

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- En Busca de la Explicación de la Homeopatía.
Beatriz Elisa Gallo Olvera.
Lorena García Morales.
Págs. 5-8
- Análisis de *La Reforma Médica*, una Revista Mexicana sobre Homeopatía.
Germán Guajardo Bernal.
Págs. 9-15
- Tratamiento Homeopático para el Vitiligo: un Estudio Piloto Abierto Observacional.
Subhasish Ganguly.
Subhranil Saha.
Munmun Koley.
Ramkumar Mondal.
Págs. 16-23
- Marco Normativo para la Educación Médica Continua. La Importancia para el Médico Homeópata.
Jorge A. Fernández Pérez.
Págs. 24-36

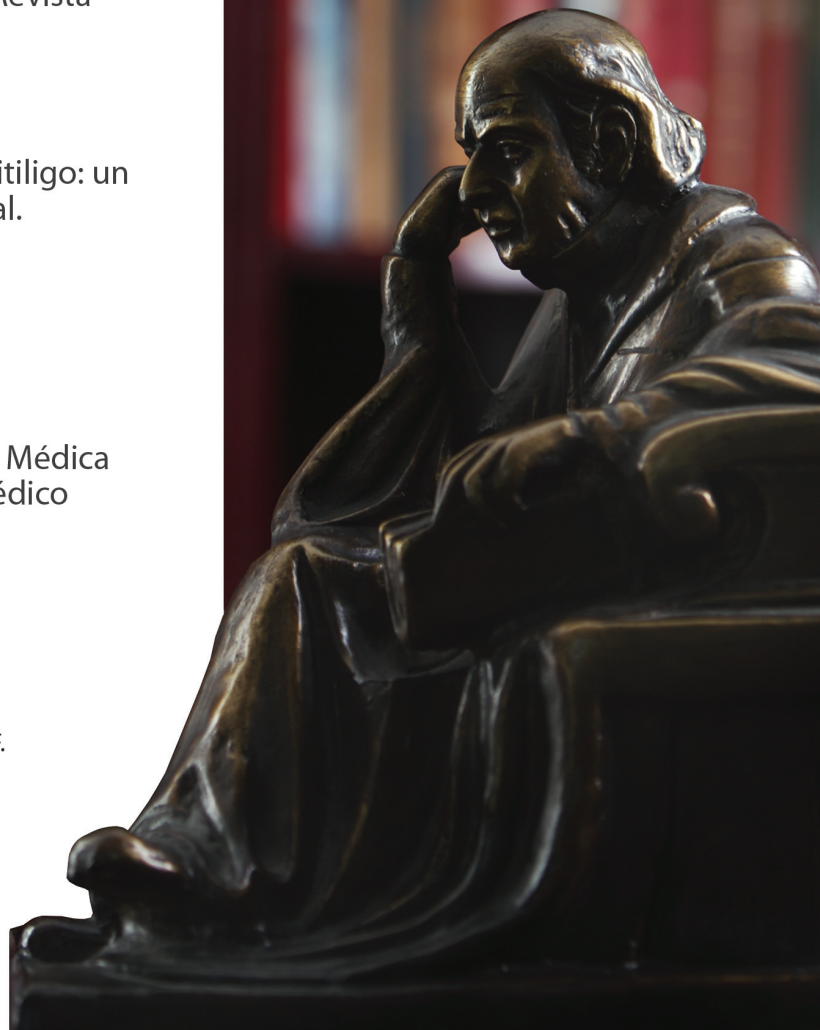
Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. México, D.F.
www.similia.com.mx



www.latindex.unam.mx

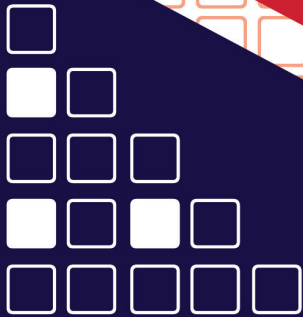


www.periodica.unam.mx





AMERBAC



La Homeopatía de México, nuevo miembro de la AMERBAC

A partir de este año, los editores y el consejo editorial de **La Homeopatía de México** forman parte de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC), agrupación fundada en 1997 que nació con el objetivo general de "impulsar la edición de revistas biomédicas dentro de los criterios de calidad que prevalecen internacionalmente".

La Homeopatía de México se convierte en la primera revista mexicana en su tipo en formar parte de este gremio, lo que nos permitirá, entre otras cosas, intercambiar experiencias con más de 50 editores de revistas biomédicas de todo el país, así como recibir asesoría editorial para el registro de nuestra publicación en índices nacionales e internacionales.

Al comité ejecutivo de la AMERBAC, nuestro agradecimiento por su hospitalidad.



Lo confiable en Homeopatía

www.similia.com.mx

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- | | |
|--|--|
| <p>3 EDITORIAL</p> <p>5 ARTÍCULO DE REVISIÓN
En Busca de la Explicación de la Homeopatía.
Beatriz Elisa Gallo Olvera.
Lorena García Morales.</p> <p>9 ENSAYO
Análisis de <i>La Reforma Médica</i>, una Revista Mexicana sobre Homeopatía.
Germán Guajardo Bernal.</p> <p>16 ARTÍCULO ORIGINAL
Tratamiento Homeopático para el Vitiligo: un Estudio Piloto Abierto Observacional.
Subhasish Ganguly.
Subhranil Saha.
Munmun Koley.
Ramkumar Mondal.</p> <p>24 ARTÍCULO DE REVISIÓN
Marco Normativo para la Educación Médica Continua. La Importancia para el Médico Homeópata.
Jorge A. Fernández Pérez.</p> | <p>37 DE NUESTRA HEMEROTECA
La Selección de la Potencia en la Prescripción Homeopática.
José Antonio Ugartechea García de León.</p> <p>40 LIBROS</p> <p>43 EL MUNDO DE LA HOMEOPATÍA
Podría Desaparecer el Último Hospital Homeopático del Reino Unido.
Juan Fernando González G.</p> <p>45 CARTAS AL EDITOR</p> |
|--|--|

La Homeopatía de México es una revista científica que publica trabajos nuevos y originales, artículos de opinión, temas de revisión, reportes de casos clínicos y notas de actualidad. Asimismo, se incluyen trabajos presentados en congresos y encuentros académicos, e investigaciones y controversias efectuadas en México y el mundo, referentes al medio homeopático.

DIRECTORIO

Director General Adjunto

C.P. Héctor Torres Carbajal

Director Editorial

Juan Fernando González G.

Director de Investigación

Dr. Gustavo Aguilar Velázquez

Asesor Editorial

Dra. Isis María Infante Regalado

Directora de Mercadotecnia

L.D.G. María de Lourdes Hernández López

Coordinador Editorial y de Comunicación Digital

Rafael Mejía Rosas

Coordinador de Arte y Diseño Editorial

L.D.G. Fabiola Reyes Lúa

Circulación y suscripciones

Rogelio García Luna

CONSEJO EDITORIAL

Dra. Josefina Sánchez Reséndiz

Coordinadora del Comité de Productos Homeopáticos, de la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

Dr. Jorge A. Fernández Pérez

Presidente del Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático, A.C.
Profesor e investigador de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

Dr. Fernando Domínguez Vello

Miembro fundador del Círculo Mexicano de Homeopatía, A.C.
Coordinador Médico del Proyecto de Atención Médico-Homeopático del Desierto (Wadley S.L.P.).

Dr. Héctor Montfort Cabello

Coordinador del Programa de Educación Médica Continua, del Instituto Superior de Medicina Homeopática de Enseñanza e Investigación (ISMHEI).

Dr. Óscar Michel Barboza

Miembro del Colegio de Médicos Homeópatas del Centro, A.C.

C.P. Héctor Torres Carbajal

Director General Adjunto de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.
Ex presidente de la Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica Homeopática (ANIFHOM).

L.D.G. María de Lourdes Hernández López

Directora de Mercadotecnia de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

La Homeopatía de México es una revista bimestral, fundada en 1933 y editada desde 1941 por la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. **Administración:** Ma. de Lourdes López Anaya y Lola M. López Anaya. Franqueo pagado. Autorizado por SEPOMEX Permiso No. 0040360, Características 22 8251116. Licitud de título No. 2559. Licitud de contenido No. 1639. ISSN 1870-3666. **Fotografía de portada:** Elizabeth Vinck Monroy. Precio por ejemplar: \$60.00. Suscripción anual en la República Mexicana: \$250.00; extranjero: 30.00 USD., más gastos de envío. **Contacto:** 5547 9483 / 5547 5735 ext. 176; contacto@similia.com.mx. Dirección electrónica: www.similia.com.mx. Impresión: Digital Orozco, S.A. de C.V. México, D.F.

La Homeopatía de México forma parte de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC).

La Homeopatía de México es una publicación indizada en Latindex, el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, así como en Periódica, el Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias (Dirección General de Bibliotecas, UNAM).



Editorial

Samuel Hahnemann mostró en todo momento el mayor de los intereses y la mayor entrega por cada uno de sus pacientes, así como el compromiso de acompañarlos durante todo el camino hacia el restablecimiento de su salud. Desde entonces, la Homeopatía ha asumido el concepto humanístico que considera al individuo en su integridad biológica y existencial, lo cual contrasta con lo que experimentamos en la actualidad ya que, se podría decir, la atención a la salud se desarrolla en dos rangos diferentes.

En primer lugar, el que se relaciona con características mercantilistas, y en segundo, el que pretende que la atención primaria de la salud llegue a toda la población y sea proporcionada por profesionales que estén obligados a mantener sus conocimientos actualizados en forma continua, no sólo en el área médica, sino también en su estructura total, en la inteligencia de que el médico (más aún si es homeópata) es un individuo consciente de los aspectos sociales que existen a su alrededor. En este sentido, hay que recordar que una gran mayoría de los medicamentos homeopáticos tienen un bajo costo, lo cual hace posible que la Homeopatía pueda interactuar en prácticamente todos los estratos socioeconómicos.

En la época en que vivió Hahnemann no existían fundamentos científicos para definir con precisión cada una de las enfermedades caracterizadas entonces. Sin embargo, el médico alemán intuyó, como el visionario que fue, las modificaciones de los cuadros patológicos entre sus pacientes, algo que en la actualidad se explica con mucha mayor facilidad gracias a los adelantos de disciplinas como la bioquímica, la genética, la microbiología y la endocrinología, materias que proporcionan claridad a muchos de los datos reportados en las patogénesis de los medicamentos homeopáticos.

Si revisamos los conceptos que prevalecían en México a finales del siglo XIX, cuando el paradigma vigente era el positivismo, podemos entender la gran apertura ideológica que existió en la revista *La Reforma Médica*, misma que fungía como el órgano oficial de difusión del Círculo Homeopático Mexicano. La publicación en referencia divulgó toda clase de artículos, sin importar la ideología y la manera de ejercer la Homeopatía de sus autores, así como traducciones de trabajos de médicos homeópatas de Francia y Alemania, lo que propició la discusión académica alrededor de las mismas.

Sin embargo, gracias a esta misma publicación contamos con testimonios de la temprana ruptura entre las distintas escuelas de medicina en nuestro país. Este conflicto prevalece hasta la actualidad, y desafortunadamente ha llevado al médico homeópata a tratar de validar la utilidad de su terapéutica con los médicos que le rodean en forma arbitraria, sin esgrimir razonamientos, diálogo o argumentos basados en investigaciones congruentes, de modo que se ha propiciado un antagonismo absurdo entre profesionistas que tienen similitud de conocimientos y finalidades semejantes, utilizando conceptos de rivalidad inexistentes.

Estamos conscientes de que para resolver las interrogantes actuales sobre la actividad de los medicamentos homeopáticos, se debe hacer la demostración de sus efectos terapéuticos, así como justificar la actividad real de las altas diluciones y sus mecanismos de acción. Para ello, se tiene que recurrir a trabajos interdisciplinarios en los que se dé cabida a variables como la química biomolecular, el electromagnetismo, la física cuántica, la teoría del caos y la memoria del agua, entre otras.

De esta manera, sólo nos quedará asumir el compromiso de comunicar las conclusiones a los profesionales de la medicina, independientemente de su procedencia y de la especialidad que tengan. El propósito final será no hablar exclusivamente de dosis infinitesimales, toda vez que hacerlo así confunde en lugar de dilucidar interrogantes.

Presentamos en esta oportunidad un interesante artículo sobre el tratamiento homeopático del vitiligo, una enfermedad crónica que se caracteriza por la pérdida de melanocitos y la aparición de manchas blancas en la piel.

El trabajo presenta un sinnúmero de datos por demás interesantes. Se menciona que afecta al 1% de la población mundial, aunque en ciertas zonas geográficas la prevalencia ha llegado al 4%, como en el caso de algunos países de Asia, México y otras poblaciones americanas; que en la mitad de los casos la enfermedad aparece antes de los 20 años y que la baja autoestima, la pobre imagen corporal, la depresión y las dificultades para entablar una relación sexual entre este tipo de pacientes, son problemas muy severos.

