas y los tratamientos agresivos con el organismo humano, dándole prioridad aspectos psicosociales y económico-culturales en el método de sanación cuando así se requiera. El hecho de que la técnica se encause a equilibrar el pH del organismo humano permite que la terapia sea inocua, sin daños en el desempeño de las funciones normales del cuerpo, evitando la iatrogenia.

Uno de los objetivos primordiales de la mayoría de los estudiantes del par biomagnético es popularizar su práctica y acabar con ciertos daños que generan algunas prácticas de la medicina convencional que busca en muchos casos el enriquecimiento de los grandes consorcios farmacéuticos y de equipo médico.

Algunos consideran que la práctica de la medicina alternativa es una manera de obtener recursos para continuar en constante instrucción por lo que montan consultorios integrales donde ofrecen sus servicios. Otros, prefieren dar atención gratuita en pro de la socialización de este tipo de prácticas alternativas con el fin de contribuir a mejorar la salud de la población.

A continuación compartimos una historia de un paciente con la intención de revelar las tendencias antedichas dentro de su narración, mismas que son transcritas con su consentimiento<sup>149</sup>.

Nuestro paciente tiene 82 años de edad. De acuerdo con los síntomas que presenta (problemas para orinar, incluyendo flujo debilitado y recurrente, además de pérdida de control en la vejiga y los intestinos) su médico alópata le practica una serie de estudios clínicos<sup>150</sup> y le diagnostica cáncer de próstata. El tratamiento en su caso es la extirpación inmediata de la glándula prostática y continua radiación para evitar la propagación de las células anormales. Los riesgos que implica este procedimiento aumentan por la edad del paciente y las otras enfermedades que padece (hipertensión y diabetes) que, aunque están controladas por medio de medicamento, son signos de alarma en una intervención quirúrgica. Estos peligros provocan que el paciente como su familia, decidan esperar antes de la operación y buscar otro diagnóstico médico, sin renunciar a la atención en la institución médica pública.

Uno de sus hijos sabe del biomagnetismo médico por medio de un programa de televisión *Cuida tu salud*, que muestra los logros de su precursor en los casos de cáncer, diabetes e incluso del VIH-SIDA; y busca un terapeuta biomagnetista que atienda a su padre y, por recomendación, llega con nosotros.

El paciente y su familia nos dan a conocer el caso y exponen sus inquietudes<sup>151</sup>, mismas que con una breve explicación de la terapia y cómo actúa despejamos, por lo que deciden quedarse a conocer nuestro diagnóstico-tratamiento: el primer paso es saber si el cáncer establecido alópatamente es real o falso<sup>152</sup>, es decir, rastrear la presencia en el organismo de la *Micobacterium leprae*, si la respuesta es afirmativa el paciente es portador de la bacteria que soporta el verdadero cáncer y hay que detectar los microorganismos patógenos con los que se asocia<sup>153</sup>; si la respuesta es negativa, hay que revelar qué microorganismos generan el fenómeno tumoral y de qué tipo es éste<sup>154</sup>.

---

<sup>149</sup> Agradecemos a todos los que aceptan participar en este estudio, que con amabilidad y apertura nos cuentan su experiencia.

<sup>150</sup> Prueba sanguínea de antígeno prostático específico, ultrasonido pélvico y el examen digital del recto.

<sup>151</sup> La mayoría tienen que ver con la forma de acción de los imanes y su impacto en el cuerpo. Además de la efectividad de la terapia y la permanencia de los resultados.

<sup>152</sup> El doctor Isaac Goiz Durán afirma conforme con sus estudios que el 95 por ciento de los cánceres dictados en la medicina alópata son falsos, es decir, son asociaciones patológicas mal diagnosticadas. El verdadero cáncer es soportado por el *Micobacterium leprae*, si el paciente no lo presenta no existe la patología antedicha.

<sup>153</sup> En el libro *El fenómeno tumoral* el doctor Goiz tipifica ocho clases de éstos, siendo los dos últimos los referentes al verdadero cáncer o neoplasia maligna y a la metástasis. Para que la neoplasia maligna exista es

Nuestro rastreo del *Micobacterium leprae* resulta negativo y procedemos a preguntar por el resto de los microorganismos patógenos para establecer qué tipo de *fenómeno tumoral* están desarrollando: la asociación es de una bacteria patógena (clamidia intestinal), virus patógeno (virus del moquillo) y una sustancia que afecta la membrana celular (insulina), que provoca una displasia en las células prostáticas. Al impactar los respectivos pares biomagnéticos se elimina el medio propicio para que los patógenos vivan y, por lo tanto, con ellos, lo que resulta en la desaparición del fenómeno tumoral y los síntomas que desarrolla en un lapso de 48 horas aproximadamente.

Nuestro paciente acude a revisión alópata para determinar la urgencia de la cirugía por lo que le efectúan el examen de sangre valorar el antígeno prostático y el resultado es 0 ng/ml, realizan la prueba del tacto, no detectan protuberancia en la glándula y la biopsia es innecesaria. Sin embargo, el tratamiento recomendado por el médico alópata es la radioterapia para evitar que reaparezca el cáncer. Nuestro paciente renuncia definitivamente al procedimiento convencional y acude desde hace dos años periódicamente a la terapia biomagnética como método de prevención para cualquier enfermedad. Por medio de su testimonio, recomienda ampliamente el biomagnetismo médico como método alternativo para alcanzar la salud.

La historia de nuestro colega terapeuta ayuda a denotar las tendencias que nos llevan al uso y la práctica de la medicina alternativa. Ingeniero en sistemas computacionales, encargado del área de soporte técnico de una empresa de impresión textil. Desde que los 17 años de edad (ahora cuenta con 39), padece dolor lumbar muy intenso que lo limita en sus actividades diarias, e inflamación del nervio ciático derivado de su práctica deportiva. Durante ese tiempo vive con analgésicos fortísimos que le permiten realizar sus labores, postergando una operación altamente riesgosa que puede dejarlo parapléjico, si existe alguna complicación en quirófano, además, la probabilidad de quedar realmente recuperado con la cirugía no es tan alentadora como para arriesgarse.

Hace cinco años el director general de la empresa donde labora actualmente, y que padece la misma molestia, mejora en menos de un mes. Se acerca a él para indagar el porqué de ese cambio tan abrupto, quien le recomienda un biomagnetista. Éste, en dos sesiones, logra normalizar los movimientos de Alejandro y eliminar el dolor. Su impresión es tal que la estudia para ayudar a familiares y conocidos a recuperar la salud sin daños colaterales. A decir suyo:

---

necesaria la asociación de dos bacterias patógenas, el *Micobacterium leprae* y un virus patógeno. Para que se desarrolle metástasis debe haber, además, otra bacteria.

<sup>154</sup> 1. Exudado, 2. infiltrado, 3. quiste o pólipo, 4. absceso, 5. displasia, 6. neoplasia benigna.

*Actualmente he aplicado biomagnetismo a muchas personas sin cobrar un solo centavo pues es para mí importante, aparte de ayudar a las personas, perfeccionar la disciplina. En un futuro cercano impartiré esta y otras técnicas complementarias (de momento sigo estudiando), cobrando una cantidad al alcance de cualquier persona, pues en ocasiones creo que se lucra demasiado con la salud y eso provoca que las personas de pocos recursos no tengan derecho a opciones de mejorar su calidad de vida y que métodos queden restringidos para quien pueda pagar por ellos. Para mi modo de pensar no veo bien que sólo quienes tienen mejores ingresos sean los únicos que puedan aprovechar estos beneficios.*

*Te comento que en ocasiones siento alguna molestia en mi zona lumbar y coloco algunos pares biomagnéticos y, afortunadamente, no he vuelto a pasar por ese dolor tan horrible (Receso del curso de biomagnetismo avanzado impartido por José Cruz Casillas Díaz en México el 27 de septiembre de 2013).*

## CONCLUSIONES

A través de este trabajo delineamos una forma de observar los factores socioculturales y económicos inmersos en la elección de la medicina alternativa como opción terapéutica para entender-atender el proceso salud-enfermedad, que puede servir como plataforma para conocer mejor distintas opciones médico-terapéuticas desde una perspectiva social.

Varios aspectos que conforman esta investigación, mismos que la dirigen a determinadas conclusiones. Para facilitar su comprensión las dividimos en:

1. Las particularidades que definen al proceso salud-enfermedad y la práctica médica desde la implantación del modelo económico neoliberal en nuestro país<sup>155</sup>.
2. Las características del sistema médico dominante que contribuyen a que las crisis socioeconómicas y político-culturales derivadas del neoliberalismo impacten fuertemente el proceso salud-enfermedad de la población<sup>156</sup>.
3. El surgimiento del par biomagnético como opción terapéutica para combatir la enfermedad y restablecer la salud desde una perspectiva distinta a la convencional.

*Las particularidades que definen al proceso salud-enfermedad y la práctica médica desde la implantación del modelo económico neoliberal en nuestro país, se refieren, en principio, a los cambios que sufre el proceso salud-enfermedad desde la era neoliberal, donde aumentan las enfermedades tanto en intensidad como en diversidad<sup>157</sup> debido a los cambios urbano-ambientales que trae consigo el neoliberalismo, aunados al giro de la pirámide poblacional y a las consecuencias de la intensificación de las jornadas laborales<sup>158</sup>.*

También se refieren a los contextos socioeconómicos y culturales que desarrolla el neoliberalismo dentro de la actividad médica, es decir, redefinición del gasto social en la práctica médica y el fomento de la atención médica privada. Conformándose

---

<sup>155</sup> Estas tendencias son abordadas en el primer capítulo de la tesis: *El neoliberalismo en la medicina*.