Por otra parte, queremos comunicarles que hoy iniciamos una nueva sección, denominada **El Mundo de la Homeopatía**, una tribuna en la que se expondrán las noticias más relevantes y actuales ligadas a la medicina homeopática generadas en cualquier parte del mundo. En esta oportunidad, abordamos un asunto que, no por lejano, debe parecernos indiferente. Se trata de la posible desaparición del último hospital homeopático asentado en el territorio de Escocia, un nosocomio que tal vez ceda su lugar a un centro de atención contra el dolor crónico.

Un sector de la sociedad civil asentada en la ciudad de Glasgow, creyente de los preceptos homeopáticos, por supuesto, decidió organizarse para dar la batalla en contra de las autoridades del Sistema Nacional de Salud del territorio británico. Las redes sociales han sido muy útiles para esta causa, y al cierre de esta edición se habían reunido más de 25 mil firmas electrónicas de apoyo, entre ellas las de esta División Editorial.

Al defender este estandarte de la medicina homeopática, inaugurado en 1948, se defiende la libertad del ser humano a decidir de qué manera quiere ser atendido en el intento de recuperar su salud, pero también se sienta un precedente que, tarde o temprano, se convertirá en una referencia que podría ser utilizada para apoyar la defensa de causas locales.

En Busca de la Explicación de la Homeopatía

*Beatriz Elisa Gallo Olvera

**Lorena García Morales

PALABRAS CLAVE:

Acción del medicamento homeopático, Altas diluciones, Sucusiones, Teorías moleculares del medicamento homeopático, Teorías no moleculares del medicamento homeopático, Modelos cuánticos del medicamento homeopático.

KEYWORDS:

Acción del medicamento homeopático, Altas diluciones, Sucusiones, Teorías moleculares del medicamento homeopático, Teorías no moleculares del medicamento homeopático, Modelos cuánticos del medicamento homeopático.

Resumen

En años recientes ha existido una demanda cada vez mayor de evidencia científica acerca de la Homeopatía. Varias hipótesis se han propuesto para explicarla en términos físicos y químicos. Publicaciones científicas recientes sugieren algunos posibles caminos para validar la realidad de toda una nueva clase de fenómenos fisicoquímicos relacionados con el agua. Este artículo intenta introducir algunas ideas para explicar este tema.

Abstract

In recent years there has been an increasing demand for scientific evidence about homeopathy. Various hypotheses have been put forward to explain it in terms of conventional physics and chemistry. Recent scientific publications suggest some possible ways to validate the reality of a whole new class of physicochemical new phenomena concerning water. This paper makes an attempt to introduce some explanatory ideas about this item.

*Profesor Titular A de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía
bgallo@ipn.mx

**Profesor Titular A de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía
dralorena_garcia@yahoo.com.mx

Recibido: diciembre, 2013. Aceptado: febrero, 2014

Introducción

Actualmente, la Homeopatía es una terapéutica médica extendida ampliamente alrededor del mundo que tiene millones de seguidores. Sin embargo, se debe reconocer que el número de sus detractores crece día con día, principalmente por la dificultad para explicar a la comunidad científica el mecanismo de acción mediante el cual la Homeopatía es capaz de tener un efecto curativo en los pacientes¹.

Las líneas de investigación que ofrece la Homeopatía son numerosas, ya que existen muchas preguntas cuyas respuestas otorgarían un gran adelanto en el camino para resolver los misterios de esta terapéutica. Hoy en día se realizan estudios con diversos objetivos:

- Poner de manifiesto la actividad de las altas diluciones y comprender sus mecanismos de acción.
- Demostrar los efectos terapéuticos de los medicamentos homeopáticos.
- Lograr el desarrollo de pruebas de control de calidad en la elaboración de medicamentos homeopáticos.
- Evaluar el impacto de los tratamientos homeopáticos en la salud pública, así como en el gasto de la seguridad social.
- Estandarizar entre el gremio homeopático el uso correcto de los medicamentos, su posología y su posible interacción con otras terapéuticas.

No obstante, el principal problema al que se enfrentan los médicos homeópatas al encarar a la comunidad científica es que en altas diluciones no existen moléculas de la sustancia original; esta situación hace que muchos de los interesados creen que dichas diluciones se encuentran inactivas y, por lo tanto, que la eficacia de la Homeopatía se reduce a un simple efecto placebo. Todo esto nos lleva a la pregunta principal: ¿cómo actúa el medicamento homeopático?

Acción del medicamento homeopático

Al tratar de resolver esta pregunta se nos presentan otros problemas:

- **Describir parámetros termodinámicamente es-**

tables. Se ha demostrado que los puentes de hidrógeno del agua líquida pueden tener, literalmente, millones de reacomodos en un minuto. Por lo tanto, una muestra de medicamento debería tener un elemento activo de manera constante, al principio y al final de ese mismo minuto, lo cual haría que el elemento fuera diferente a cualquier otro remedio y al control².

- **La supervivencia del remedio a través de la dilución.** Al realizar una dilución centesimal, diluimos una parte de la sustancia estudiada en 99 partes de diluyente —el cual puede ser alcohol o agua bidestilada—, y luego realizamos una succión. Si ejecutamos este proceso 30 veces, obtenemos una dilución 30 centesimal, la cual debe ser diferente del agua simple dinamizada, de cualquier otro remedio que partiera de una molécula diferente, e incluso del mismo remedio con un número diferente de dinamizaciones, por lo que la acción del medicamento no sólo se preserva a través de las diluciones, sino que es capaz de adquirir características nuevas.

- **Generación del patrón del remedio a partir de una fracción, mismo que sería capaz de transmitirse a otras 99 fracciones iguales.** En las primeras diluciones y succiones, en las que todavía tenemos moléculas de soluto, se puede interpretar que son estas moléculas las que hacen que el medicamento homeopático difiera del control; sin embargo, después de numerosas dinamizaciones, la posibilidad de encontrar restos de la molécula inicial se vuelve matemáticamente nula, por lo que el proceso de dinamización debe ser capaz de crear un patrón a partir de una parte de la sustancia original que pueda transmitirse a las 99 partes restantes del solvente³.

Las bases físicas de las propiedades del agua en altas diluciones aún se encuentran a debate. Un concepto importante es que el agua líquida no es homogénea en un nivel nanoscópico. Existen principalmente dos modelos que explicarían la transmisión de la información en el agua. El primero de ellos postula la permanencia de la información biológica en estructuras de moléculas de agua unidas por puentes de hidrógeno. La teoría señala la posible formación de estructuras constituidas por cientos de moléculas unidas por puentes de hidrógeno. Por su parte, una segunda idea establece la formación de dominios de agua cuyos dipolos eléctricos oscilan en diferentes fases de acuerdo a la teoría cuántica electrodinámica. En esta segunda teoría se involucran millones de moléculas con dominios esféricos de tamaño nanométrico⁴.

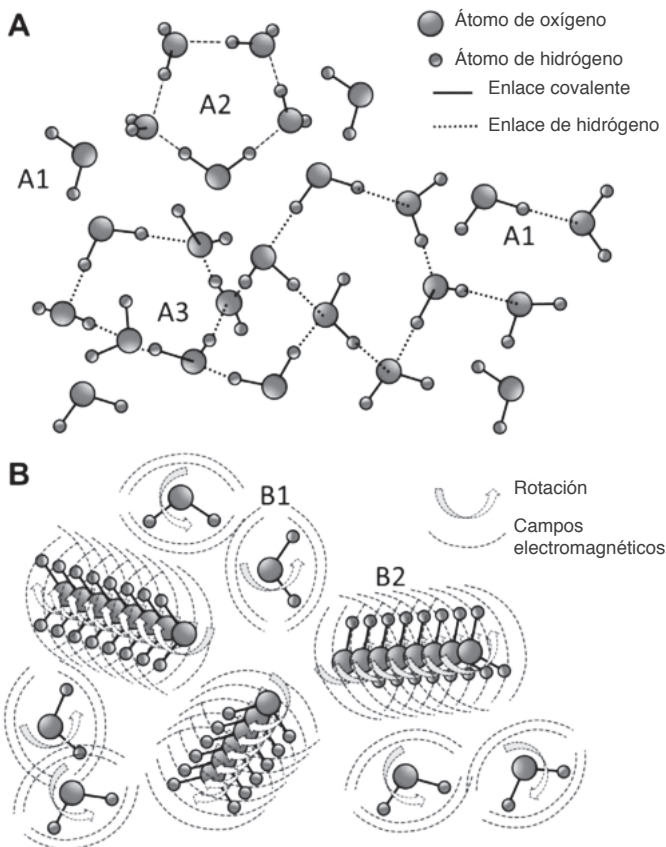


Figura 1. Representación de los dos modelos propuestos para explicar la estructura supramolecular del agua y la transmisión de información: a) estructura formada por una red de puentes de hidrógeno, y b) dos fases del agua, de acuerdo a la teoría cuántica electrodinámica. Imagen tomada del artículo *Physicochemical aspects*, escrito por Bellavite *et al* (2013).

Teorías moleculares

Entre los trabajos que apoyan la existencia de moléculas en el agua capaces de transmitir información biológica resalta el publicado en 2007 por Anick e Ives, en el que se abordan las preguntas comentadas en este mismo artículo y se propone una respuesta mediante la teoría de los silicatos, la cual se explica a continuación.

El dióxido de silicón (SiO_2) es el principal componente del vidrio y podría desprenderse de éste en el proceso de succusión homeopática, diluyéndose en el agua y formando ácido silícico o $\text{Si}(\text{OH})_4$. Dos moléculas de este ácido pueden unirse, formando dímeros mediante puentes de sílice, los cuales, a su vez, son capaces de unirse con moléculas similares para formar estructuras más complejas. La premisa

de estos investigadores es que, cuando una muestra es succusionada, la presión aumenta por milisegundos a cientos o probablemente miles de atmósferas.

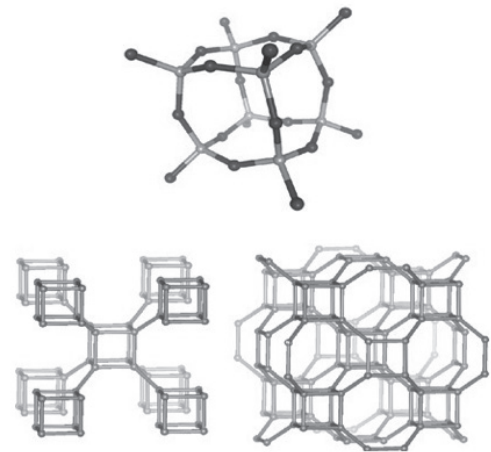


Figura 2. Representaciones de las diferentes estructuras que pueden formarse a partir del ácido silícico $\text{Si}(\text{OH})_4$. Tomada del artículo *The silica hypothesis for homeopathy: physical chemistry*, escrito por Anick e Ives (2007).

Durante las últimas succusiones, el aumento en la presión lleva a la condensación y a la formación de polímeros, mostrando más altas concentraciones de éstos con algunos remedios que con otros, por lo que la estructura en derivados del sílice sería diferente entre los distintos remedios y el agua succusionada como control. Así las cosas, estas estructuras serían capaces de generar patrones y multiplicarse con cada succusión, manteniendo la información a lo largo de las diluciones⁵.

De manera secundaria a esta teoría, también se propone la presencia de dos “ingredientes activos”. Es decir, si sólo existiera un ingrediente activo por cada remedio preparado, la dilución reduciría la cantidad de estructuras derivadas del $\text{Si}(\text{OH})_4$ y la succusión restauraría las concentraciones en cada ciclo, o sea que, estructuralmente, nada cambiaría entre los diferentes ciclos de dilución y no tendría caso repetir el proceso para formar dinamizaciones desiguales. Se propone entonces una segunda especie de ingrediente activo, por ejemplo, un tipo distinto de nano-burbuja, nada semejante a los cristales de sílice, asumiendo que cada forma adquiriría patrones diferentes y que con las diferentes dinamizaciones interactuarían unas con otras, de tal forma que cada dinamización formaría diversas estructuras. El modelo puede extenderse a un número “n” de ingredientes activos, con implicaciones clínicas diferentes en cada dinamización⁶.

Teorías no moleculares

Varios autores han intentado formular explicaciones concernientes a la naturaleza físico-química de los remedios homeopáticos cuando se usan en diluciones altas; la mayoría de estas teorías coinciden en que existe una información, no molecular, impresa de alguna manera en la estructura del solvente y que puede actuar mediante resonancia con los sistemas de regulación biofísicos del organismo⁷.

Los campos magnéticos proveídos por el oxígeno disuelto pueden afectar la estructura del agua pura, generando estructuras del tipo de clatratos, incrementando el potencial eléctrico e inhibiendo la corrosión del metal. Existen experimentos que han demostrado que la actividad de los remedios en altas diluciones son abolidos en presencia de campos magnéticos oscilatorios⁸, lo que sugiere que la actividad de las altas diluciones se debe principalmente a campos electromagnéticos. Por otra parte, en múltiples experimentos se ha confirmado la habilidad para transferir actividad molecular específica, utilizando un amplificador electrónico de más de 50 sustancias, las cuales incluyen agonistas farmacológicos, anticuerpos e inclusive señales características de antígenos bacterianos⁹.

Ante estas evidencias, el doctor Germán Guajardo Bernal afirma: "La conclusión inmediata que surge ante la evidencia de las propiedades y la actividad electromagnética de los fármacos homeopáticos es que un sistema analógico electrónico primitivo en el organismo puede activarse con la dilución homeopática dinamizada, fortaleciendo el indispensable intercambio de información con el sistema nervioso central, fundamento para la curación natural de cualquier enfermedad"¹⁰.

Modelos cuánticos

En el 2003, H. Walach publicó el primer intento de introducir un modelo basado en la idea general de la mecánica cuántica, y más específicamente de la teoría cuántica débil, la cual usa el formalismo de la mecánica cuántica tradicional pero desecha algunas definiciones y restricciones típicas de ésta. Esto genera un axioma similar, pero más generalizado y aplicable a todos los sistemas existentes.

De acuerdo con esta teoría, los sistemas se entrelazan a los sistemas cuánticos, pero también a

todas las variables locales y globales complementarias¹¹ Walach utiliza esta idea para reconstruir la Homeopatía, ya que propone un modelo en donde los dos procesos semióticos, "sustancia y potencia", así como "patogenesia del remedio y síntomas del paciente" se entrelazan por la Ley de semejantes^{12, 13}.

Actualmente existen diversos modelos que intentan dar una explicación científica a la acción terapéutica de la Homeopatía. Este trabajo en particular intenta ofrecer una visión general de los más sobresalientes, reconociendo, sin embargo, que existen otros modelos dignos de mención que se abordarán en otra oportunidad.

REFERENCIAS

1. Almirantis Y. Homeopathy--between tradition and modern science: remedies as carriers of significance. *Homeopathy*. Abr 2013; 102(2): 114-122. doi: 10.1016/j.homp.2013.01.003. PMID: 23622261.
2. Anick DJ, Ives JA. The silica hypothesis for homeopathy: physical chemistry. *Homeopathy*. Jul 2007 Jul; 96(3): 189-195. PMID: 17678816
3. *Ibid.*
4. Bellavite P, Marzotto M, Oliosio D, Moratti E, Conforti A. High-dilution effects revisited. 1. Physicochemical aspects. *Homeopathy*. Dic 2013; 103(1): 4-21. doi: 10.1016/j.homp.2013.08.003. PMID: 24439452.
5. Anick DJ, Ives JA. *Op cit.*
6. Anick DJ. The octave potencies convention: a mathematical model of dilution and succussion. *Homeopathy*. Jul 2007; 96(3): 202-208. PMID: 17678818.
7. Bellavite P, Marzotto M, Oliosio D, Moratti E, Conforti A. *Op cit.*
8. Benveniste J. Further biological effects induced by ultra high dilutions. inhibition by a magnetic field. En: Endler PC, Schulte J, editores. *Ultra High Dilution* [Internet]. Países Bajos: Springer Netherlands; 1994 [citado 11 Dic 2013. p. 35-38. Disponible en: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-015-8342-8_5
9. Bellavite P, Marzotto M, Oliosio D, Moratti E, Conforti A. *Op cit.*
10. Guajardo Bernal G. Modelos Biocibernéticos para explicar la curación homeopática. *Homeopatía Méx.* 2010; 79(664): 5-20.
11. Walach H. Entanglement model of homeopathy as an example of generalized entanglement predicted by weak quantum theory. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd.* Ago 2003; 10(4): 192-200.
12. *Ibid.*
13. Weingärtner O. The nature of the active ingredient in ultramolecular dilutions. *Homeopathy*. Jul 2007; 96(3): 220-226. PMID: 17678820.

Análisis de *La Reforma Médica*, una Revista Mexicana sobre Homeopatía

*Germán Guajardo Bernal

PALABRAS CLAVE:

La Reforma Médica, Homeopatía mexicana del siglo XIX, Influencias en la Homeopatía mexicana, Difusión de la Homeopatía, Defensa de la Homeopatía, Aislamiento de la Homeopatía, Homeopatía y alopatía

*Médico cirujano y homeópata, Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional. Diplomado Curso Superior de Homeopatía (3 años) en Homeopatía de México, A.C. Autor de libros como Homeopatía Experimental y Homeopatía Médica, entre otros. Ha publicado más de 80 artículos, investigaciones y ensayos originales sobre Homeopatía en revistas nacionales e internacionales.

Premio Nacional Similia 1991.

Resumen

A través del análisis de una colección de la revista mexicana especializada en Homeopatía *La Reforma Médica*, fechada en 1895, es posible conocer las influencias más evidentes del gremio homeopático mexicano del siglo XIX, destacando las provenientes de Estados Unidos, Francia y Alemania; además, gracias a esta retrospectiva se deducen el origen y la evolución de algunas ideas que respaldan al actual sistema médico homeopático mexicano.

Al respecto, sobresale el uso de una estrategia para defender y difundir a la terapéutica hahnemanniana que consiste en conceptualizar a la Homeopatía como una “nueva medicina”, “nueva escuela”, “verdadera medicina” o “la única medicina científica”, en contraposición no sólo a la alopatía, sino a la medicina en general, a la que se menosprecia al llamarla “la antigua escuela”, “la escuela oficial” o “la escuela ortodoxa”. Esta táctica permitió el cumplimiento de ciertos objetivos, pero también ha ocasionado el aislamiento del gremio homeopático al cerrar la posibilidad de diálogo con otros médicos y con ciencias afines como la inmunología, la biofísica médica y la fisicoquímica. Por eso, el presente ensayo concluye con algunas propuestas para tratar de revertir estas ideas que pudieran ser la base de la actual crisis de identidad de los homeópatas en México.

Abstract

Through the analysis about a collection of mexican magazine specializing in Homeopathy La Reforma Médica, dated 1895, is possible to know the most obvious influences of mexican homeopathic guild at the nineteenth century, highlighting

Recibido: noviembre, 2013. Aceptado: enero, 2014

KEYWORDS:

La Reforma Médica, Mexican Homeopathy nineteenth century, Mexican influences on Homeopathy, Homeopathy broadcasting, Defense of Homeopathy, Isolation of Homeopathy, Homeopathy and allopathy.

from the United States, France and Germany, also thanks to this retrospective, are deduced the origin and evolution of some ideas that support the current Mexican homeopathic medical system.

In this regard, projects using a strategy to defend and disseminate the hahnemannian therapeutic consisting Homeopathy conceptualized as a “new medicine”, “new school”, “real medicine” or “the only scientific medicine” as opposed not only allopathy, but to medicine in general, which is scorned by calling it “old school”, “school official” or “orthodox school”. This tactic allowed the fulfillment of certain goals, but has also led to the isolation of homeopathic union to close the possibility of dialogue with other medical and related sciences such as immunology, medical biophysics and physical chemistry. Therefore, this paper concludes with some proposals to try to reverse these ideas that could be the basis of the current identity crisis homeopaths in Mexico.

Introducción

Durante la realización de un congreso se me entregó amablemente una colección facsimilar de una antigua revista mexicana llamada *La Reforma Médica*, misma que fungía como el órgano oficial de difusión del Círculo Homeopático Mexicano, una importante comunidad del siglo XIX que agrupaba a médicos afines a la terapéutica establecida por Samuel Hahnemann.

Los ejemplares incluidos en estas copias corresponden a los seis primeros números de la segunda época de la publicación, mismos que aparecieron originalmente entre julio y diciembre de 1885. Cabe señalar que *La Reforma Médica* tuvo una primera época (1871-1876), así como una tercera (1908-1909), sólo que éstas se editaron bajo la responsabilidad de otra organización, el Instituto Homeopático Mexicano.

De acuerdo con los datos que aparecen en la compilación que me fue obsequiada, la revista se imprimió en la ciudad de México y tuvo la intención de aparecer el primer día de cada mes; asimismo, el cuerpo de redacción fue conformado por los doctores Crescencio Colín, Joaquín Segura y Pesado, Pánfilo Carranza, Mariano Valdés y Morelos, Pablo Barona, y Francisco F. Mendoza.

A través del análisis de los artículos y textos difundidos por esta publicación se pueden encontrar pasajes emblemáticos que describen la historia de la Homeopatía y que nos ofrecen un retrato de la ideología del momento; los temas son múltiples, pues abarcan desde opiniones, casos clínicos e indicaciones terapéuticas, hasta traducciones de la literatura vigente en Estados Unidos, Francia y Alemania. A continuación comentaré, en orden cronológico, algunos fragmentos que pueden considerarse representativos.

La Homeopatía mexicana del siglo XIX, a través de *La Reforma Médica*

En principio, entre los contenidos de la revista destaca la presentación de casos clínicos por parte del doctor Joaquín Segura y Pesado (JSP), conocido por ser uno de los fundadores del Hospital Nacional Homeopático y de la Escuela Nacional de Medicina Homeopática (hoy Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, del Instituto Politécnico Nacional). De acuerdo con la publicación, la estrategia que siguió para atender un caso de otitis aguda y faringitis fue: primero, Belladonna atropa 200C cada 4 horas, con la cual cesó la fiebre al día siguiente; no obstante,

ante el dolor persistente cambió a *Mercurius solubilis* 200C, y después a *Pulsatilla nigricans* 200C, logrando que dicho síntoma desapareciera a las 12 horas.

Otro caso descrito por el doctor JSP fue un cuadro de neumonía: inició su tratamiento con *Aconitum napellus* 3C; después, al presentarse hemoptisis, dos glóbulos cada dos horas de *Bryonia alba* 3C. Al día siguiente las molestias disminuyeron, por lo que prescribió *Sulphur* y, por último, *Chininum sulphuricum* 2D. Finalmente, un nuevo caso de neumonía fue atendido exitosamente por JSP con potencias 200C.

Por otra parte, las páginas de *La Reforma Médica* nos permiten apreciar que el Círculo Homeopático Mexicano daba cabida a una notable variedad de corrientes e influencias. Por ejemplo, en él se inscribían médicos metafísicos o sobrenaturalistas; uno de sus representantes, el doctor Crescencio Colín, comentó lo siguiente:

“Las leyes de la vitalidad dadas por la Divina Providencia, sujetan al organismo humano a una peculiar condición, también vital, que sensibiliza, por decirlo así, a la materia, para que forme parte activa del sistema animado. El equilibrio, pues, de la salud depende exclusivamente de la acción ordenada y reguladora de esa fuerza motriz que vivifica, de esa condición dinámica espiritual y fluidica que arranca de la inercia a la materia y que la excita por la fuerza a que llene misiones especiales. Los agentes curativos sólo restablecen y pueden restablecer la salud, en virtud de su acción dinámica sobre la fuerza vital[...]. Para que la medicina produzca los buenos resultados se necesita su dinamización y su disgregación molecular consiguiente, que desarrolla en las sustancias inertes lo que podemos llamar su espíritu vital patogenético, por la actividad que les imparte. Es en la materia disgregada hasta lo infinito en donde se ha comprobado que reside el ‘contagio viviente’, y no hay duda que es en la misma disgregación molecular infinitesimal y vitalizada en donde tienen que residir los agentes activos que restablecen la salud. Esa fuerza vital terapéutica, ese desarrollo de su espíritu patogenético que penetra en el organismo con rapidez y profundidad, jamás es posible que lo tengan las sustancias en su estado de inercia por su agregación molecular”.

Actualmente hay homeópatas que todavía hablan de la dosis infinitesimal, que consideran que la materia se puede dividir hasta el infinito, liberándose fuerzas espirituales en el proceso. Sin embargo, las ciencias naturales han establecido, gracias a las ecuaciones de Amedeo Avogadro y Johann Joseph Loschmidt, que la masa molecular no se puede dividir indefinidamente; hay un momento (la potencia 12C en la dilución-agitación homeopática) en que sólo pasa-

mos agua a más agua. Por esa razón se ha señalado a la llamada “memoria del agua” como responsable de las propiedades curativas de las diluciones homeopáticas, motivando el estudio a fondo del “solvente universal” mediante instrumentos de la fisicoquímica analítica. Avances extraordinarios se han logrado gracias a los hallazgos de Jacques Benveniste, Vittorio Elia, Louis Rey, Nirmal Sukul, Shui Yin Lo, Luc Montagnier y Christian Endler, entre muchos otros.