<sup>156</sup> Estas características las tratamos en el segundo capítulo: *Cultura y cosmovisión ante la salud y la enfermedad*.

<sup>157</sup> De acuerdo con los registros administrativos del INEGI, en 2011 la diabetes mellitus (13.7%), las enfermedades isquémicas del corazón (12%), las del hígado (5.5%) y las cerebrovasculares (5.3%) son las principales causas de muerte de la población, las cuales ocasionaron 36.5% de los decesos totales. También reconoce como causas de muerte las agresiones, los accidentes y las lesiones que representan el 12.8 % del total. Además de la leucemia y las malformaciones genéticas. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=>

<sup>158</sup> En lo que se refiere a la tasa de explotación, para 1982 José Valenzuela estima, *grosso modo*, que ella alcanza un nivel de 236 por ciento. Mientras que para 1995, aumenta a 529 por ciento.

el neoliberalismo como *un proyecto de organización de la sociedad*<sup>159</sup> que ajusta, en este caso, las instituciones médicas públicas a las disposiciones político-económicas internacionales, sin desprotegerlas por completo puesto que éstas son utilizadas como forma de contención social. Por lo tanto, el Estado desarrolla dos estrategias: 1) la asistencia médica focalizada hacia los más desprotegidos por medio, principalmente, de la Secretaría de Salud, el Seguro Popular y para una Nueva Generación, el IMSS y el ISSSTE<sup>160</sup> y, 2) la privatización selectiva de los servicios médicos donde el costo de se traslada a los usuarios.

Aunque el Estado aporta 90 de cada 100 destinados a la atención médica hospitalaria<sup>161</sup> más de la mitad de la inversión se utiliza en infraestructura<sup>162</sup>, es decir, equipo, mantenimiento, remodelación o construcción de hospitales con el objetivo de cubrir a más población que, según el último censo, es el 64.6 por ciento el que cuenta con derechohabencia y el restante busca otra opción para la atención de sus afecciones de salud.

Así, por una parte se profundiza la acción selectiva del Estado (ya que la población con menores ingresos no puede pagar por los servicios médicos y orillarla a ellos puede desencadenar revueltas sociales) y, por otra, se impulsa la actividad privada, por medio de la divulgación de la insuficiencia de los servicios médicos públicos y los beneficios de los privados.

La percepción de los pacientes respecto a la insuficiencia de los servicios médicos públicos tiende a: 1) la falta de personal médico, 2) la carga de trabajo del doctor, limita el tiempo de consulta y la calidad de la misma, 3) las consultas se dirigen al registro de los signos clínicos de la enfermedad, 4) el tratamiento es sintomatológico por medio de fármacos.

Mientras que en los hospitales privados se promocionan los servicios con atención de *mejor calidad* –finalmente se busca la satisfacción total del cliente, hablando en términos mercantiles, la salud es ya una mercancía de lujo que adquiere quien tiene para pagar por ella–. Aunque el diagnóstico y tratamiento médico se establece con base en las leyes y principios de la medicina alópata.

*De acuerdo con las características del sistema médico dominante que contribuyen a que las crisis socioeconómicas y políticas derivadas del neoliberalismo impacten*

---

<sup>159</sup> Término utilizado por Asa Cristina Laurell en *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*.

<sup>160</sup> De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2010: la población usuaria real de los servicios médicos por institución es 34.2 por ciento de la Secretaría de Salud (SSa); 29.6 por ciento del IMSS; 24 por ciento del servicio privado; 5.9 por ciento del ISSSTE; 1.8 de IMSS Oportunidades; uno por ciento de PEMEX, Marina o la Defensa y 3.5 de otro lugar (público o privado).

<sup>161</sup> INEGI, *Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta Satélite del Sector Salud de México. 2008-2011*.

<sup>162</sup> 32 mil millones de pesos en la adquisición de equipo médico e infraestructura en el año 2011.

*fuertemente el proceso salud-enfermedad en la población*, tenemos que: los esquemas neoliberales de atención médica tienen una tendencia actual que evidencia la desigualdad social, presta atención médica acorde a los ingresos de cada individuo.

Elías Margolis la caracteriza como un negocio: “El modelo médico oficial ve a la enfermedad como un negocio; es tan grande y bueno, que ha ayudado a crear fuertes monopolios en el sistema económico” (*Sanar con amor y fe*, p. 16). Por un lado, pocos individuos gozan de buena atención médica, ligada a su modo de vida y de trabajo; mientras que el resto debe conformarse con la recepción de servicios médicos de menor calidad que disminuye la capacidad de conservación de la salud. Esto provoca un mayor desequilibrio social debido a que se antepone las consideraciones lucrativas de los sistemas médicos farmacéuticos sobre la salud de la población.

Dentro de las lógicas capitalistas la prestación de servicios médicos por parte del Estado también se considera una “empresa” donde la racionalización de los recursos es prioritaria aun cuando ella afecte la impartición de la atención médica; los criterios de productividad y eficiencia son fundamentales para consolidar los objetivos capitalistas. No obstante, se basan en una equivocada idea de “calidad” de los servicios médicos ya que su noción de “atención a la salud” también es errónea. Mayores hospitales y médicos más especializados no significan mejor salud de los derechohabientes.

Todavía está vigente, dentro de las instituciones prestadoras de servicios médicos como en las dedicadas a la enseñanza de los mismos el modelo médico que aborda el proceso salud-enfermedad desde el análisis biologicista e individualista cuya práctica es básicamente curativa y hospitalaria, fundamentada en los avances científico-tecnológicos del área biomédica, en la que se prioriza la historia natural de la enfermedad. En México, las unidades médicas de todos los niveles y todas las instituciones públicas ofrecen este tipo de atención alópata.

El neoliberalismo apoya e impulsa la práctica médica alópata y utiliza los avances en ciencia y tecnología médica dentro del proceso salud-enfermedad para acrecentar la acumulación de capital a partir de: 1) la formación profesional de los médicos y 2) la promoción de la medicina curativa y hospitalaria, a través del mayor consumo de medicamentos.

- 1) La educación médica se orienta a reforzar la práctica curativa y hospitalaria con planes y programas de estudio dirigidos al enfoque clínico-biologicista del proceso salud-enfermedad, ya que hay inmersos intereses político-ideológicos de la clase dominante, a la que importa la maximización de las ganancias al

menor costo. La práctica médica convencional y la enseñanza de la misma desde el neoliberalismo: se fundamenta en los descubrimientos científicos y en las innovaciones tecnológicas; además, se orienta por la ideología de las ciencias naturales y del individualismo. Por lo tanto, “La medicina se convierte, así, en la ciencia de los problemas biológicos del individuo, y desarrolla una práctica correspondiente” (Asa Cristina Laurell, “Medicina y capitalismo en México” p. 2). Esto provoca que el médico detente el poder de eliminar la enfermedad a través de fármacos<sup>163</sup> y el paciente queda subsumido a las decisiones de éste.

- 2) La industria químico-farmacéutica y de equipo médico dominada por empresas transnacionales continúa creciendo, apoyada en el modelo biomédico alópata: controlar síntomas clínicos de la enfermedad es uno de sus principales objetivos; ello requiere de consumo de medicamentos. A la industria químico-farmacéutica sólo le interesa producir medicamentos para apoyar la medicina curativa con el fin de obtener mayores ganancias. El mercado farmacéutico mundial mantiene un crecimiento constante del 10 por ciento en los últimos años<sup>164</sup> desde 2005.

Finalmente, *el surgimiento del par biomagnético como opción terapéutica para combatir la enfermedad y restablecer la salud desde una perspectiva distinta a la convencional*, está relacionado con la consideración de variantes no sólo biológicas sino socioculturales y económicas del proceso salud-enfermedad.

Al aplicar este análisis sociológico del proceso salud-enfermedad a la utilización de la medicina alternativa, concretamente al uso y la práctica del biomagnetismo médico, obtenemos que:

1. En primer lugar, los factores socioculturales y económicos actúan sobre la elección de terapias alternativas frente a las necesidades médicas no cubiertas por la alopátia, como lo disponen los autores de esta corriente sociológica<sup>165</sup>:  
De conformidad con la relación que se mantiene con los medios productivos es la manera en que se trabaja, se vive, se enferma, se combate la misma y se recobra la salud.

---

<sup>163</sup> Deloitte en *Perspectivas globales sobre ciencias de la vida 2013. Optimismo acorde a la realidad en un nuevo contexto* prevé que el mercado farmacéutico en México crezca 4.4 por ciento entre 2011 y 2016, con un monto de hasta 19,500 millones de dólares.

<sup>164</sup> *Hacia una política farmacéutica integral para México:*

[https://www.google.com.mx/?gfe\\_rd=cr&ei=a24wVPqOLMeR8QeymYFg&gws\\_rd=ssl#](https://www.google.com.mx/?gfe_rd=cr&ei=a24wVPqOLMeR8QeymYFg&gws_rd=ssl#)

<sup>165</sup> Estas nociones están plasmadas en el tercer capítulo: *Lo social en el proceso salud-enfermedad y en la práctica médica.*

El capitalismo define cómo trabajas y cómo vives lo que a la vez determina cómo y de qué te enfermas, además de la gravedad y la letalidad de la enfermedad. Su influencia permea también los medios para restablecer la salud a través de nuestros recursos socioeconómicos y culturales, ya que según sea el ingreso económico es el acceso real a los servicios de educación, médicos y de vivienda, lo que afecta la forma de entender y atender el proceso salud-enfermedad.