La lectura de *La Reforma Médica* también nos permite contestar una pregunta: ¿quiénes influían en la Homeopatía mexicana de aquella época? Por el empleo de la potencia 200C cada dos horas en cuadros agudos, podemos suponer que angloamericanos como Carroll Dunham, James Tyler Kent y Eugene Beauharis Nash fueron algunos de los médicos más respetados; también el ginecólogo Henry Guernsey, pues se le menciona en esta publicación.

Por cierto, la admiración en aquellos ayeres hacia Carroll Dunham se confirma, de alguna manera, por la edición de uno de sus libros en nuestro país: *La Homeopatía es la Terapéutica Científica*, mismo que se publicó en 1902 a expensas del prócer de la Revolución Mexicana, Francisco I. Madero, y que contó con la traducción del doctor Francisco Castillo, profesor de la Escuela Nacional de Medicina Homeopática.

Otro detalle que merece señalarse: varios artículos de *La Reforma Médica* estaban escritos en francés, lo que refleja el interés que se tenía en México por las aportaciones de la Homeopatía francesa. En este sentido, encontramos una carta de Leon Simon, lo que coincide con la predilección por las trituraciones y las bajas dinamizaciones entre algunos colaboradores de la revista mexicana.

En otro momento de la revista leemos que la palabra farmacodinamia (en vez de *Materia Médica*) se manejaba desde 1885. Hay un artículo del doctor Segura y Pesado en que escribió: “un médico que no sepa los efectos de las drogas no puede ser un buen práctico. El estudio de la farmacodinamia debe ser la ocupación constante del médico que ejerce[...]; aprender la patología sin estudiar paralelamente la farmacodinamia, es hacer un aprendizaje estéril bajo el punto de vista práctico”.

En la siguiente cita, el mismo JSP sugirió cómo identificar a un verdadero profesional de la medicina, y afirmó que sí hay enfermedades, en una negación patente del muy difundido precepto “no hay enfermedades, sólo enfermos”:

“La patología estudia las causas de las enfermedades y su sintomatología. El conocimiento de la etiología es sumamente interesante, pues conduce a una buena profilaxis, así como a muchas curaciones admirables por sólo remover las causas que producen o mantienen el mal[...]. El estudio de la sintomatología, diagnóstico y pronóstico de las enfermedades es indispensable al médico, porque lo pone en aptitud de saber qué enemigo tiene que combatir y qué grado de importancia debe dar a la enfermedad que se le presenta. La importancia patológica de un caso reside en el órgano afectado, en la naturaleza de la afección, en su gravedad, en sus síntomas más o menos variados y múltiples, etcétera” (Joaquín Segura y Pesado. Clínica homeopática. La Reforma Médica. Septiembre de 1885; no. 3).

JSP agregó en el mismo artículo: “la Homeopatía, con su ley terapéutica y su posología, ha introducido en la medicina un germen de progreso muy valioso. Para que la superioridad del médico homeópata sea un hecho que salte a la vista de todos, necesita, además de un conocimiento profundo de patología, uno todavía más detenido de Materia Medica”.

El doctor Segura y Pesado insistió en dicho texto en que la Homeopatía es una rama de la medicina, pues escribió: “hay quienes no conocen la farmacodinamia homeopática y deciden sentenciosamente sobre una doctrina que para ser juzgada, necesita la instrucción más detallada de esa rama de la medicina”.

El célebre médico francés Pierre Jousset también influyó en la Homeopatía mexicana del siglo XIX, ya que sus artículos fueron traducidos al castellano por el doctor Juan N. Arriaga, según consta en *La Reforma Médica*. Por su parte, JSP fue el encargado de traducir los textos de médicos angloamericanos como Henry N. Guernsey y Calvin B. Knerr.

Segura y Pesado también presentó un análisis sobre la terapéutica, en el que afirmó que todos los médicos curan debido a que usan la Ley de Semejantes en mayor o menor grado (algo dudoso a mi parecer); por tal motivo, todos los médicos deberían reconocer a la Homeopatía. No obstante, una aportación notable de este escrito fue la convocatoria del autor para que la Homeopatía ganara un lugar por su desarrollo en las ciencias naturales y las ciencias de la salud, es decir, mediante la evidencia acumulada, tal como sucede con cualquier otra ciencia. La cita es importante:

“Mucho sentimos la divergencia de opiniones entre los médicos; quisiéramos que todos caminaran por el mismo sendero, nosotros hemos abrazado la Homeopatía por considerarla un positivo progreso; no to-

dos los médicos son de ese parecer[...]. Sigán en sus investigaciones, que si las de Hahnemann son ciertas como firmemente lo creemos, tarde o temprano nos tenderemos las manos para unificar de nuevo la medicina, que nunca debió estar dividida”.

Otro aspecto notable en esta misma reflexión es la muestra de buenos deseos para unificar a la medicina, aunque pudiéramos considerar que ésta no ha estado dividida sino que, más bien, se ha creado una artificial escisión mental entre “alópatas” y homeópatas. Con el tiempo, esta idea se ha arraigado en el ideario del gremio, pero lo que existe en realidad son las especialidades médicas. Sin motivo para discutir, se ha creado un frente de guerra mental. Es una tradición recurrente entre médicos homeópatas llegar “a la defensiva” en un debate o conversación, lo que genera la animadversión de los médicos que no son homeópatas. Luego, ambos se aprestan al combate. Si uno llegase simplemente como médico, y con la evidencia por delante, no habría motivo para conflictos.

La fantasía llega a los extremos al decir que hay dos medicinas —la homeopática y la alopática—; entonces la fricción es aún mayor, aunque sigue siendo un problema psicológico fruto de una seria crisis de identidad profesional. Es el caso del doctor Colín, que en *La Reforma Médica* escribe lo siguiente: “un profesor confesaba sus inclinaciones hacia la medicina reformadora, enseñó sus libros y botiquín homeopático”. En realidad, la Homeopatía no es una medicina reformadora, es un novedoso modelo terapéutico.

En el siglo XIX resultaba difícil defender a la Homeopatía. Actualmente sabemos que el fenómeno conocido como la memoria del agua es el responsable de sus curaciones, pero en aquel tiempo, al no existir referente o evidencia de la intensa actividad electrodinámica del agua en dilución homeopática, se debió formular alguna categoría para describirlo. Nacieron así las nociones de la dosis infinitesimal y la dosis imponderable. Al hablar de la dilución infinita podía decirse que al menos “algo” quedaba y actuaba, aunque no fuera medible (imponderable). Para los médicos homeópatas de aquellos tiempos era preferible eso que decir: “curamos con el agua en dilución agitada”. Por eso, Segura y Pesado comentó lo siguiente en *La Reforma Médica*:

“Hahnemann trajo sobre su doctrina una mala voluntad inexplicable. Dar una dosis infinitesimal o no dar sino agua, es según los adversarios de la Homeopatía, una misma cosa. Séame permitido negar a la razón el derecho a rebelarse contra los infinitesimales. Si las dosis infinitesimales por el solo hecho de ser imponderables no pudieran obrar en lo absoluto,

bueno que se negara su acción, pero francamente yo no sé que se excluyan los infinitesimales y la actividad, no hay por lo tanto absurdo”.

Sin lugar a duda, era una situación incómoda para el gremio. El equipo necesario de análisis químico llegó al terminar el siglo XX, y no hubo entonces dosis “imponderable” que escapara a la detección y la medición de las propiedades fisicoquímicas en el agua homeopática. Se midieron cambios en pH, conductancia, fluorescencia y densidad, por dar cuatro ejemplos. Se descubrió lo inevitable: es en efecto agua activada, el agua con memoria, el agua como cinta magnética que graba el canto de las moléculas; el agua digitalizada, el agua como la nueva rama fisicoquímica de la farmacología.

Volviendo al análisis de la revista decimonónica, en el número que siguió al comentario del doctor Segura y Pesado se hizo mención a la traducción al español del *Tratado de Terapéutica Homeopática*, escrito por el doctor Willmar Schwabe, de origen alemán. Va quedando claro que la Homeopatía mexicana tenía influencias de diversos países.

¿Dos medicinas o una sola ciencia médica?

Al seguir leyendo la colección de la revista se puede observar que la estrategia de difusión y defensa de la Homeopatía mexicana en el siglo XIX era muy similar a la que propuso Hahnemann en su *Organon*. Una estrategia que podría resumirse en enunciados como: “la antigua medicina debe desaparecer, pues no cura; abran las puertas a la nueva medicina que es capaz de curaciones sorprendentes”. Para lograrlo se crearon diversos calificativos y lugares comunes: se hablaba de “la antigua escuela” o “la escuela oficial”, y en contraparte se aseguraba que “la nueva escuela es la única ciencia de la medicina”.

Dicha táctica no dirigió sus ataques hacia una terapéutica fallida como lo era la alopatía (con la inmensa carga de iatrogenia de esa época), sino contra la medicina misma, que era llamada “la escuela ortodoxa”, “la escuela dominante”, etcétera. En esta estrategia, hay que insistir, la Homeopatía no fue conceptualizada como un modelo médico novedoso o un acercamiento entre las ramas la medicina, sino como “la nueva escuela”, “la nueva medicina”, “la medicina homeopática”, “la verdadera medicina”, “la única me-

dicina científica”, etcétera. Bajo esta lógica, la premisa que más se utilizó fue que la “medicina antigua” era en su totalidad un fracaso, pues no podía curar tan bien como la Homeopatía. Esa fue la espada de lucha principal “y si no lo creen, ahí están las epidemias para comprobarlo; somos superiores en resultados curativos”. En resumen, la Homeopatía era el recurso del éxito curativo frente a la deficiente terapia alopática.

Así, en vez de usar el ropaje de un médico que platica sobre las que a su juicio son las evidentes ventajas de la Homeopatía con otro médico, es decir, que busca un acercamiento entre pares, la táctica que se eligió fue la de usar el ropaje de “otra medicina” para discutir las ventajas de la Homeopatía con un “alópata”. Por supuesto, una comunicación en ese terreno y en esos términos es imposible. Después de un primer acercamiento de ese tipo, un homeópata suele argumentar que “los alópatas no quieren escucharnos, pues son cerrados y con aires de superioridad”. Desde mi punto de vista, es como si en una discusión sobre las ventajas del agua potable, se empleara una espada en vez de la palabra y la argumentación. El encono comienza cuando, para nosotros, ellos ya no son médicos, sino “los alópatas”; ellos ya no son egresados de la facultad de medicina, son miembros de “la vieja escuela”.

La animadversión continúa cuando planteamos que no somos egresados de la misma facultad de medicina, sino que ellos son graduados en medicina alopática y nosotros en medicina homeopática. Esta estrategia puede ejemplificarse con las palabras del doctor Crescencio Colín, quien en vez de referirse a la terapia o terapéutica alopática, escribió: “la medicina debe abandonar para siempre los últimos giros de su ropaje envejecido, su caos de absurdas y contradictorias hipótesis, su rutinarismo y su repugnante polifarmacia”. De esta manera, según Colín, la Medicina —con su rico legado en anatomía, patología, fisiología, clínica y microbiología e inmunología— es la culpable; toda ella es “la vieja escuela” que debe desaparecer. Cabe entonces decir que confundir a la terapia alopática con la ciencia médica es una invitación al caos y a la falta de entendimiento.

En el horno de esa estrategia se fraguó el nacimiento de la entonces Escuela Nacional de Medicina Homeopática; así, no es extraño que se haya utilizado, de manera exitosa por cierto, la difusión de la superioridad de la Homeopatía con base en los resultados obtenidos durante las epidemias de cólera, tifo y muchas más. El Hospital Nacional Homeopático fortaleció el argumento de la clínica exitosa y superior. La estrategia fue útil para sobrevivir, pero no para

integrar a la Homeopatía en los servicios de salud socializados. Más bien, a partir de ese momento fue tolerada como una curiosidad bastante beligerante.

El estilo de los angloamericanos Constantine Hering y Dunham fue diferente, pues prefirieron fundar colegios médicos con Homeopatía (en vez de escuelas de medicina homeopática). De esa manera se identificaron con la medicina, en vez de confundir a la medicina con una terapia. Además, Dunham fue célebre por su gran diplomacia y tolerancia a las agrupaciones de homeópatas que peleaban entre sí, lo mismo que Nash. Pienso que esos tres personajes siguen siendo los mejores referentes para diseñar una estrategia de difusión y defensa de una Homeopatía médica digna.

Sirva hacer un paréntesis para señalar que otra estrategia fallida, pero muy empleada para defender y difundir a la Homeopatía, ha sido la alianza con toda suerte de prácticas de curandería, aromaterapia, herbolaria, masajes o yoga, al grito de: “la unión hace la fuerza”. No importa el desprestigio; importa la unidad a cualquier costo. Algunos de los efectos de esta tendencia los podemos ver en los expendios de libros de Homeopatía, actualmente en decadencia, ya que se ofertan más títulos de mándalas, chacras, flores y superación espiritual, que de Homeopatía.

Volviendo a la colección de *La Reforma Médica*, en ella podemos apreciar que Joaquín Segura y Pesado contribuyó con más traducciones del inglés, concretamente con un artículo de James T. Kent sobre Calcarea carbónica, otro de P. P. Wells, y varios tomados de la revista *The Homeopathic Physician*. Hay una serie de artículos sobre la faradización y las corrientes galvánicas aplicadas en el tratamiento de enfermedades; también se habla de electrólogos que curan. Son artículos de la autoría del doctor Duferé.

Asimismo, figuran artículos de farmacodinamia de diferentes medicamentos, otros sobre atención del asma, tendencia al aborto y muchas enfermedades más.

Una nueva ruta sin reduccionismos

Es importante destacar que el lenguaje de la revista es peculiar en ocasiones. En opinión de varios articulistas de dicha revista, los médicos homeópatas

vivimos una conversión hacia la nueva escuela; después un bautizo, inspirados por el apóstol Hahnemann, que nos motiva a conocer la doctrina que permite curar al enfermo al nivel del alma (con efluvios espirituales medicinales), algo que no puede lograr la escuela antigua, oficial y materialista. En este sentido, el doctor P. Moya escribió:

“Pongamos todo cuidado en nuestra práctica, sostengamos un verdadero espíritu de homeópatas para lograr el adelantamiento de nuestra escuela, que tiene que luchar constantemente con las demás escuelas y derribar grandes obstáculos a su propagación. No seamos nosotros los que añadamos por flojera o ignorancia u otras causas un nuevo dique a la doctrina, que andando el tiempo, merced a los esfuerzos de todos los homeópatas unidos, ha de llegar a ser la Medicina del porvenir”.

Para que esa estrategia funcionara había que reducir todo el quehacer de la medicina a solamente curar, pues ahí los homeópatas seríamos los más fuertes, como se comprobó en aquellas epidemias. Siendo los mejores para curar, podríamos izar una gran bandera que defiende la supremacía de la Homeopatía. El problema es que reducir el rico y complejo quehacer médico a curar es contribuir a la confusión, alimentar la ignorancia y, más aún, colocar a nuestra profesión en una enorme desventaja. Por ejemplo, habría que quitar del escenario de la medicina lo siguiente: la fisiopatología de Virchow, la histología de Bichat-Ramón y Cajal, la fisiología de Harvey-Haller-Bernard-Pavlov, la anatomía de Vesalius-Laennec, la anatomía patológica de Morgagni-Bayle, la citología de Sheliden-Schwan, o la inmunología de Jenner-Behring-Metchnikoff.

¿Qué hacer con todas esas disciplinas que eran pilares de la medicina?, ¿decir que eran entidades alopáticas, creadas por alópatas que formaron la medicina alopática? Nada más falso, pues eran médicos que crearon la medicina. ¿Entonces no hay más remedio que borrarlos del mapa para poder seguir con la bandera de la curación suprema? Pienso que en esta cuestión está el origen de la crisis de identidad profesional y del severo conflicto que vivimos actualmente, pues los homeópatas no sabemos si somos parte de la medicina o de la medicina complementaria, o si somos la medicina homeopática.

La terapéutica alopática, en efecto, tenía un gran atraso y muchas fallas; ése podía ser un flanco de crítica válido en el siglo XIX, para decirle a los calumniadores que no tenían cara para atacar a la Homeopatía. Lo que no se puede entender ni aceptar es considerar a la terapéutica alopática como la

medicina (la ciencia médica) misma. Esa desafortunada mezcla o confusión de conceptos, pienso, es el núcleo de la crisis de identidad profesional que sufre nuestro gremio. Esa actitud le ha retrasado en su aceptación por la comunidad académica y ha malogrado su defensa. Arrastrar hasta el siglo XXI esos preconceptos o divisionismos artificiales (en escuela antigua, escuela nueva, etcétera) es, además de anacrónico, una pésima estrategia para difundir a la Homeopatía médica.

La Homeopatía actualmente sobrevive, estando apenas presente en los servicios gratuitos de salud (hay un solo Hospital Nacional Homeopático en todo el país, y una sola facultad médica y homeopática), cuando podría florecer como una opción especializada con un amplio reconocimiento en los diversos centros de atención de la Secretaría de Salud y del Seguro Social. Para que eso ocurra, pienso, deben desaparecer tres obsesivas y radicales posturas en el gremio que no permiten su pleno reconocimiento y difusión.

1. Afirmar que la terapéutica alopática es sinónimo de la medicina convencional.
2. Sostener que la Homeopatía es sobrenatural, y por lo tanto resulta inaccesible a un análisis por las ciencias naturales.
3. Asegurar que la Homeopatía es una rama de la medicina complementaria, no una rama de la medicina.

¿Cuál sería la receta para curar a un médico homeópata que ha perdido su identidad profesional? Me parece que entender que la Homeopatía es una rama de las ciencias naturales, que la Homeopatía es una disciplina o rama de las ciencias de la salud,

de la medicina, de la ciencia médica (son sinónimos); que la Homeopatía no es una rama de la medicina complementaria, que la Homeopatía debe aliarse con ciencias afines como la inmunología, la biofísica médica y la fisicoquímica; que la Homeopatía se debe profundizar y explicar, pues la ciencia ya cuenta con los instrumentos para hacerlo.

También se debe entender que hay otros sinónimos válidos para la Homeopatía, como modelo médico homeopático, sistema médico homeopático, especialidad homeopática, método homeopático, iatrofísica homeopática, farmacoterapia homeopática o terapéutica homeopática. Asimismo, se debe comprender que es el agua activada con propiedades fisicoquímicas la responsable de la actividad farmacológica de la dinamización (no existen las dosis infinitesimales o imponderables, ni las microdosis o nanodosis), y por lo tanto el fármaco dinamizado se puede medir, ponderar, cuantificar e incluso digitalizar.

Finalmente, aunque contribuyó a la división de muchas maneras y alimentó la discordia al limitar el complejo quehacer médico en “alópatas” y “homeópatas”, el Círculo Homeopático mostró un interés en que la Homeopatía progresara y se entendiera como una rama de la medicina. Es el caso de la siguiente frase de Joaquín Segura y Pesado:

“Mucho sentimos la divergencia de opiniones entre los médicos, quisiéramos que todos caminaran por el mismo sendero; nosotros hemos abrazado la Homeopatía por considerarla un positivo progreso; no todos los médicos son de ese parecer, ni hemos de ser nosotros quienes modifiquemos su manera de pensar; sigan en sus investigaciones, que si las de Hahnemann son ciertas, como firmemente lo creemos, tarde o temprano nos tenderemos las manos para unificar de nuevo la medicina, que nunca debiera haber estado dividida”.

*Tratamiento Homeopático para el Vitiligo: un Estudio Piloto Abierto Observacional

**Subhasish Ganguly

***Subhranil Saha

***Munmun Koley

**Ramkumar Mondal

Resumen

PALABRAS CLAVE:
Homeopatía, Vitiligo.

*Este artículo es una traducción de un trabajo publicado originalmente en el *International Journal of High Dilution Research*, en diciembre de 2013. Sus datos de referencia son: Ganguly S, Saha S, Koley M, Mondal R. Homoeopathic treatment of vitiligo: an open observational pilot study. *Int J High Dilution Res* [online] 2013;12 (45):168-177. Disponible en <http://www.feg.unesp.br/~ojs/index.php/ijhdr/article/view/638/683>.

**Hospital y Colegio Médico Homeopático Mahesh Bhattacharyya [Mahesh Bhattacharyya Homoeopathic Medical College & Hospital]; Bengala Occidental, India.

***Unidad de Investigación Clínica (Homeopatía) [Clinical Research Unit (Homoeopathy)], Siliguri, Bengala Occidental; Consejo Central para la Investigación en Homeopatía [Central Council for Research in Homoeopathy (CCRH)], Gobierno de la India.

Antecedentes: El vitiligo es un trastorno común de hipopigmentación que genera un impacto psicológico muy importante. En una clínica de atención ambulatoria en Bengala Occidental, India, se realizó una evaluación del tratamiento homeopático en individuos con vitiligo. **Métodos:** Se reclutaron 30 pacientes (edad media de 27 años; 57% femeninos) para un estudio piloto prospectivo abierto, y se manejaron con tratamiento homeopático individualizado durante seis meses. Se evaluó la eficacia del tratamiento a los tres y seis meses, utilizando el Índice de Puntuación del Área con Vitiligo (*Vitiligo Area Scoring Index*, VASI), la escala de la Comisión Europea de Vitiligo (*Vitiligo European Task Force*, VETF) y el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (*Dermatological Life Quality Index*, DLQI), los cuales validaron el índice de mejoría tomando en cuenta el área, la intensidad, la extensión de la despigmentación de las lesiones de vitiligo y la calidad de vida (QoL). **Resultados:** Un total de 27 pacientes completaron el estudio; tres desertaron. Después de seis meses de tratamiento, la medida media de VASI mejoró significativamente en 0.1 unidades ($p=0.003$), de 0.8 (0.5, 1.5) a 0.7 (0.3, 0.8) en una escala de 0 (sin despigmentación) y 100 (completamente despigmentada). Del mismo modo, la media del VETF mejoró su puntuación por 2 unidades ($p=0.0001$), de 1 (0.1) a -1 (-1.0), y el marcador de estadificación varió de 1 (1.2) a 1 (0.1), $p=0.002$. La media de la puntuación total de DLQI disminuyó de 21 (17, 22) a 13.6 (10, 17), con variación de 7.4 ($p=0.0001$); dicha variación también fue corroborada por los componentes del DLQI. **Conclusiones:** El tratamiento homeopático individualizado se asoció con una mejoría significativa de las puntuaciones en VASI, VETF y DLQI. La premisa de que los efectos observados se deben a placebo se debe aclarar en futuros ensayos clínicos aleatorios doble ciego, precedidos por estudios de viabilidad.

Recibido: enero, 2014. **Aceptado:** febrero, 2014

Abstract

KEYWORDS:

Homoeopathy, Vitiligo.

Background: Vitiligo is a common hypopigmentation disorder with significant psychological impact. An evaluation of homeopathic treatment was performed in individuals with vitiligo in a hospital outpatient clinic in West Bengal, India. **Methods:** 30 participants (median age 27 years old, 57% female) were recruited for a prospective open-label pilot study and treated with individualized homeopathic medicines for six months. Efficacy was assessed after three months and six months using Vitiligo Area Scoring Index (VASI) score, Vitiligo European Task Force (VETF) score, and Dermatological Life Quality Index (DLQI) score, which are validated outcome measures evaluating the area, intensity, spread of depigmentation of vitiligo lesions, and quality of life (QoL). **Results:** A total of 27 participants completed the trial; 3 dropped out. After 6 months of treatment, the median VASI total score improved significantly by 0.1 units ($p=0.003$), from 0.8 (0.5, 1.5) to 0.7 (0.3, 0.8) on a scale from 0 (no depigmentation) to 100 (completely depigmented). Similarly, the VETF median score improved by 2 units ($p=0.0001$) from 1 (0, 1) to -1 (-1, 0) and the staging score changed from 1 (1, 2) to 1 (0, 1), $p=0.002$. The total DLQI median score exhibited significant reduction from 21 (17, 22) to 13.6 (10, 17), change 7.4 ($p=0.0001$), as also did its components. **Conclusions:** Individualized homeopathic treatment associated with significant improvement of VASI, VETF and DLQI scores. The extent to which the observed effects were due to placebo needs clarification in future randomized double-blind clinical studies preceded by feasibility studies.

Introducción

El vitiligo es el trastorno crónico de despigmentación más común, donde la pérdida de funcionalidad de los melanocitos provoca la aparición de decoloraciones o manchas blancas en la piel. El vitiligo afecta al 1% de la población mundial¹; sin embargo, la prevalencia reportada en algunas poblaciones del Sur de Asia, México y otras poblaciones americanas ha llegado al 4%²⁻⁶.

Esta patología aparece en el 50% de los casos después de los 20 años de edad⁷⁻¹⁰; asimismo, puede provocar trastornos psicológicos y emocionales en un porcentaje que va del 16 al 35% de los pacientes¹¹, siendo más comunes problemas como baja autoestima, autodegradación de la imagen, depresión, alteraciones del sueño, pensamientos y tendencias suicidas, trastornos en las relaciones sexuales y evasión de situaciones sociales¹²⁻¹⁷. Frecuentemente, el vitiligo suele confundirse con la lepra, por lo que es ampliamente estigmatizado¹⁸ y resulta estética y psicológicamente devastador¹⁹. La patogénesis de esta afección no se ha esclarecido por completo²⁰⁻²³, y el tratamiento, generalmente, no ha sido satisfactorio²⁴. Distintos estudios clínicos practicados en los últimos

43 años han evaluado hasta 68 diferentes terapias²⁵.²⁶ Muchas revisiones sistemáticas²⁷⁻³¹ han evaluado el manejo de vitiligo, determinando la eficacia clínica de los corticosteroides tópicos, la exposición a la luz ultravioleta B (UVB), la administración de psoralenos con luz ultravioleta A (también llamada terapia PUVA), el calcipotriol, la L-fenilalanina, la utilización de inmunomoduladores tópicos como el tacrolimus y el pimecrolimus, el láser de excimeros o láser excimer, la terapia quirúrgica y los productos de salud natural (NHPs, por sus siglas en inglés). Sin embargo, aunque las revisiones han concluido que este tipo de terapias son prometedoras, ha surgido la preocupación sobre sus efectos secundarios a largo plazo, siendo necesaria una evaluación aún más detallada, antes de obtener conclusiones definitivas³².