2. En segundo lugar, estos factores socioculturales y económicos tienden a ser compartidos por los sectores sociales medios de la población que emergen de la fragmentación de la burguesía y proletariado, a raíz de la diversificación de las ramas productivas y lo que deviene de ella. La variedad de personas que acuden al biomagnetismo médico es amplia pero existen puntos de coincidencia que respaldan esta noción. Debido a que:

*Existe una situación diferencial entre las clases sociales presentes en el capitalismo en cuanto a la morbimortalidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos. Estos aspectos se encuentran determinados principalmente por la posición respecto a los medios de producción, la cual genera condiciones de vida y de trabajo totalmente diferentes entre las clases sociales.*

Algunos miembros de los sectores medios de la sociedad nos acercamos a la medicina alternativa, en este caso, al biomagnetismo médico, en busca de distintas opiniones acerca de los malestares que padecemos, que realicen otras técnicas para combatir la enfermedad. Ya que contamos, por lo general, con conocimientos sobre la terapia y la posibilidad socioeconómica para hacerlo.

3. La elección de la medicina alternativa, específicamente, del par biomagnético, está permeada por características concretas que la mayoría de los asistentes compartimos que coexisten con algunas individuales que marcan la deliberación de esta opción terapéutica<sup>166</sup>. A partir de los casos conocidos por medio de nuestra práctica terapéutica y del sondeo efectuado tanto a terapeutas como a pacientes podemos denotar las tendencias que nos acercan a la terapia biomagnética:

- a) La mayoría vivimos de cerca una patología grave que nos confronta con las carencias del sistema médico público. Acudimos a consultorios particulares, habitualmente, con especialistas notando que, aunque la atención médica

---

<sup>166</sup> Este punto y el anterior devienen de las tendencias marcadas en el capítulo quinto: *Investigación del uso del par biomagnético como alternativa terapéutica.*

es más personalizada y con un trato más digno tanto para el paciente como para la familia, el diagnóstico y el tratamiento médico es igual, de combate a los síntomas patológicos, por lo que, finalmente, el proceso es el mismo. Insatisfechos por las formas de entender y atender el proceso salud-enfermedad de la medicina alópata buscamos opciones terapéuticas que trataran el proceso salud-enfermedad de otra manera.

- b) Los que llegamos a la práctica del par biomagnético previamente nos enfrentamos con el ejercicio alópata de la medicina: en el que la enfermedad, toma sentido respecto a la sintomatología que presenta, por tanto, el tratamiento se dirige a terminar con los signos y señales patológicos.
- c) Los que practicamos el biomagnetismo médico formamos parte, por lo general, de una capa social intermedia entre las dos clases principales. Llegamos a la técnica biomagnética por sus cualidades: mayor efectividad en el diagnóstico y tratamiento de las patologías y sin repercusiones secundarias; además de sencillo, rápido y económico de acuerdo con su método terapéutico en el que al mismo tiempo se diagnostica y se erradica la enfermedad. El hecho de que la técnica se encause a equilibrar el pH del organismo humano permite que la terapia sea inocua, sin daños en el desempeño de las funciones normales del cuerpo, evitando la iatrogenia tan frecuente en la práctica médica alópata.
- d) Los terapeutas biomagnéticos procuramos ofrecer recursos médicos distintos a los prestados por la medicina alópata de tal forma que se eviten ciertas prácticas meramente curativas y los tratamientos agresivos con el organismo humano, dándole prioridad a los aspectos psicosociales y económico-culturales en el método de sanación cuando así se requiera. Además, buscamos la socialización de las terapias alternativas de forma que cada vez más personas conozcan las distintas opciones médicas a su alcance y puedan, si lo deciden, acudir a ellas.

Por medio del estudio de las tendencias que nos llevan al uso y la práctica del biomagnetismo médico, revelamos que:

1. Al responder la medicina alopática al modelo biomédico hegemónico, dominado por la industria químico-farmacéutica y de equipo médico, su interés se centra básicamente en hacer funcionar el organismo humano para que siga trabajando y produciendo plusvalía en la industria en la que

labora, o *funcionar* para cumplir con ciertas expectativas sociales, pero no curar enfermedades.

2. En la medida que la medicina alopática deje de lado los aspectos socioculturales de la población habrá una mayor tendencia a buscar terapias médicas alternativas que satisfagan las necesidades del paciente y de su familia.
3. Dado que la medicina alternativa, concretamente el par biomagnético, considera los aspectos socioculturales y psicológicos del individuo, además de ser una práctica médica no invasiva, la gente está más dispuesta a utilizarla cuando considera que la medicina alopática no le resuelve sus problemas de salud.

## **ANEXO I. Disertación entre servicios médicos y servicios de salud**

Desde el inicio de esta investigación hablamos de servicios médicos a diferencia de la conceptualización hecha por la mayoría de las instituciones médicas y por las escuelas y/o facultades que forman profesionales en el campo médico e, incluso, por los funcionarios públicos del país: los servicios de salud.

Esta distinta forma de entender una realidad concreta de la vida social, el proceso salud-enfermedad y la práctica médica, tiene que ver con que el conocimiento está determinado socialmente, es decir, con que existan determinados intereses de grupos o de instituciones que influyen en el proceso de *aprehensión* de la realidad social que deriva en que las formas de entender un fenómeno social sean válidas dentro de cierto contexto histórico-social, debido a la posición político-ideológica que se asuma.

Por tanto, la elección del marco teórico y la forma en que se definen los conceptos utilizados así como los indicadores que se emplean para medir los fenómenos sociales expresan una concepción o punto de vista sobre la realidad social en que están inmersos los intereses de quienes detentan determinadas posiciones de clase.

Frente al fenómeno social “la salud-enfermedad y la práctica médica” existen concepciones distintas que guían su análisis y la formulación de acciones concretas que incidan sobre él. Por un lado se encuentra la definición epidemiológica y biologicista de las instituciones, facultades y funcionarios médicos de “servicios de salud”. En ella, se entiende a la salud como la capacidad del hombre para realizar actividades productivas y/o cotidianas. En esta definición se relacionan empíricamente variables sociales con determinadas patologías que aquejan a la población para concluir que la solución de los problemas de salud en México se logra con la atención médica oportuna de combate de síntomas. Por lo tanto, los servicios que mantienen esa capacidad en condiciones de ser explotada por el capital, controlando enfermedades, se entienden como servicios de salud.

Este modo de entender y atender el proceso salud-enfermedad está relacionado con dos factores: el primero es el predominio del modelo médico vigente que asume una posición biologicista de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad, lo que orienta una práctica mayormente individualista, curativa y médico-hospitalaria costosa y de impacto limitado sobre la salud de la población.

El segundo factor es de tipo estructural, es decir, la manera en que la sociedad se organiza para producir y reproducirse de acuerdo con las leyes capitalistas de acumulación de plusvalía y la forma en que esta organización social determina la manera de entender la realidad social a través de la ideología dominante. Esta

forma de proceder tiene un trasfondo político-ideológico en el que se presenta a la salud relacionada con los indicadores de morbimortalidad y esperanza de vida que permite asumir que la población es más sana ahora que antes, por lo que se dice que las acciones en materia de salud son efectivas.

Sin embargo, esta forma de entender el proceso salud-enfermedad olvida que la salud depende de otras circunstancias sociales que inciden directa o indirectamente en el desarrollo de la salud y de la enfermedad: las variables socioeconómicas que escapan del campo de la medicina. El mejoramiento de la salud y la lucha contra la enfermedad no se consigue sólo con acciones médicas sino que se requiere del conocimiento preciso de la realidad social que lo determina.

La investigación social en materia médica con base en un marco teórico materialista histórico y dialéctico analiza las relaciones entre el proceso social determinado históricamente y las diversas expresiones del proceso salud-enfermedad con lo que se logra una explicación más profunda de la problemática de salud que permite promover un mejoramiento real de las circunstancias que condicionan la salud de la población. Desde esta perspectiva:

*La salud se entiende como la capacidad que puede tener el individuo para desarrollar sus potencialidades intelectuales, físicas, artísticas y espirituales a fin de lograr un mejoramiento en todos los órdenes de la vida para tratar de construir un hombre nuevo (Raúl Rojas Soriano, Crisis, salud-enfermedad y práctica médica, p. 72).*

En este sentido, al hablar de servicios de salud hay que considerar el contexto histórico-social en el que se desarrolla el proceso salud-enfermedad para promover la salud y luchar contra la enfermedad de forma adecuada, es decir, considerando las circunstancias socioeconómicas y culturales que las influyen además del perfil epidemiológico de la población para que los recursos sean destinados adecuadamente. Por lo tanto, los servicios de salud están relacionados con la atención en todos los rubros sociales relacionados con la salud-enfermedad de los individuos, es decir, el saneamiento del medio ambiente, el tratamiento de agua para consumo humano y dotación de la misma a todos el territorio nacional, el mejoramiento de la vivienda, suministro de alimentos para una nutrición adecuada y, en general, con el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo que configuran el cuadro epidemiológico, su frecuencia y gravedad, así como la esperanza de vida de la población.

Desde la observación sociológica del proceso salud-enfermedad y la práctica médica es evidente que la definición hecha por las instituciones médicas y las

facultades de formación médica de los servicios de salud es limitada puesto que únicamente se remite al tratamiento de la enfermedad y no a la prevención de la misma ni a la promoción y mejoramiento de la salud. Por lo tanto, lo que ellas entienden como servicios de salud nosotros lo asumimos como servicios médicos y consideramos que así deben tratarse en adelante.

## **ANEXO II. Niveles de análisis del proceso salud-enfermedad**

Existen tres niveles de observación de la salud y enfermedad<sup>167</sup> que emplean técnicas e instrumentos para obtener información empírica y métodos distintos para estudiarla; la diferencia estriba en el modo de abordar la realidad. Todos fueron funcionales en su momento, pero, entran en crisis al descubrir que existen otras variables que intervienen en la salud y/o la enfermedad de las que son consideradas.