A pesar de las búsquedas exhaustivas en diferentes bases de datos, como Medline (PubMed), Cochrane, Google académico, Embase (Elsevier), AMED (Biblioteca Británica), CCRH (India), CINAHL (Ebsco Publishing, Ovid Technologies, ProQuest), Ciscom (RCCM, Inglaterra), CAM (Escuela de Medicina de la Universidad de Maryland, Estados Unidos), Hom-Infom (Hospital Homeopático de Glasgow, Escocia), Lilacs (Librería Virtual de Salud, Brasil), MANTIS Database (ChiroAccess) y SIGLE (Europa), usando varios métodos de búsqueda, sólo se encontraron

cuatro estudios observacionales sobre vitiligo³³⁻³⁶. Se encontró, además, que la calidad metodológica en estos estudios fue pobre, ya que carecieron de reportes adecuados, así como de medidas válidas de los resultados. Por lo tanto, decidimos realizar el presente estudio observacional con medidas validadas de los resultados para determinar la eficacia del tratamiento homeopático individualizado en pacientes con vitiligo.

Métodos

En el presente estudio observacional prospectivo se incluyeron pacientes de forma consecutiva posterior a su primera consulta con un médico, y subsecuentemente se les dio seguimiento usando cuestionarios estandarizados. El protocolo de estudio fue aprobado por el comité ético institucional del Hospital y Colegio Médico Homeopático Mahesh Bhattacharyya (*Mahesh Bhattacharyya Homeopathic Medical College and Hospital*), perteneciente al gobierno del estado de Bengala Occidental, India. La evaluación de los voluntarios abarcó un rango de 5 a 80 años de edad, de ambos géneros, los cuales presentaban de 25 a 75% de despigmentación residual, según el Índice de Puntuación del Área con Vitiligo (*Vitiligo Area Scoring Index, VASI*), que se encontraban en los estadios 1 o 2 de la escala de la Comisión Europea de Vitiligo (*Vitiligo European Task Force, VETF*) con una extensión (+1) a (-1).

Además, se incluyeron pacientes que ya seguían un tratamiento convencional por vía oral y/o tópica, o algún otro tratamiento para el vitiligo, aunque éste se suspendió completamente un mes antes de registrarse en el estudio. Se incluyeron también pacientes que se encontraban bajo tratamiento farmacológico convencional de vital importancia, es decir, que tomaban fármacos antidiabéticos, antihipertensivos, de control tiroideo, etcétera. Se excluyeron los voluntarios con enfermedades o infecciones sistémicas no controladas, sin evaluar, complicadas o que afectarían la calidad de vida, así como a mujeres embarazadas y lactantes.

Inicialmente, las lesiones de los pacientes fueron calificadas según las citadas escalas VASI y VETF, además de que se les pidió que calificaran su calidad de vida relacionada con la salud, basán-

dose en el cuestionario Índice de Calidad de Vida en Dermatología (*Dermatological Life Quality Index, DLQI*). Se utilizaron las mismas medidas y el mismo cuestionario luego de tres y seis meses de tratamiento para asegurar una evaluación continua.

El análisis estadístico se basó en el enfoque de intención de tratar (*intention to treat*), es decir, incluyó al final del análisis a todos los voluntarios ingresados, hubieran o no terminado el tratamiento. Se sustituyeron los valores faltantes mediante el método de máxima veracidad. Los análisis se realizaron utilizando una computadora portátil con procesador Intel® Core™ i3-2328M 2.20 GHz, 2.00 GB de RAM, con Windows 7 de 64 bits y Microsoft Office Excel 2007, así como consultando varios sitios *web* de estadística digital. Se aplicó también una prueba no paramétrica de Friedman para comparar los datos obtenidos en sentido longitudinal al inicio, a los tres y a los seis meses. $p < 0,05$ (dos colas) se consideró estadísticamente significativa.

El estudio clínico fue documentado en el registro de estudios clínicos de la India, con el número CTRI/2013/08/003879

Resultados:

De los 53 pacientes con vitiligo proyectados al departamento de consulta externa, 23 (43.4%) fueron excluidos, y 30 (56.6%) fueron reclutados. A todos los pacientes enrolados se les asignó un tratamiento homeopático. Tres (10%) de los voluntarios desertaron, y 27 (90%) completaron el estudio. De estos 27 voluntarios reclutados ($n=30$; 100%) todos llegaron al final del análisis (figura 1).

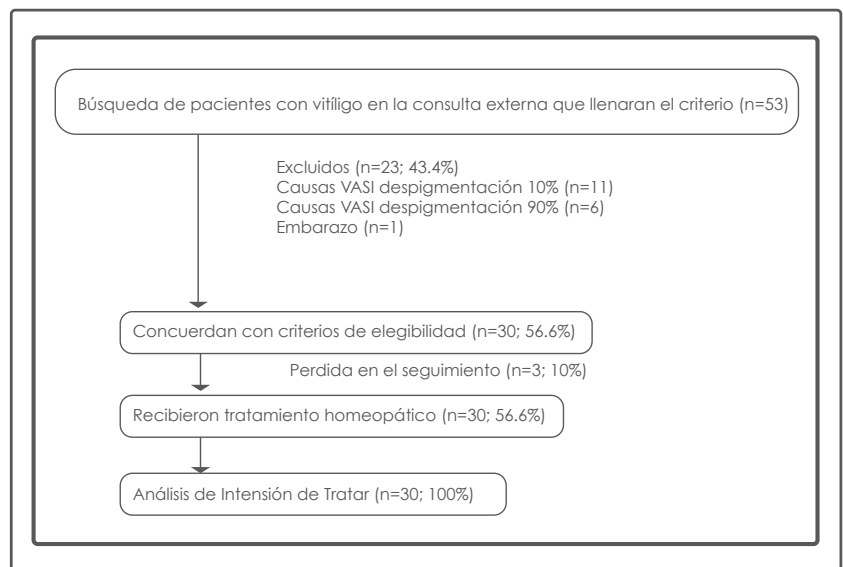


Figura 1. Diagrama de flujo de los pacientes.

En el presente análisis se incluyeron 30 pacientes (tabla 1) con diagnóstico de vitiligo por 18 meses (mediana; rango intercuartil - IQR 4-36). La edad promedio de los integrantes de la muestra fue de 27 años (IQR 13-38), en su mayoría pertenecientes al grupo de edad de entre 21 y 40 años (n=17; 56.7%). La mayoría de los participantes residían en áreas urbanas (n=21; 70%) y pertenecían a familias de medianos ingresos (n=24; 80%); asimismo, seis

(20%) voluntarios tenían antecedentes familiares de vitiligo y una historia de lesiones previas en los sitios actuales de lesión. De los 30 pacientes, 19 (63.3%) fueron tratados previamente para el vitiligo, en su mayoría con un tratamiento convencional (n=15; 79%). Los diagnósticos paralelos fueron evaluados al inicio del estudio; entre los más comunes se encontraron las enfermedades crónicas, especialmente la anemia (n=14; 46.7%), como puede observarse en la tabla 1.

Edad en años	
Total	27 (13-38 años)
0-20	11 (36.7%)
21-40	13 (43.3%)
41-60	4 (13.3%)
61-80	2 (6.7%)
Género	
Masculino	13 (43.3%)
Femenino	17 (56.7%)
Nivel de ingreso (en rupias por mes)	
< 10,000	6 (20%)
10,000 - 20,000	24 (80%)
Población de origen	
Urbana	21 (70%)
Rural	9 (30%)
Religión	
Hindú	27 (90%)
Islam	3 (10%)
Historia familiar positiva de vitiligo	6 (20%)
Lesión previa en el lugar de la mancha	6 (20%)
Tratamiento previo	19 (63.3%)
Convencional	15 (79%)
Homeopático	2 (10.5%)
Ambos	2 (10.5%)
Otros diagnósticos de base	
Anemia	14 (46.7%)
Infecciones respiratorias frecuentes	6 (20%)
Migraña	2 (6.7%)
Verrugas	2 (6.7%)
Otras*	5 (16.7%)

Tabla 1. Estado sociodemográfico de la muestra. *Se incluyen flatulencia, hipotiroidismo, intertrigo, diabetes mellitus tipo 2 y menorragia.

Después de su visita inicial, los pacientes se sometieron a una consulta médica seguida de un análisis del caso. Todos los voluntarios recibieron el primer medicamento homeopático ese mismo día. Las visitas posteriores eran comparativamente más cortas. El número total de visitas fue de 160; los medicamentos se prescribieron en 83 consultas (51.9%), mientras que en el resto (77) se empleó placebo (48.1%).

La dilución más utilizada fue 200CH, en el 78.3% de los casos, seguida por la 1000CH, en el 20.5%. Los medicamentos homeopáticos prescritos con mayor frecuencia fueron Sulphur (18.1%), Thuja occidentalis (14.5%), Calcarea carbonica (13.3%), Natrum muriaticum (8.4%), Nitricum acidum y Pulsatilla nigricans (7.2%). En seis de los casos (20%) se realizó un cambio de medicamento (figura 2).

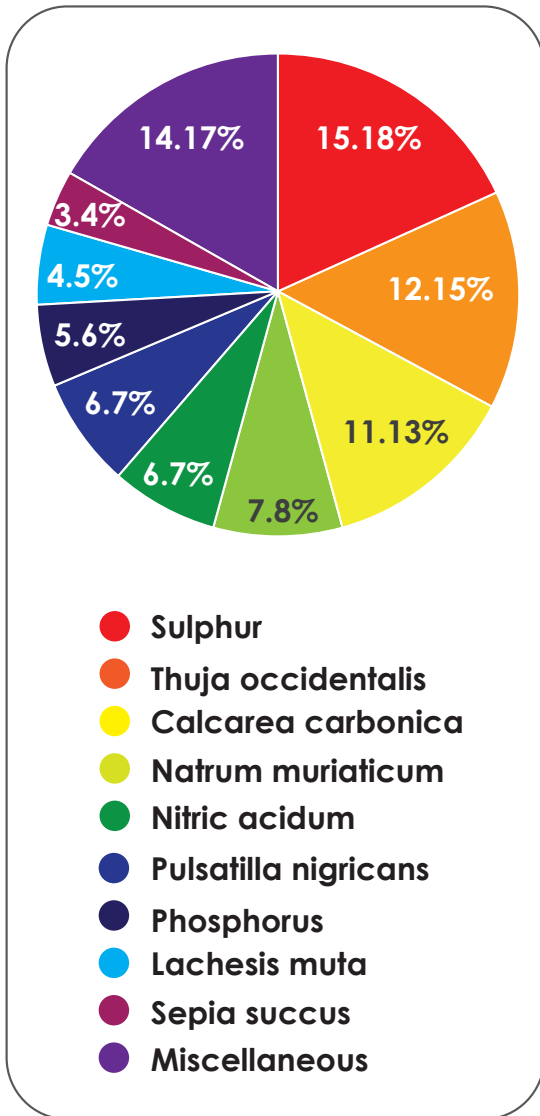


Figura 2. Medicamentos utilizados en el estudio.

Valores medidos	Valores medios (Inter Quartile Range)			Valor de χ^2 p
	Nivel basal	Después de 6 meses	Después de 3 meses	
VASI total	0.8 (0.5 to 1.5)	0.8 (0.5 to 1.3)	0.7 (0.3 to 0.8)	11.7; 0.003*
VETF				
1. Estadio	1 (1 to 2)	1 (1 to 2)	1 (0 to 1)	12.4; 0.002*
2. Diseminación	1 (0 to 1)	0 (0 to 1)	-1 (-1 to 0)	22.2; 0.0001*
DLQI				
Total score	21 (17 to 22)	17 (13 to 19)	13.6 (10 to 17)	26.6; 0.0001*
1. Síntomas emociones	5 (4 to 6)	4 (4 to 5)	3.6 (3 to 4)	17.7; 0.0001*
2. Actividades diarias	4 (3 to 5)	4 (2 to 4)	4 (2 to 4)	14.3; 0.0001*
3. Ocio	4 (4 to 5)	4 (3 to 4)	3 (2 to 4)	18.8; 0.0001*
4. Trabajo, escuela	2 (2 to 2)	2 (1 to 2)	1 (1 to 1.1)	13.4; 0.001*
5. Relación interpersonal	4 (2 to 5)	3 (2 to 4)	2.6 (2 to 3)	16.3; 0.0001*
6. Tratamiento	1.5 (1 to 2)	1 (0 to 1)	0 (0 to 1)	21.3; 0.0001*

Valor de *p de la prueba de Friedman de dos colas < 0.05 se considera como estadísticamente significativo.