El primero estudia al individuo; la enfermedad se presenta en un organismo determinado y el método de restablecimiento de la salud se busca por medio de diagnósticos clínicos orientados por la medicina curativa que pretenden restaurar la salud lo antes posible. Conocido como análisis *unicausal*, busca los motivos que provocan la enfermedad en agentes patógenos que dañan la salud; con el objetivo de detectarlos, eliminarlos y restaurarla. Constituye una relación lineal entre determinado agente patógeno y la presencia de cierta enfermedad. Por tanto, son las únicas razones de la patología ya que alteran las funciones del organismo y a través de la erradicación de los mismos por medio de diagnósticos clínicos orientados a un organismo en específico se retorna al estado de salud<sup>168</sup>.

Este nivel de análisis e interpretación de la enfermedad y práctica médica es utilizado por la medicina curativa que afirma que para resolver un problema de salud individual basta la acción competente del equipo médico aunado a una infraestructura adecuada. Empero, este modelo entra en crisis en la segunda mitad del siglo XX por agravar problemas de salud dados no sólo en países subdesarrollados sino en los desarrollados. Conjuntamente, los aportes de las ciencias sociales demuestran que dicho modelo es exiguo para advertir el origen de las enfermedades debido a que existen otros elementos del medio ambiente que influyen en ellas.

---

<sup>167</sup> Estos tres niveles se tomaron de: Raúl Rojas Soriano. *Capitalismo y enfermedad*.  
[www.raulrojassoriano.com](http://www.raulrojassoriano.com)

<sup>168</sup> En este primer nivel de análisis del proceso salud-enfermedad estas dos se hallan separadas por lo que se consideran "estados" distintos de la vida. Este modelo concibe la enfermedad con el patrón causa-efecto.

Esta incapacidad explicativa se evidencia más a medida que se acentúa la crisis del capitalismo en la década de los setenta por lo que en consecuencia surge el segundo nivel. A diferencia de la manera aislada como se concibe al individuo en el análisis causal de la enfermedad, en este se entiende al sujeto como parte de una comunidad con determinadas características socioeconómicas y culturales que se encuentra expuesto a ciertos riesgos que desarrollan en él una patología determinada.

El individuo ya no se concibe aislado del acontecer físico y social pero la realidad que se investiga es la externa e inmediata de los vínculos y aspectos físico-sociales y el proceso salud-enfermedad<sup>169</sup>. Se consideran variables del medio físico y social para explicar la presencia de las enfermedades a fin de interrumpir la cadena causal mediante la modificación de alguna de las variables que intervienen en el surgimiento de los procesos patológicos. Por tanto, es un modelo *multicausal*, que entiende a lo social como parte de las razones de la enfermedad, sin embargo, no hace un estudio profundo de las implicaciones que los aspectos sociales tienen en la salud-enfermedad.

El *modelo de la historia natural de la enfermedad* está basado en la Triada Ecológica, es decir, en tres factores que se hallan interrelacionados en constante equilibrio: el agente, el huésped y el medio ambiente; lo que permite que haya un relativo “estado de salud”. Sin embargo, cuando se rompe con ciertos elementos del ambiente que favorecen el ataque del agente sobre el huésped susceptible pasa al “estado de enfermedad”.

El modelo de la historia natural de la enfermedad mantiene un enfoque ahistórico y mecanicista que no permite establecer relaciones jerárquicas entre los fenómenos físicos y sociales. No considera que los individuos se encuentran socialmente determinados por las relaciones de producción, es decir, por la pertenencia a determinada clase social. Las variables socioeconómicas son analizadas desde su relación inmediata con el fenómeno patogénico por lo que las medidas que se ejercen son desde la medicina curativa. Además, afirma que con un diagnóstico temprano y una atención oportuna la salud es restituida con menores daños colaterales. Sin embargo, no comprende que el acceso real a los servicios médicos depende de las condiciones socioeconómicas de cada individuo.

En comparación con el modelo unicausal de la enfermedad es mejor en la búsqueda de las causas que generan la enfermedad puesto que considera otras

---

<sup>169</sup>Su objetivo fundamental es ayudar al mantenimiento del sistema social a través de la implementación de medidas que permitan evitar situaciones disfuncionales que vulneren el adecuado funcionamiento del mismo.

variables además de las biológicas, sin embargo, se limita a señalar las relaciones externas e inmediatas del fenómeno salud-enfermedad sin considerar la importancia de cada una. Aunque toma en cuenta variables socioeconómicas y culturales para explicar cómo aparece la enfermedad en el fondo sigue predominando el enfoque biologicista que busca descubrir los agentes inmediatos que ocasionan daños a la salud. Reforzando así el modelo biomédico de práctica curativa, individualista y hospitalaria.

Es necesario superar el enfoque reduccionista del modelo de la Historia Natural de la Enfermedad y plantear un modelo de la historia *social* de la enfermedad que parta de esta tesis básica plasmada por Raúl Rojas Soriano:

*Según sean las condiciones de vida y de trabajo de los individuos en cierto momento histórico, es decir, según sea la clase y el grupo social específico al que se pertenezca en una determinada formación social, será el tipo de enfermedades que se padezcan, su gravedad y frecuencia, así como el acceso real a los servicios médicos, la esperanza de vida y de qué mueren los individuos. Esto no implica, bajo ningún concepto, que se ignore la dimensión biológica de la enfermedad. Se trata más bien de darle su justo valor al aspecto social en el análisis del proceso salud-enfermedad y en las medidas tendientes a promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y rehabilitar al enfermo (Raúl Rojas Soriano, Crisis, salud-enfermedad y práctica médica, p. 30).*

En el análisis social de la enfermedad se intenta conocer las causas fundamentales de la enfermedad. Este nivel supera a su vez al anterior –la epidemiología tradicional– y su análisis de lo inmediato, ya que implica un cambio además de cuantitativo, cantidad de factores que se analizan, cualitativo para la comprensión del proceso salud-enfermedad debido a que establece regularidades empíricas entre factores físico-sociales y la salud-enfermedad.

Hay que denotar la visión social de la historia de la enfermedad, es decir, en qué situaciones socioeconómicas y culturales surge y por qué causas se manifiesta, además de la importancia de la percepción de la enfermedad por parte de los individuos afectados de acuerdo a su marco sociocultural y económico para adoptar medidas precautorias o de contención de la patología.

Discurrir la existencia de una historia social de la enfermedad implica un análisis de la sociedad en que vivimos, desde el marco socioeconómico y cultural, es decir, cómo se integran las clases sociales y cómo se relacionan entre sí, considerando la situación actual de México frente a las constantes crisis capitalistas globales.

En el tercer nivel –perspectiva social– se estudia la realidad en sus variadas relaciones y determinaciones, vista como una totalidad concreta, histórica, en la cual se encuentran y desarrollan todos los procesos y objetos.

*En este nivel de análisis el proceso salud-enfermedad, que se presenta en individuos que trabajan y viven bajo determinadas circunstancias sociohistóricas, es parte de esa totalidad (la formación social). Por lo tanto, la explicación de dicho proceso se encuentra en la base material de la sociedad, es decir, en la forma en que ésta se organiza para producir y reproducirse (Raúl Rojas Soriano, Capitalismo y enfermedad, p. 20).*

El tercer nivel examina las principales causas de la enfermedad y del acceso real a los servicios médicos. Evidencia sus vínculos internos y los de los fenómenos relacionados con ella como estrategia para denotar las causas condicionantes de la patología a fin de dar solución al problema dentro de una formación social específica. Por tanto, los seres humanos se admiten como seres históricos que pertenecen a grupos sociales concretos que trabajan y viven de cierto modo acorde con cómo se organiza la sociedad para producir y reproducirse.

### **ANEXO III. Elementos principales del análisis marxista del proceso salud-enfermedad.**

Premisas fundamentales del materialismo histórico y dialéctico que pueden orientar el conocimiento del proceso salud-enfermedad y los fenómenos que en él se presentan son destacadas por el doctor Raúl Rojas Soriano en el texto *Capitalismo y enfermedad*.

1. *Todos los fenómenos de la realidad social se encuentran en relación y dependencia mutuas.* La realidad es un todo interrelacionado y no un conjunto de cosas y procesos aislados. Esta tesis ofrece la posibilidad de llegar a las causas posibles de los fenómenos considerando que los efectos de unos fenómenos son causas de otros. Por lo tanto, el proceso salud-enfermedad está vinculado a diversos factores sociales, físicos, químicos y biológicos.

2. *La realidad se encuentra en permanente movimiento, cambio, transformación.* Los fenómenos no son estáticos sino que en ellos se presentan continuos cambios. El proceso salud-enfermedad no es algo fijo, está en permanente cambio y recibe múltiples influencias de otras instancias de la vida social; por lo que su conceptualización depende del momento histórico que se vive.

3. *Los cambios, las transformaciones que aparecen en la realidad, son cambios objetivos cuya fuente es la contradicción interna que se presenta en los procesos.* El motor del desarrollo es la existencia de polos antagónicos que se encuentran en unidad relativa y en lucha permanente. “El proceso salud-enfermedad y su conceptualización se encuentran presentes en la palestra donde se desarrolla la lucha entre ambas clases. Por ello, las condiciones reales de existencia, los intereses y las ideologías de las clases sociales están presentes en la forma en que surge y se desarrolla dicho proceso, así como en la conceptualización que se tiene de él” (Raúl Rojas Soriano, *Capitalismo y enfermedad*, p. 23).

4. *Los elementos de la estructura social tienen diferente jerarquía o influencia en el surgimiento, desarrollo y transformación de los procesos sociales, por lo que no puede iniciarse el estudio de un fenómeno a partir de cualquier elemento.* Para el análisis del proceso salud-enfermedad es necesario conocer los factores esenciales que determinan la modalidad que asume. Hay dos grupos de factores: los del ser social, referentes a la vida material de la sociedad, y los de la conciencia, es decir, las concepciones o conocimientos acerca de la enfermedad.

5. *La realidad se presenta a distintos niveles; nuestra experiencia sensible capta solamente los aspectos externos de los objetos y procesos del mundo natural y social. Los elementos y relaciones internas, o sea, la esencia, con los cuales se establecen leyes y teorías para explicar los fenómenos de la realidad, sólo pueden conocerse si se recurre al pensamiento abstracto.* Por lo tanto, habrá que determinar cuáles son los aspectos fundamentales de la realidad del proceso salud-enfermedad empleando categorías histórico-sociales con el fin de formular hipótesis que permitan alcanzar un conocimiento más profundo de la situación.

6. *La práctica social, concreta, es la base del conocimiento y el criterio de verdad de nuestras representaciones teóricas, así como la única forma de transformar el mundo.* Así, el conocimiento científico sobre el proceso salud-enfermedad y la forma en que se encuentra relacionado con la estructura socioeconómica de la sociedad debe adquirirse a través de la práctica científica, empleando teorías, métodos y técnicas que permitan su apropiación teórica y la de sus diversos aspectos y relaciones.

Las leyes y categorías del materialismo dialéctico pueden emplearse para analizar el proceso salud-enfermedad a fin de alcanzar una mayor comprensión del mismo, prevenir la enfermedad y promover la salud dentro de una formación social históricamente determinada. Abordado ampliamente por el doctor Raúl Rojas Soriano en su libro *Capitalismo y enfermedad*:

*Ley de la unidad y lucha de contrarios.* En todos los objetos de la realidad natural, social y del pensamiento existen aspectos que se diferencian entre sí por sus características sustanciales y por eso se excluyen mutuamente. Estos se llaman *contrarios*, los cuales, al ser elementos de un mismo fenómeno, están indisolublemente ligados entre sí, se hallan en *unidad*.

La salud y la enfermedad se encuentran en relación dialéctica: en unidad relativa y en oposición permanente. Ambas se presentan como dos polos de un mismo proceso existe entre ellas una relación compleja y cambiante determinada por las condiciones sociohistóricas. Esta característica permite que haya un movimiento constante de uno a otro polo, con manifestaciones diversas, igual que su duración. “En el cuerpo coexisten, pues, en permanente contradicción y en unidad relativa, la salud y la enfermedad, y esta contradicción es la fuente del desarrollo, del movimiento, de la superación...” (*ibíd.* p. 30).

*Ley del paso de cambios cuantitativos a cambios cualitativos* muestra que el desarrollo de los procesos y objetos en las primeras etapas tienen cambios cuantitativos que no alteran su calidad. Sin embargo, en determinado momento, la acumulación o sustracción de elementos, de materia o movimiento, conduce a una transformación radical. Así, es imposible hacer un cambio de la calidad de un objeto sin realizar previamente uno en cuanto a la cantidad de materia.

El paso de la salud a la enfermedad es producto de una serie de cambios cuantitativos que se presentan tanto en el organismo como en el medio ambiente físico y social, que lo afectan negativamente. Esta marcha es gradual, la acumulación de estos cambios lo conducen a la enfermedad y esta, a su vez, desaparece cuando las condiciones sean favorables para el organismo.

*Ley de la negación de la negación.* Cualquier proceso está expuesto a su destrucción. En la salud-enfermedad se encuentran los polos de nacer y perecer; este último es la expresión máxima de la enfermedad. Para que se presente la enfermedad es necesario que exista la salud y en ambos polos antagónicos se presentan las condiciones físicas y sociales para que la otra aparezca.

***La salud-enfermedad es, pues, un proceso sociohistórico, y las características que adopta en un organismo se encuentran determinadas por las condiciones materiales de existencia en que está inmerso y de las cuales no puede escapar de la noche a la mañana pero sí influir sobre ellas –a través de la práctica concreta– para alterarlas, a fin de lograr mejores condiciones de vida y de trabajo para el mantenimiento de la salud y alejar el espectro de la enfermedad hasta donde los condicionamientos sociales y físicos lo permitan. El hombre no***

*puede dejar de luchar contra la enfermedad, pero esta lucha será más consciente si conoce sus causas y los mecanismos por los que surge y se desarrolla* (Raúl Rojas Soriano, *Capitalismo y enfermedad*, pp. 32-33).

Las categorías del materialismo dialéctico que de igual forma guían nuestro análisis son las siguientes:

*Causa y efecto.* El paso de la salud a la enfermedad está dado por diversas causas. Este no es lineal ni mecánico; en el momento en el que se presentan las causas necesarias y suficientes la salud sede terreno y la enfermedad empieza a manifestarse en el organismo. Las causas son diversas circunstancias acumuladas. “La enfermedad no surge, por lo tanto, como algo dado, acabado, sino que ‘se va construyendo’ en la medida en que persistan determinadas causas y condiciones o éstas se incrementen o disminuyan, se mejoren o deterioren” (*ibíd.* p. 34).

La detección de la enfermedad dependerá de factores objetivos y subjetivos, puesto que los organismos no reaccionan exactamente igual ante una misma enfermedad, debido a que no existen dos seres que tengan las mismas características biopsicosociales.

El fenómeno salud-enfermedad está inmerso en una realidad mucho más amplia que la natural: la social, y su conceptualización está determinada por ella ya que está mediada por la ideología que responde a los intereses de las clases sociales ubicadas en esa realidad concreta.

*Esencia y fenómeno.* La esencia comprende los elementos y relaciones principales y determinantes de los fenómenos. En el caso del proceso salud-enfermedad está dada por los elementos fundamentales del tránsito de la salud a la enfermedad, es decir, las condiciones materiales de trabajo y de vida desfavorables para el organismo y que propician el desarrollo de diversas enfermedades al relacionarse los individuos con la naturaleza y mantener determinadas relaciones sociales de producción. Estos no son observables a simple vista, empiezan a notarse cuando se indagan las causas determinantes y condicionantes de los diversos cuadros patológicos. Cuando se logran establecer leyes que explican el surgimiento y desarrollo de las enfermedades tomando como base lo social en su vinculación con lo biológico y el medio físico, se empieza a descubrir la esencia, es decir, las causas por las cuales se da el paso de la salud a la enfermedad.

El fenómeno representa el aspecto externo y más variable de los procesos. En la salud-enfermedad éste se encuentra dado por diversas manifestaciones del tránsito de la salud a la enfermedad (alteraciones en los signos vitales, síntomas

molestias) que son observables o medibles y que proporcionan una impresión inmediata y externa del mismo.

*Necesidad y causalidad.* La *necesidad* es lo que no puede dejar de ocurrir en condiciones determinadas. El paso de la salud a la enfermedad se vuelve una necesidad natural condicionada sociohistóricamente. Es decir, cuando existen agentes patógenos, un huésped susceptible, un medio físico preciso y las condiciones sociales, surge cierta enfermedad. Pero estos elementos no emanan de igual modo en todos los grupos sociales, debido a las diferencias en sus condiciones materiales de existencia. La *causalidad* influye en la marcha de un proceso y puede acelerarlo o retrasarlo.

*Posibilidad abstracta, posibilidad real y realidad.* La *posibilidad abstracta* se refiere a que en cierto momento, en una realidad concreta no pueden presentarse determinados procesos porque no se encuentran las condiciones necesarias para que sucedan; en el proceso de salud-enfermedad puede decirse que esta se da cuando una persona no se enferma porque no está en el medio físico donde esa enfermedad se desarrolla. La posibilidad abstracta se vuelve *real* en el momento en que se dan las circunstancias necesarias para que la persona se enferme. La posibilidad real se convierte en *realidad* cuando, una vez reunidos todos los elementos determinantes se presenta la enfermedad.

*Contenido y forma.* El contenido es la unidad de todos los elementos integrantes del objeto y permite tener un cuadro completo a partir del cual podemos iniciar el estudio de los aspectos y relaciones básicos con el propósito de formular leyes que expliquen el proceso salud-enfermedad. La *forma* es el modo de organización de los elementos del contenido, cómo se encuentran vinculados, el modo de manifestación del contenido. En este caso, la forma es la incapacidad del organismo para desarrollar sus funciones fisiológicas y bioquímicas.

Tanto el contenido puede manifestarse en diversas formas como la misma forma corresponder a contenidos distintos. Es decir, cuando se presentan dos enfermedades diferentes pero con los mismos síntomas y cuando se presenta una misma enfermedad con reacciones diferentes de acuerdo al organismo.

*Lo singular, lo particular y lo universal.* El proceso salud-enfermedad se manifiesta en un organismo concreto que posee determinadas características biológicas, psíquicas y sociales. Por lo tanto, único y contiene los elementos más generales que lo caracterizan como *universal*; pero, a su vez, contiene los elementos singulares, irrepetibles, ya que aun cuando la salud y la enfermedad se presentan en toda la sociedad, en los distintos grupos sociales, su expresión concreta,

directa, es el organismo singular. Lo *particular* es un eslabón entre lo singular y lo universal.

Así, la enfermedad específica tiene características que se manifiestan en todos los individuos que la padecen aunque cada individuo la resiente de distinta manera. A su vez esta enfermedad tiene elementos comunes a todas las enfermedades y surge por la exposición del individuo a determinadas circunstancias sociales y del medio físico.