Tabla 2. Cambios en los parámetros de resultado del vitiligo.

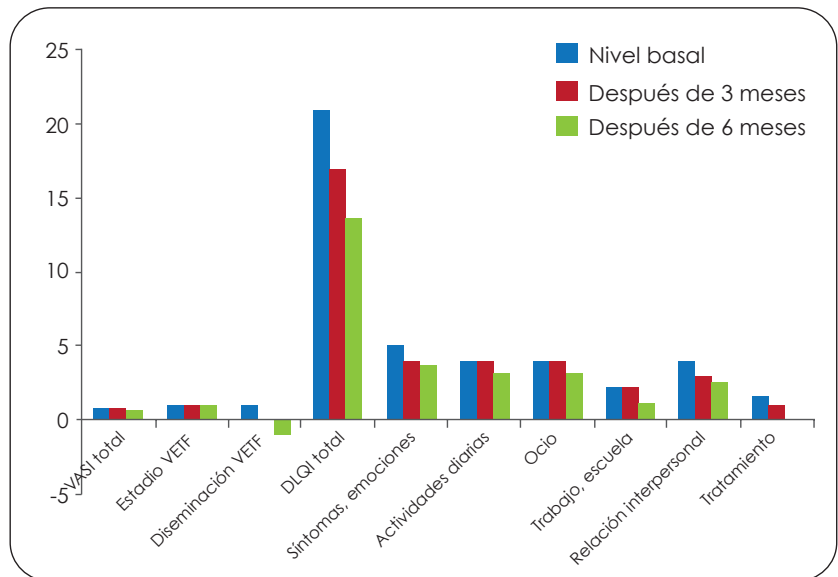


Figura 3. Cambios en los indicadores de resultado del vitiligo, a lo largo del tiempo, después del tratamiento homeopático.

La puntuación de VASI mejoró significativamente con una $p=0.003$ (Prueba de Friedman de dos colas) de 0.8 (0.5, 1.5) a nivel basal, a 0.8 (0.5, 1.3) después de tres meses de tratamiento, y a 0.7 (0.3, 0.8) después de seis meses. Se observaron mejorías significativas similares ($p=0.002$) en la escala VETF, cuando se compararon las puntuaciones en los tres puntos temporales. También se observaron reducciones significativas ($p=0.0001$) en las lesiones de vitiligo de 1 (0.1) al inicio del estudio, a 0 (0.1) después de tres meses, y de -1 (-1.0) a estado basal después de seis meses. Se constataron cambios similares en el cuestionario DLQI. La puntuación total DLQI disminuyó de 21 (17, 22) a 17 (13, 19) y a 13.6 (10, 17), con un valor de $p=0.0001$. Los seis componentes de DLQI, como son los síntomas y sentimientos, actividades diarias, el ocio, el trabajo y la escuela y las relaciones personales, también mejoraron significativamente con el tratamiento ($p < 0.05$), como puede apreciarse en la tabla 2 y la figura 3.

Discusión

En el presente estudio observacional prospectivo dirigido a proporcionar una visión general sobre el tratamiento homeopático y la evolución de 30 pacientes con vitiligo, la evaluación de las medidas de resultado mostró una mejora sustancial consistente.

El estudio realizado por Prasad y colaboradores³⁷ (1987-2003) involucró a 282 pacientes con vitiligo y reportó diversos grados de mejora en 182 de ellos después de un tratamiento homeopático. Los medicamentos que se utilizaron con más frecuencia fueron *Arsenicum sulphuratum flavum*, *Arsenicum album*, *Nitricum acidum*, y *Syphilinum* como intercurrente. Por su parte, en el estudio realizado por Shradhyamayananda y colaboradores³⁸ (2006-2010) se incluyeron 200 pacientes y se demostró mejoría en 190 de ellos.

Esas conclusiones fueron corroboradas por la biopsia pre y posterior al tratamiento de las lesiones. Los medicamentos que se usaron con mayor frecuencia en dicho estudio fueron *Calcarea carbonica*, *Lycopodium clavatum*, *Lachesis muta*, *Mezereum*, *Natrum muriaticum*, *Sepia officinalis*, *Arsenicum sulphuratum flavum*, y *Arsenicum album*.

El Gobierno del Territorio de la Capital Nacional de Nueva Delhi, India, puso en marcha dos proyectos de investigación clínica sobre vitiligo, uno en el Colegio Médico y Hospital Nehru y otro en el

Colegio Médico Homeopático y Centro de Investigación B.R. Sur, en 2001 y 2003 respectivamente^{39, 40}.

El primer estudio contó con 199 participantes, de los cuales 118 informaron diversos grados de mejoría. Los principales medicamentos empleados fueron *Natrum muriaticum*, *Nux vomica*, *Sulphur*, *Pulsatilla nigricans*, *Lycopodium clavatum*, *Phosphoro*, *Calcarea carbonica* y *Calcarea phosphorica*, así como *Tuberculinum bovinum*, *Syphilinum* y *Carcinosinum* como intercurrentes, y *Mangifera indica*, *Mica*, *Arsenicum sulphuratum flavum*, y *Psoralea corylifolia* como específicos. El segundo estudio se llevó a cabo con 64 pacientes, 44 de los cuales demostraron resultados positivos. *Arsenicum album*, *Arsenicum sulphuratum flavum*, *Argentum nitricum*, *Calcarea carbonica*, *Ignatia amara*, *Lycopodium clavatum* y *Kalium carbonicum* fueron los remedios más utilizados, junto con *Carcinosinum*, *Tuberculinum*, y *Syphilinum* como intercurrente.

El hallazgo de prescripciones frecuentes de *Sulphur* y *Calcarea carbonica* en nuestro estudio corroboran los hallazgos de investigaciones anteriores; sin embargo, el *Arsenicum album* se indicó con poca frecuencia, en tanto que el *Arsenicum sulphuratum flavum* no fue prescrito en ningún caso. Debe tenerse en cuenta que en este último estudio el tamaño de la muestra fue demasiado pequeña para inferir conclusiones sólidas sobre los medicamentos más adecuados para tratar el vitiligo.

La incidencia del vitiligo fue muy semejante entre los hombres y las mujeres de nuestro estudio, lo que concuerda con resultados anteriores⁴¹⁻⁴³. La aparición del vitiligo, sobre todo en personas entre 21 y 40 años de edad, también corrobora los resultados de estudios anteriores. La prevalencia de antecedentes familiares positivos fue comparativamente menor en nuestro estudio que en los anteriores⁴⁵⁻⁴⁷. También se encontró el antecedente de una lesión como factor importante para la aparición del vitiligo, corroborando estudios anteriores⁴⁸.

Las fortalezas metodológicas de nuestro estudio, incluyendo el reclutamiento consecutivo de pacientes, el uso de instrumentos de resultados estandarizados, así como la prescripción por parte de un médico homeópata con un postgrado registrado, practicante de la Homeopatía "clásica" o individualizada, reflejan una muestra razonablemente representativa de la práctica homeopática contemporánea. Por lo tanto, hay que destacar que nuestros resultados representan un tipo de enfoque homeopático. En contraste con otros ensayos aleatorios, en nuestro estudio se describe a los pacientes de la práctica diaria con

múltiples comorbilidades y diferentes estilos de vida. Esto garantizó un alto grado de validez que permite la extrapolación a la atención médica habitual.

En futuras investigaciones, las evaluaciones y los diagnósticos por dermatólogos serán valiosos para ratificar el diagnóstico a través de criterios más estandarizados y objetivos. Nuestro estudio evaluó el tratamiento homeopático, total y completo, incluyendo el contexto del enfermo y el efecto placebo, así como los tratamientos adicionales en condiciones de atención médica habitual. No se puede determinar hasta qué grado los efectos observados en los pacientes se deben a los remedios homeopáticos aplicados, debido a que no se utilizó una metodología ideal.

Por lo tanto, nuestro estudio no debe interpretarse como un pilar de las conclusiones relativas sobre la eficacia de los remedios homeopáticos sobre el vitiligo, pero sí sobre la eficacia del efecto total en el enfermo que consulta a un médico homeópata. Tampoco pudimos encontrar otras evaluaciones de altas potencias sobre el vitiligo, por lo que la cuestión de la eficacia de cualquier remedio único homeopático sigue sin respuesta. Queda pendiente también la investigación del costo-beneficio del tratamiento homeopático en este padecimiento.

Conclusión

Se demostraron mejoras marcadas en la salud y en la calidad de vida de los pacientes con vitiligo tratados con Homeopatía "clásica". Sin embargo, la verdadera magnitud de los efectos placebo o del tratamiento homeopático no se han investigado, y dilucidar el papel de estos factores será una tarea difícil, pero prometedora para futuras investigaciones.

Agradecimientos

Los autores queremos agradecer al doctor y profesor Amitava Biswas, director del Hospital y Colegio Médico Homeopático Mahesh Bhattacharyya (*Mahesh Bhattacharyya Homoeopathic Medical College & Hospital*), por permitirnos realizar el estudio en su institución. También damos las gracias a los equipos técnicos y a los pacientes por su participación y contribución para llevar a este estudio a buen fin.

REFERENCIAS

1. Whitton ME, Pinart M, Batchelor J, Lushey C, Leonardi-Bee J, González U. Interventions for vitiligo. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; 1: CD003263. doi: 10.1002/14651858.CD003263.pub4. PMID: 20091542.
2. Howitz J, Brodthagen H, Schwartz M, Thomsen K. Prevalence of vitiligo. Epidemiological survey on the Isle of Bornholm, Denmark. *Arch Dermatol.* 1977; 113: 47-52. PMID: 831622.
3. Boisseau-Garsaud AM, Garsaud P, Calès-Quist D, Hélénon R, Quénehervé C, Claire RC. Epidemiology of vitiligo in the French West Indies (Isle of Martinique). *Int J Dermatol.* 2000; 39: 18-20. PMID: 10651958.
4. Whitton ME, Ashcroft DM, Barrett CW, Gonzalez U. Interventions for vitiligo. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (1): CD003263. PMID: 16437451.
5. Sehgal VN, Srivastava G. Vitiligo: compendium of clinico-epidemiological features. *Indian Journal of Dermatology, Venerology and Leprology.* 2007, 73(3): 149-156. PMID: 17558045.
6. Parsad D, Pandhi R, Juneja A. Effectiveness of oral Ginkgo biloba in treating limited, slowly spreading vitiligo. *Clinical & Experimental Dermatology.* 2003, 28(3): 285-287. PMID: 12780716.
7. Halder RM, Nootheti PK. Ethnic skin disorders overview. *J Am Acad Dermatol.* 2003; 48(6 Supl): S143-148. PMID: 12789168.
8. Behl PN, Bhatia RK. 400 cases of vitiligo. A clinico-therapeutic analysis. *Indian J Dermatol.* 1972; 17(2): 51-56. PMID: 5039893.
9. Mehta HR, Shah KC, Theodore C. Epidemiological study of vitiligo in Surat area, South Gujarat. *Indian Journal of Medical Research.* 1973; 61: 145-154.
10. Barona MI, Arrunátegui A, Falabella R, Alzate A. An epidemiologic case-control study in a population with vitiligo. *J Am Acad Dermatol.* 1995; 33(4): 621-625. PMID: 7673496.
11. Ongenae K, Beelaert L, Van Geel N, Naeyaert JM. Psychosocial effects of vitiligo. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology* 2005; 20(1): 1-8. PMID: 16405601.
12. *Ibid.*
13. Porter JR, Beuf AH, Lerner AB, Nordlund JJ. The effect of vitiligo on sexual relationships. *J Am Acad Dermatol.* 1990; 22(2 Pt 1): 221-222. PMID: 2312803.
14. Porter J, Beuf AH, Lerner A, Nordlund J. Response to cosmetic disfigurement: patients with vitiligo. *Cutis.* 1987; 39(6): 493-494. PMID: 3608575.
15. Porter J, Beuf A, Nordlund JJ, Lerner AB. Personal responses of patients to vitiligo: the importance of the patient-physician interaction. *Arch Dermatol.* 1978; 114(9): 1384-1385. PMID: 686757.
16. Porter J, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB. Psychological reaction to chronic skin disorders: a study of patients with vitiligo. *Gen Hosp Psychiatry.* 1979; 1(1): 73-77. PMID: 499777.
17. Papadopoulos L, Bor R, Legg C. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *Br J Med Psychol.* 1999; 72 (Pt 3): 385-396. PMID: 10524722.