#### **ANEXO IV. Sociología médica o investigación sociológica del proceso salud-enfermedad y de la práctica médica. Extracto de entrevista con el doctor Raúl Rojas Soriano.**

El concepto de “sociología médica” se utiliza en la década de los 70 y 80 del siglo pasado (siglo XX) por los sociólogos interesados en el tema porque, de una u otra forma, los investigadores sociales se encuentran inmersos en el modelo biomédico dominante e influenciados por él cuando buscan realizar un análisis del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva distinta al modelo unicausal, en donde se pretenden incluir factores socioculturales y económicos para mostrar cómo lo social repercute tanto en el proceso salud-enfermedad como en la práctica médica y en las posibilidades reales de curarse. De este intento surge el modelo de la historia natural de la enfermedad que incluye algunos factores socioculturales.

Años después el doctor Raúl Rojas Soriano se percató de que el concepto más adecuado para referirse a dicho análisis es “sociología del proceso salud-enfermedad y de la práctica médica” en donde ya lo médico no se destaca tanto como en el concepto anterior de “sociología médica” pasando a segundo lugar para poner más énfasis en los aspectos que tienen que ver con las condiciones de vida y de trabajo de los distintos grupos sociales, cómo esas condiciones van a repercutir en la forma como se enferman los individuos, de qué se enferman, con qué frecuencia y gravedad, su esperanza de vida, las posibilidades de promover su salud, de mejorarla, y de qué mueren. Además, en ese concepto se va más allá con la inclusión del tratamiento de la enfermedad pero ya no sólo con base en los recursos de la medicina alopática sino que lo extendemos a las llamadas “medicinas alternativas”, “medicinas paralelas” y/o “complementarias”. Y más porque en todas partes del mundo, y de América Latina en particular, hemos observado cómo se recurre a esas prácticas para resolver los problemas de salud y promover ésta. Por lo tanto, en síntesis, el concepto que consideramos más adecuado hoy en día es “sociología del proceso salud-enfermedad y de la práctica

médica”, con él, hacemos notar que la salud-enfermedad es un proceso y no son aspectos o situaciones acabadas y que hay una relación dialéctica entre ellas, tratamos de rebasar los factores externos e inmediatos de carácter social que están presentes en el proceso y que condicionan la práctica médica, evidenciamos cómo las relaciones sociales dominantes, las relaciones de poder, están tamizando todas las relaciones sociales que se están dando en los distintos grupos sociales.

La historia natural de la enfermedad representa un avance en cuanto al análisis unicausal de la enfermedad debido a que incluye algunos aspectos socioculturales. Tal es el caso de la tuberculosis ya no se queda sólo con el bacilo de Koch como factor determinante si no hay una serie de elementos socioculturales y económicos, como es la desnutrición, hacinamiento, acceso no oportuno a los servicios médicos, un ambiente contaminado, que pueden contribuir para que se desencadene o se active dicho bacilo y produzca la tuberculosis. Pero la historia natural de la enfermedad se queda solamente en hacer referencia a los factores externos de carácter sociocultural y económico, no se pregunta por qué hay hacinamiento, por qué hay desnutrición, por qué la gente vive en ambientes contaminados, por qué las personas no tienen empleo, por qué carece de recursos, de ingresos, por qué vive en situaciones ambientales deterioradas o contaminadas. En cambio, desde la perspectiva de la sociología marxista podemos mostrar cómo las condiciones de vida y de trabajo dados por la situación que tiene el individuo dentro del grupo social frente a los medios de producción y en su relación con la naturaleza van a condicionar en gran medida el proceso salud-enfermedad.

#### **ANEXO V. Una industria médica iatrogénica<sup>170</sup>. Jean Robert.**

La empresa médica es, para Illich, el paradigma de la contra-productividad de los servicios en el contexto industrial. Más precisamente, la medicalización perniciosa de la salud no es más que un aspecto de un fenómeno general: cuando todo el espacio esta atiborrado por mercancías o servicios, el hombre se vuelve incapaz de producir valores de uso. El atiborramiento pedagógico paraliza entonces el aprendizaje autónomo, el congestionamiento vial vuela la marcha inefectiva y peligrosa, y el encarecimiento de los servicios médicos desvaloriza toda higiene personal gratuita.

---

<sup>170</sup> *Némésis Médical*, Obras reunidas, vol. I, México, Fondo de Cultura Económica, 2006, p. 531-763.

En ésta obra, Iván Illich aplica sistemáticamente a la medicina el análisis de los tres niveles –técnico, social y estructural– de la contra-productividad<sup>171</sup>, lo que, como lo veremos, fue su fuerza y es ahora su debilidad.

Para hacerlo, escoge una terminología en parte retomada del vocabulario técnico de la medicina. Por ejemplo, poco antes de la publicación de *Némesis médica*, la revista profesional de los médicos ingleses, *The Lancet*, había lanzado un neologismo para definir una nueva epidemia: la *iatrogénesis*, transmisión contagiosa de enfermedades por la profesión médica (del griego *iatrós*, médico). La *iatrogénesis* es la contra-productividad de la medicina.

La contra-productividad técnica se vuelve aquí *iatrogénesis clínica*. Es explícitamente el tema de toda la primera parte de *Némesis médica* (p. 541-561). La locución define, como la contraproduktividad técnica, el congestionamiento de los hospitales y los accidentes que éste provoca, así como las consecuencias de las “malas prácticas” inherentes a todo sistema técnicamente contraproduktivo.

La *iatrogénesis social* es el tema de la segunda parte (p. 541-635). Define la desvalorización y la destrucción de las capacidades higiénicas autónomas por el sistema médico, como por ejemplo la desaparición casi total de la *medicina doméstica* practicada hasta los años 1950-60 en los países ricos con bastante competencia por las madres, las abuelas y las tías, y aún practicada, abierta o clandestinamente, en los países pobres. Como la contra-productividad social de las escuelas y de los sistemas de transporte, la *iatrogénesis social* es la incapacidad creciente del hombre industrializado de producir valores de uso.

La *iatrogénesis cultural* es la contra-productividad estructural de la medicina. Es el objeto de la tercera parte del libro (principalmente p. 636-704).

---

<sup>171</sup> La contra-productividad técnica es el conflicto entre el output industrial recién producido y el que fue producido anteriormente, como cuando un coche que entra a una vía congestionada hace perder al conjunto de los otros un múltiplo del tiempo que el pasa en ésta vía. Es una relación de productos contra productos.

La contra-productividad social es un conflicto entre lo que puedo hacer por mí mismo y lo que otros pretenden hacer para mí, entre la autonomía y la heteronomía. Es por ejemplo el hecho de que los servicios de transporte estorban la marcha, la vuelven peligrosa e ineficiente.

La contra-productividad estructural es la parálisis de la imaginación que vuelve ciego al hecho de que los males sociales existentes- como la pendularidad obligatoria y el congestionamiento de la circulación –no siempre han existido y que no existirán siempre. Es la cerrazón a la posibilidad de invertir las instituciones. Ver sesión sobre *energía y equidad*.

## **I. La iatrogenesis clínica: una sociedad enferma de la medicina**

Entre el fin del siglo XIX y el fin de la Segunda Guerra Mundial, la medicina franqueó sucesivamente dos umbrales críticos. A partir del primero, el acto médico tuvo generalmente más efectos benéficos que efectos negativos. La peste y la poliomielitis prácticamente desaparecieron. Una sola dosis de medicamento bastó para conjurar la neumonía. El DDT suprimió los vectores de la malaria. Entre 1900 y 1920, cada año que pasaba aumentaba de algunas semanas las probabilidades de supervivencia del recién nacido. Pero, a partir del punto en que cada uno pudo afirmar que conocía una persona que había sobrevivido una enfermedad gracias a una intervención médica, la gente empezó a creer que la oferta de cuidados médicos equivalía a una mejoría de la pretendida “calidad de la vida”.

Poco después del fin de la Segunda Guerra Mundial, se manifestó un segundo umbral. En ciertas poblaciones altamente industrializadas, los jóvenes empezaron a temer no durar tanto como sus padres. Los actos médicos comenzaron a tener más probabilidad de volverse contra-productivos o iatrogénicos. Sistemas médicos cada vez más costosos se mostraron incapaces de aumentar la esperanza de vida, salvo en el período postnatal.

Hoy en día, la medicina es incapaz de reducir la morbilidad global. Se ha vuelto la fuente de una nueva enfermedad: la enfermedad iatrogénica –engendrada por el médico– actualmente la epidemia la más peligrosa y la menos reconocida. Las medidas para neutralizarla tienen un efecto paradójico: la vuelven incurable al tiempo que las medidas para ocultarla la hacen insidiosa en la medida en que la profesión que la genera la disimula como una infección vergonzosa. Hay proporcionalmente más accidentes en los hospitales que en todas las otras ramas industriales, salvo el sector minero y la construcción de altos edificios. Entre más la técnica invade la rutina de los hospitales, más grotescos y evitables se vuelven los accidentes en ellos. Más allá de cierto nivel de esfuerzo, la suma de todos los actos médicos baja necesariamente el nivel de salud de toda la sociedad, reduciendo lo que constituye la salud de cada individuo: su autonomía personal.

## **II. La iatrogenesis social: la represión de la higiene autónoma**

La medicina actual vuelve la sociedad menos sana: se necesita tener una visión de la realidad profundamente deformada por una escolaridad médica prolongada

para sostener lo contrario. Los costos de los servicios de salud<sup>172</sup> ocupan un lugar cada vez más importante en los presupuestos nacionales. Tal “medicalización del presupuesto” es el indicador de una forma de iatrogenesis social, pues refleja la identificación del bienestar con un nivel de “salud nacional bruta” medido por el grado de distribución de los productos de la institución médica-farmacéutica. Paradójicamente, más allá de determinado umbral, la morbilidad de las poblaciones crece en proporción a la cantidad de servicios médicos disponibles.

Éste efecto paradójico de la medicalización del presupuesto es comparable a los efectos de la sobre-producción y del sobre-consumo de los productos de otras instituciones. Por ejemplo, es el nivel global de transporte el que estorba la circulación. El volumen total de la instrucción impide que se aliente la curiosidad de los alumnos, que se fortalezca su valor intelectual y que se afine su sensibilidad. Es el carácter invasor de las informaciones que engendra la superficialidad y la confusión. Es el volumen creciente de la medicalización que reduce el nivel de salud. Si bien la medicalización del presupuesto rompe el equilibrio entre la oferta de servicios médicos y las capacidades curativas de la gente, una verdadera *invasión farmacéutica*<sup>173</sup> acaba con convencerlos que no hay salud fuera de rituales médicos debidamente acompañados por prescripciones.

Para los médicos, la vejez y la muerte parecen constituir el último horizonte por conquistar. Los esfuerzos dedicados a la conquista de éste *finis térrae* son económicamente muy provechosos, porque son el prototipo de proyectos en los que la medicina es a la vez ineficaz y generadora de mitos de poder ilimitado.

De la misma manera en que la escuela tiende a paralizar el aprendizaje autónomo y el transporte estorba la caminata, la medicina se ha vuelto un obstáculo mayor a las capacidades autónomas de curación. Los productos de cada una de estas instituciones compiten con un valor de uso del que la gente gozaba desde siempre de manera autónoma.

### **III. La máscara sanitaria de una sociedad mórbida: la iatrogenesis cultural**

Sanar es tradicionalmente un verbo intransitivo que designaba por excelencia la actividad del enfermo: yo no podía ser “sanado” como no puedo ser “caminado” o

---

<sup>172</sup> Respeto la grafía del autor. Sin embargo, no hay que olvidar que lo que ellos llaman servicios de salud nosotros lo entendemos como servicios médicos o de atención a la enfermedad, por las razones expuestas en el apartado correspondiente: “Disertación entre servicios médicos y servicios de salud”.

<sup>173</sup> La expresión fue acuñada por Jean-Pierre Dupuy y Serge Karsenty en su libro *L’Invasion pharmaceutique*, París: Seuil, 1974, traducción española: *La invasión farmacéutica*, Barcelona: Euros, 1976.

“perecido”. La iatrogénesis cultural es fundamentalmente la destrucción de la cultura. Como lo apuntaba Foucault en *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*<sup>174</sup>, el origen de la institución médica es onírico, como lo es hoy el mito de una volatilización de la enfermedad en un medio corregido. El instrumento predilecto al servicio de la corrección del medio es la norma. El nacimiento de las entidades patológicas (las enfermedades clasificadas) son inseparables de desviaciones a normas establecidas. El enfermo aprende que existen entidades enemigas que infringen la norma y que el médico debe combatir. Un nuevo lenguaje, elaborado en las altas esferas sociales, impregna entonces la sociedad hasta sus fundamentos profundos y tiene sus propios efectos iatrogénicos. El embargo de los médicos sobre el lenguaje de los que sufren se ha vuelto el baluarte de los privilegios de su profesión. El constante recurso al lenguaje especializado que este embargo promueve cierra a su vez el camino hacia una desprofesionalización de la medicina.

El libro concluye con una advertencia:

*El verdadero milagro de la medicina moderna es diabólico. Consiste no sólo en hacer que individuos, sino poblaciones enteras sobrevivan en niveles inhumanamente bajos de salud personal. Némesis médica es la retroalimentación de una organización social que se impuso mejorar e igualar la oportunidad de cada hombre de enfrentar su ambiente con autonomía y terminó destruyéndola (op. cit. pp. 759-760).*

La versión francesa reanuda más explícitamente con el sueño traicionado de la medicina, su “origen onírico”, en palabras de Foucault:

*Un solo curso de acción puede despertar el hombre a la consciencia del origen onírico de instituciones productoras de cobardía, de vanidad, de violencia, de envidia y al mismo tiempo incitarlo a dominar las fuentes del espejismo moderno: es la lucha política por el derecho a la intensidad el acto productivo personal. La contra-productividad global de la medicina es un fenómeno evidente. La lucha política [...] por la libertad del ejercicio de los cuidados y por la libre disposición del propio cuerpo podrá jugar el papel de una chispa, desencadenando un proceso de liberación en otros dominios en los que la expansión del sistema heterónimo también alcanzó niveles mórbidos (op. cit. p. 769).*

---

<sup>174</sup>México: Siglo XXI, 1983, traducido de *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, Paris: PUF, 1972.

## ANEXO IV. Cuestionarios<sup>175</sup>

### PACIENTES

1. Nivel de estudios \_\_\_\_\_
2. Ingresos mensuales \_\_\_\_\_
3. ¿Qué enfermedad padece? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha sido atendido con medicina alopática?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
5. ¿Es derechohabiente en alguna institución médica pública?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
6. ¿Cuál es el rango de gasto promedio mensual destinado al pago por consulta médica alópata y a la adquisición de medicamentos?  
  
De \$0 a \$500 \_\_\_\_\_ De \$501 a \$1,000 \_\_\_\_\_ Más de \$1,000 \_\_\_\_\_
7. ¿Está satisfecho con el trato que le brindan en la medicina alópata?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
  
¿Por qué?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. ¿Cómo conoció la terapia del par biomagnético?  
a) Por recomendación de otro paciente.  
b) Por la investigación de sus beneficios.  
c) Por los medios masivos de comunicación.  
d) Otra razón. ¿Cuál? \_\_\_\_\_
9. ¿Cuánto tiempo tiene acudiendo a la terapia biomagnética? \_\_\_\_\_
10. ¿Cuál es el rango de gasto promedio mensual en ésta terapia?  
  
Menos de \$200 \_\_\_\_\_ Entre \$201 y \$350 \_\_\_\_\_ Entre \$351 y \$500 \_\_\_\_\_

<sup>175</sup> Aplicados a 12 pacientes y a 6 terapeutas para conocer las tendencias socioeconómicas y culturales del uso y la práctica del par biomagnético.

11. ¿Recomendaría el uso del par biomagnético?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué?

---

## TERAPEUTAS

1. Nivel de estudios \_\_\_\_\_

2. Ingresos mensuales \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo conoció la terapia del par biomagnético?

e) Por recomendación de otro paciente.

a) Por la investigación de sus beneficios.

b) Por los medios masivos de comunicación.

c) Otra razón. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuánto tiempo tiene practicando la terapia biomagnética?

Menos de 5 años \_\_\_\_\_ 5 años o más \_\_\_\_\_

5. ¿Recomendaría el uso del par biomagnético?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué?

---

6. ¿Conoce otra alternativa médica?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

7. En caso de conocer otra alternativa médica, ¿la practica conjuntamente con el biomagnetismo médico?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué?

---

## BIBLIOGRAFÍA

Althusser, Louis, *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*, Quinto Sol, México, 1990.

Broeringmeyer, Richard y Mary Drs, *Energy therapy*. Bio heart interprises-inc. U.S.A. 1987.

Casillas Díaz, José Cruz, *Manual del curso internacional de biomagnetismo médico y bioenergética aplicada. I y II nivel*, UACH.

Cueva, Agustín, *El desarrollo del capitalismo en América Latina*, Treceava edición, Siglo XXI, México, 1990.

Cueva, Agustín, *La teoría marxista. Categorías de base y problemas actuales*, Planeta, México, 1987.

Enríquez Rubio, Ernesto, *et.al.*, *Hacia una política farmacéutica integral para México*, Secretaría de Salud, México, 2005.

Fuente Muñiz, Ramón de la, *Psicología médica: nueva versión*, FCE, México, 1992.

Gandy Ross, Daniel, *Introducción a la sociología histórica marxista*, Era, México, 1978.

Goiz Durán, Isaac, *El biomagnetismo como alternativa de los programas de salud*, Medicinas alternativas y rehabilitación S.A. de C.V. México, 1991.

Goiz Durán, Isaac *El fenómeno tumoral*, Universidad Autónoma Chapingo, México, 2008.

Goiz Durán, Isaac, *El par biomagnético*. Medicinas alternativas y rehabilitación S.A. de C.V. México, 2000.

Goiz Durán, Isaac, *El sida es curable*. Organización Izcalli S.A. de C.V. México, 1993.

Harnecker, Martha, *Los conceptos elementales del materialismo histórico*, Siglo XXI, México, 1972.

Illich, Iván, *Némesis médica: La expropiación de la salud*, J. Mortiz, México, 1978.

Issac, Carmen, *La salud-enfermedad en la crisis de nuestro tiempo*, Siglo XXI, México, 1973.

- Jores, Arthur, *La medicina en la crisis de nuestro tiempo*, Siglo XXI, México, 1967.
- Lanctot, Guislaine, *La mafia médica*, Versica Pisis, España, 1994.
- Laurell, Asa Cristina, *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, Fundación Friedrich Ebert, 1992.
- Lenin, Vladimir, "Una gran iniciativa", *Obras escogidas*, Tomo II, Progreso, Moscú, 1975.
- López Acuña, Daniel, *La salud desigual en México*, Séptima Edición, Siglo XXI, México, 1987.
- López Austin, Alfredo, *Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas*, Tercera edición, Vol. I, UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas, México, 1989.
- Margolis, Elías. *Sanar con amor y fe*, Pax México, México, 2002.
- Marx, Carlos, *El capital*, Vol. I, FCE, México, 1973.
- Marx, Carlos, *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política*, Siglo XXI, México, 1971.
- Marx, Carlos y Federico Engels, *La ideología alemana*, Grijalbo, Barcelona, 1974, Quinta edición.
- Navarro, Vicente, *La medicina bajo el capitalismo*, Crítica, Barcelona, España, 1979.
- Ojeda Ríos, Miguel, *Manual de par biomagnético*, UACH, Departamento de fitotecnía, Diplomado de par biomagnético.
- Rojas Soriano, Raúl, *Capitalismo y enfermedad*, Primera reimpresión, Plaza y Valdés, México, 1999.
- Rojas Soriano, Raúl, *Crisis, salud-enfermedad y práctica médica*, Primera reimpresión, Plaza y Valdés, México, 2000.
- Rojas Soriano, Raúl, *El arte de hablar y escribir. Experiencias y recomendaciones*, Octava edición, Plaza y Valdés, México, 2004.
- Rojas Soriano, Raúl, *Guía para realizar investigaciones sociales*, Trigésima tercera edición, Plaza y Valdés, México, 2006.

Rojas Soriano, Raúl, *Sociología médica*, Tercera edición, Plaza y Valdés, México, 1999.

Timio, Mario, *Clases sociales y enfermedad*, Nueva Imagen, México, 1979.

Valenzuela Feijóo, José, *Crítica del modelo neoliberal: El FMI y el cambio estructural*, Facultad de Economía, UNAM, 1991.

Zhang Jun y Zheng Jing, *Fundamentos de acupuntura y moxibustión de China*, Instituto Latinoamericano de Medicina Oriental, Primera reimpresión, México, 2013.

## HEMEROGRAFÍA

Asa, Laurell Cristina, "Crisis y salud en América Latina", *Cuadernos políticos*, Número 33, México, D.F., Era, julio-septiembre, 1982, pp. 32-45.

Asa, Laurell Cristina, "Algunos problemas teóricos conceptuales de la epistemología social", *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, México, 1977, pp. 79-87.

Córdova, Arnoldo, "Política e ideología dominante", *Cuadernos políticos*, número 10, México, D.F., Era, octubre-diciembre, 1976, pp. 33-43.

Nigenda, Gustavo, "Modelos complementarios de atención: un componente excluido en la reforma de los Sistemas de Salud", *Revista Médica de Chile*, Número 11, Vol. CXXV, 1997, pp. 1399-1404.

Valenzuela Feijóo, José, "Cinco dimensiones del modelo neoliberal", *Política y cultura*, Número 8, primavera, 1997, pp. 9-38.

Zúñiga, Juan Antonio, "Inversión extranjera en los valores del gobierno, principal motor de ahorro", Periódico *La Jornada*, Lunes 7 de enero de 2013, p. 21.

## FUENTES ELECTRÓNICAS

- Asamblea General de las Naciones Unidas, *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*, 1948. Última consulta: 6 de octubre de 2014. Versión en línea:

<http://www.un.org/es/documents/udhr/>

- Bernard, Claude y Richard P. Feynman, *El biomagnetismo como alternativa de los programas de salud*. Versión en línea:

<http://es.scribd.com/doc/244624010/2-Biomagnetismo-Tomo-II-Goiz-1-Alberto-eMag-399-pdf>

- Caso Prado, Patricio, *Esquema regulatorio de medicamentos en México: oportunidades y retos*. Última consulta: 2 de noviembre de 2014. Versión en línea:

<http://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/48658938.pdf>

- Centro de Análisis Multidisciplinario (CAM) de la Facultad de Economía (FE) de la UNAM, *Poder adquisitivo del salario y la precarización del nivel de vida de los trabajadores en México 2012*. Última consulta: 3 de septiembre de 2014. Versión en línea:

[http://enes.unam.mx/?lang=es\\_MX&cat=economia-y-negocios&pl=en-25-anos-el-poder-adquisitivo-del-salario-minimo-perdio-763-por-ciento](http://enes.unam.mx/?lang=es_MX&cat=economia-y-negocios&pl=en-25-anos-el-poder-adquisitivo-del-salario-minimo-perdio-763-por-ciento)

- Conamed, *Noticias relevantes en sala de prensa conamed*. Última consulta: 5 julio de 2014. Versión en línea:

<http://www.conamed.gob.mx/prensa/index.php?seccion=79><http://www.coneval.gob.mx/evaluacion/Paginas/Evaluacion.aspx>

- Deloitte, *Perspectivas globales sobre ciencias de la vida 2013. Optimismo acorde a la realidad en un nuevo contexto*. Última consulta 2 de septiembre de 2014. Versión en línea:

<http://www.cnnexpansion.com/economia/2013/05/23/mercado-farmaceutico-crecera-44>

- Gatto, Juan José. "Entrevista al doctor Isaac Goiz Durán en Ecuador", Programa *Pulso Urbano*, 25 de enero de 2008. Última consulta: 1 de noviembre de 2014. Versión en línea:

<http://www.youtube.com/watch?v=9niNM2dMHDg>

- Hilu, Raymond, *Par biomagnético, últimas investigaciones*. Versión en línea:

<http://www.dsalud.com/index.php?pagina=articulo&c=143>

- IMMS, *Información estadística en salud. Población total derechohabiente según condición de aseguramiento*. Última consulta: 7 mayo de 2014. Versión en línea:

<http://www.imss.gob.mx/imss>

- IMSS, *Misión y visión del IMSS-Oportunidades*. Última consulta: 13 de octubre de 2014. Versión en línea:

<http://www.imss.gob.mx/imss-oportunidades>

- INEGI. *Censo 2010*. Última consulta: 21 de octubre de 2014. Versión en línea:

<http://www.censo2010.org.mx/>

- INEGI, *Encuesta Nacional de empleo y seguridad social 2013*. Última consulta: 30 de octubre de 2014. Versión en línea:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/Comunicados/Especiales/2014/Abril/comunica8.pdf>

- INEGI, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010*. Última consulta: 30 de octubre de 2014. Versión en línea:

[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/enigh10\\_ncv\\_descripcion\\_bd.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/enigh10_ncv_descripcion_bd.pdf)

- INEGI, *Estadística a propósito de... día mundial de la salud. Datos económicos nacionales*. Última consulta: 2 de noviembre de 2014. Versión en línea:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/salud0.pdf>

- INEGI. *Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta Satélite del Sector Salud de México. 2008-2011*. Base 2008. Última consulta: 2 de septiembre de 2014. Versión en línea:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=>

- ISSSTE, *Población amparada por grupos de edad, sexo, tipo de derechohabiente, en Distrito Federal y área foránea*. Última consulta: 3 de julio de 2014. Versión en línea:

<http://www.issste.gob.mx/>

- Leyva Noa, Jonathan Jesús, *Hacia una mejor comprensión de los estudios socioculturales*, Revista Caribeña de Ciencias Sociales. Última consulta 20 de noviembre de 2014. Versión en línea:

<http://xn--caribea-9za.eumed.net/hacia-una-mejor-comprension-de-los-estudios-socioculturales/>

- Marini, Ruy Mauro, *Dialéctica de la dependencia*, Ediciones era. Última consulta: 21 de septiembre de 2014. Versión en línea:

[http://www.marini-escritos.unam.mx/004\\_dialectica\\_es.htm](http://www.marini-escritos.unam.mx/004_dialectica_es.htm)

- OMS y UNICEF, *La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, 1978*. Última consulta: 6 de octubre de 2014. Versión en línea:

[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_deALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf)

- Organización Internacional del trabajo, *Informe sobre trabajo en el mundo 2013*. Última consulta: 2 de noviembre de 2014. Versión en línea:

<http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-of-work/2013/lang--es/index.htm>

- Peña Nieto, Enrique, *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Última consulta: 30 de octubre de 2014. Versión en línea:

<http://pnd.gob.mx/>

- Rife Royal, Raymond, *Cáncer la cura que funcionó*. Versión en línea:

[http://www.formarse.com.ar/articulos/Royal\\_Raymond\\_Rife\\_cancer\\_la\\_cura\\_que\\_funciono.htm](http://www.formarse.com.ar/articulos/Royal_Raymond_Rife_cancer_la_cura_que_funciono.htm)

- Secretaría de Salud, *Salud 2010*. Última consulta: 1 de octubre de 2014.  
Versión en línea:

[www.salud.gob.mx/boletindeinformacionestadistica2010](http://www.salud.gob.mx/boletindeinformacionestadistica2010)

<http://nccam.nih.gov/node/3768?lang=es>

<http://nccam.nih.gov/> National Center for Complementary and Alternative Medicine.  
What is CAM?

<http://www.homeopatia.com.mx>

<http://www.enmh.ipn.mx>

<http://www.unomasuno.com.mx/>

<http://www.proceso.com.mx/>

[http://search.who.int/search?q=acupuntura&ie=utf8&site=default\\_collection&client=\\_es\\_r&proxystylesheet=\\_es\\_r&output=xml\\_no\\_dtd&oe=utf8](http://search.who.int/search?q=acupuntura&ie=utf8&site=default_collection&client=_es_r&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8)

<http://www.biomagnetismushealth.com>

<http://biomagnetips.com/magnet-therapy-history>

<http://www.who.int/es/> Organización Mundial de la Salud

<http://centrobioenergetica.squarespace.com/principal/>

<http://www.biomagnetismo.biz/>

<http://bm-terapia.blogspot.mx/2011/06/entrevistas-al-dr-isaac-goiz-duran.html>

<http://www.jornada.unam.mx/>

<http://www.pgr.gob.mx/>

<http://www.un.org>

<http://www.saludpublica.com>

<http://www.raulrojassoriano.com>

<http://www.googlebooks.com>