18. Lerner AB, Nordlund JJ. Vitiligo. What is it? Is it important? *JAMA*. 1978; 239(12): 1183-1187. PMID: 628076.
19. Grimes PE. New insights and new therapies in vitiligo. *JAMA*. 2005 Feb 9;293(6):730-735. PMID: 15701915.
20. *Ibid.*
21. Forschner T, Buchholtz S, Stockfleth E. Current state of vitiligo therapy--evidence-based analysis of the literature. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007; 5(6): 467-75. PMID: 17537039.
22. Chu CY, Liu YL, Chiu HC, Jee SH. Dopamine-induced apoptosis in human melanocytes involves generation of reactive oxygen species. *Br J Dermatol*. 2006; 154(6): 1071-1079. PMID: 16704636.
23. Park ES, Kim SY, Na JI, Ryu HS, Youn SW, Kim DS, *et al.* Glutathione prevented dopamine-induced apoptosis of melanocytes and its signaling. *J Dermatol Sci*. 2007; 47(2): 141-149. Epub 2007 May 4. PMID: 17481858.
24. Eleftheriadou V, Whitton ME, Gawkrödger DJ, Batchelor J, Corne J, Lamb B, *et al.* Future research into the treatment of vitiligo: where should our priorities lie? Results of the vitiligo priority setting partnership. *Br J Dermatol*. 2011; 164(3): 530-536. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.10160.x. PMID: 21128908. PMCID: PMC3084501.
25. Whitton ME, Pinart M, Batchelor J, Lushey C, Leonardi-Bee J, González U. *Op cit.*
26. Radtke MA, Schäfer I, Gajur AI, Augustin M. Clinical features and treatment outcomes of vitiligo from the patients' perspective: results of a national survey in Germany. *Dermatology*. 2010; 220(3): 194-200. doi: 10.1159/000275657. PMID: 20203472.
27. Parsad D, Pandhi R, Juneja A. *Op cit.*
28. Grimes PE. *Op cit.*
29. Forschner T, Buchholtz S, Stockfleth E. *Op cit.*
30. Szczurko O, Boon HS. A systematic review of natural health product treatment for vitiligo. *BMC Dermatol*. 2008; 8: 2. doi: 10.1186/1471-5945-8-2. PMID: 18498646.
31. Cormane RH, Siddiqui AH, Westerhof W, Schutgens RB. Phenylalanine and UVA light for the treatment of vitiligo. *Arch Dermatol Res*. 1985; 277(2): 126-130. PMID: 3885873.
32. Whitton ME, Pinart M, Batchelor J, Lushey C, Leonardi-Bee J, González U. *Op cit.*
33. Prasad RVR, Raveender C, Lakshmi B, Singh K, Vichitra AK, Oberoi P, *et al.* Clinical evaluation of pre-defined homeopathic medicines in vitiligo. *Clinical Research Studies*. 2009, Series II, p. 85-92. Consejo Central para la Investigación en Homeopatía, Gobierno de la India.
34. Shradhyamayananda S, Dasgupta S, Basu SK, Swarnakar G. Significant remission of vitiligo by ultradiluted alternative medicines. *Asian J Pharm Clin Res*. 2012; 5(2): 33-35.
35. Khanna VK. Clinical approach to vitiligo at Nehru Homoeopathic Medical College and Hospital, New Delhi. *The Homoeopathic Prestige*. 1992; 8(7 y 8): 263-272.
36. *Clinical Research in Vitiligo* [internet]. India: Gobierno del Territorio de la Capital Nacional de Delhi; c2012 [citado 28 May 2013]. Nehru Homoeopathic Medical College and Hospital, Dr. B. R. Sur Homoeopathic Medical College, Hospital and Research Centre [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.delhi.gov.in/wps/wcm/connect/doiit-homeopathy/Homeopathy/Default/Studies/Research+in+Vitiligo>.
37. Prasad RVR, Raveender C, Lakshmi B, Singh K, Vichitra AK, Oberoi P, *et al.* *Op cit.*
38. Shradhyamayananda S, Dasgupta S, Basu SK, Swarnakar G. *Op cit.*
39. Khanna VK. *Op cit.*
40. *Clinical Research in Vitiligo* [internet]. *Op cit.*
41. Das SK, Majumder PP, Chakraborty R, Majumdar TK, Haldar B. Studies on vitiligo. I. Epidemiological profile in Calcutta, India. *Genet Epidemiol*. 1985; 2(1): 71-78. PMID: 4054593.
42. Dutta AK, Mondal SB. A clinical study of vitiligo. *Indian J Dermatol*, 1969; 15: 103-105.
43. Marks R. *Roxburgh's common skin diseases*, 17a ed. Reino Unido: Hodder Arnold Publishing; 2003. pp 1-11, 295-298.
44. Freedberg IM, Arthur Z, Klauss W, Austen KF, Lowell AG, Stephen K. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*, 6a ed. Nueva Delhi: McGraw-Hill Professional; 2003.
45. Dutta AK, Mondal SB. *Op cit.*
46. Bhutani LK, Khanna N. *Bhutani's colour atlas of dermatology*, 5a ed. Nueva Delhi. Mehta Publishers; 2006. p. 147.
47. Koranne RV, Sehgal VN, Sachdeva KG. Clinical profile of vitiligo in North India. *Indian J Dermatol Venereal Leprol*. 1986; 52: 81-82.
48. Freedberg IM, Arthur Z, Klauss W, Austen KF, Lowell AG, Stephen K. *Op cit.*

OTRAS OBRAS CONSULTADAS

- Panin G, Strumia R, Ursini F. Topical alpha-tocopherol acetate in the bulk phase: eight years of experience in skin treatment. *Ann N Y Acad Sci*. 2004 Dec;1031:443-7. PMID: 15753192.
- Ichiro K, Aki MA, Kumiko E, Sang JB. Vitamin D3 and solar irradiation in the treatment of vitiligo vulgaris. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*. 2002; 16(1 Supl): 341.
- Shigetoshi S. Treatment of vitiligo with Vitamin D3 (tacalcitol). *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*. 2002; 16(1 Supl): 275.
- Siddiqui AH, Stolk LM, Bhaggoe R, Hu R, Schutgens RB, Westerhof W. L-phenylalanine and UVA irradiation in the treatment of vitiligo. *Dermatology*. 1994;188(3):215-8. PMID: 8186511.

Artículo de revisión

* Marco Normativo para la Educación Médica Continua. La Importancia para el Médico Homeópata

** Jorge A. Fernández Pérez

Resumen

La educación continua es aquella que se realiza después de obtener un título profesional, y que es independiente de la acreditación de nuevos grados; incluye cursos (talleres, seminarios, monográficos, de actualización, capacitación), diplomados, congresos, encuentros, sesiones y cualquier otra actividad presencial o a distancia, que no suponga la obtención de un grado académico.

Es evidente que estas herramientas para la formación continua han adquirido un valor trascendental en todas las profesiones de nuestro tiempo, particularmente en la medicina, donde los avances científicos y tecnológicos se presentan a una velocidad vertiginosa. En este sentido, el presente artículo muestra el marco normativo que regula las actividades de educación médica continua en México y hace una propuesta para que la comunidad médico homeopática fortalezca su ejercicio profesional a través de estos recursos y de sus propias instituciones.

Abstract

Continuing education is one that is done after obtaining an undergraduate degree, and is independent of the accreditation of new degrees, including courses (workshops, seminars, monographs, upgrade courses, training), conferences, meetings, sessions, and any other face activity, or distance, which does not involve obtaining a degree.

PALABRAS CLAVE:

Educación médica continua, Profesión médica, Médico homeópata, Normatividad, Comité Normativo Nacional de Medicina General, Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General.

*Trabajo presentado en el XXXIV Congreso Nacional de Medicina Homeopática, realizado del 24 al 26 de octubre de 2013 en Juriquilla, Querétaro.

**Doctor en Educación. Médico Cirujano y Homeópata. Presidente del Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático, A. C. Profesor Investigador de la Facultad de Filosofía y Letras de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. jafp58@prodigy.net.mx

Recibido: noviembre, 2013. **Aceptado:** febrero, 2014

KEYWORDS:

Continuing Medical Education, Medical Profession, Homeopathic medical, Regulations, National Standards Committee of General Medicine, National Program Update and Academic Development for the General Practitioner.

Clearly these tools for lifelong learning have acquired a transcendental value in all walks of our time, particularly in medicine, where scientific and technological advances present at breakneck speed. In this sense, this article shows the regulatory framework governing the activities of continuing medical education in Mexico and makes a proposal for homeopathic medical community strengthen their professional practice through these resources and their own institutions.

Introducción

La educación continua, que es aquella que inicia propiamente cuando termina la instrucción formal, surgió después de replantear y poner a discusión la idea tradicional de enseñanza, la cual no había detectado el desequilibrio progresivo que ocurre entre los conocimientos adquiridos por un alumno dentro de su proceso de formación profesional y aquellos que se van generando como producto del avance de las distintas disciplinas, ciencias y técnicas. El concepto de educación continua se sustenta en los resultados de la Conferencia Mundial de Educación Superior, convocada en 1998 por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco)¹, la cual estableció que el aprendizaje a lo largo de la vida como un eje fundamental del sistema educativo deberá atender las necesidades y las oportunidades que se presentan en el marco de las sociedades del conocimiento del nuevo siglo.

En el caso de la profesión médica, que debe mantenerse al día sobre los adelantos que se producen en el mundo de manera vertiginosa, no sólo se ha recurrido a aquellas actividades de educación continua impartidas por las instituciones de educación superior, sino también al uso de todos aquellos mecanismos de información que existen actualmente a su alcance: cursos, diplomados y asistencia a congresos, conferencias y pláticas impartidas por las instituciones, colegios o sociedades de profesionales relacionados con el campo de la salud. Los diplomados, cursos de actualización y otros eventos académicos dentro del campo de la salud, impartidos por las diversas colectividades de profesionales, son una

realidad que pretende cubrir las necesidades de educación continua para la salud².

En este contexto, la actualización de la comunidad médico homeopática mexicana es un tema sobre el que las diversas instituciones y agrupaciones de profesionistas se han ocupado desde hace muchos años; ejemplo de ello ha sido la realización de congresos y foros nacionales, así como las jornadas médicas y cursos (presenciales y a distancia) que posibilitan que el médico homeópata renueve permanentemente sus conocimientos tanto en el área médica como en el campo de la Homeopatía. Sin embargo, es importante hacer notar que una gran cantidad de estas actividades se realizan sin contar con un aval académico oficial, aspecto que hoy es necesario ante las nuevas políticas desarrolladas en torno a la educación médica continua, y que llevan a que estas actividades sean reconocidas y certificadas dentro del ámbito médico.

Una de las funciones de este artículo es, precisamente, la de presentar el marco normativo que actualmente regula a todas las actividades de educación médica continua.

Educación médica continua

La medicina, su enseñanza y su práctica son punto de encuentro de muchos caminos³. Durante el siglo XIX, Sir William Osler⁴ hizo notar la importancia de que el médico renovara en forma continua sus cono-

cimientos; sin embargo, fue hasta la primera década del siglo XX cuando, en el contexto educativo, se dio cabida a la educación continua y otras opciones para orientar los esfuerzos en pro de la actualización de los adultos que no contaban con la suficiente preparación para responder a las exigencias del ámbito laboral⁵. La aplicación de los principios de la educación continua al campo de la medicina comenzó en los Estados Unidos por iniciativa de William Mayo, en 1907; paralelamente, se vislumbró la conveniencia de su afiliación a un sistema universitario, lo que hizo que se implementaran fondos y se iniciaran programas específicos en la Universidad de Minnesota, también en los Estados Unidos, fundándose en 1915 la primera asociación que protegería los intereses de la educación continua en favor de la comunidad⁶.

La insuficiencia de profesionales para atender las temáticas que día a día se incrementaban en diferentes ámbitos se acentuaría a raíz de la primera y la segunda guerras mundiales, cuando diversas naciones requirieron de trabajadores especializados para intervenir en las fórmulas de defensa, ataque y provisión de insumos correspondientes. La ampliación de posibilidades de medios de comunicación promovió la instauración de diversas opciones para formar personal calificado y para actualizar a los que estaban en ejercicio. Con los rápidos avances en ciencia y tecnología, no pasó mucho tiempo para que los conocimientos que poseían aquellos profesionales comenzaran a ser obsoletos. Así, después de la Segunda Guerra Mundial, la expansión de la educación continua fue particularmente rápida y se convirtió pronto en un patrón de referencia internacional.

En México, los primeros trabajos relacionados con el proceso de actualización de los profesionistas se presentaron en 1933, al formularse las Primeras Jornadas de Actualización Médica⁷. En la actualidad, la educación médica continua es definida como la serie de actividades planeadas, sustentadas en la necesidad de una atención médica de mayor calidad, moderna y científica, que le permite al médico mantener, desarrollar o incrementar su conocimiento, sus destrezas y su proyección profesional para servir mejor a sus pacientes y a las instituciones, y desempeñarse dignamente como un profesionista actualizado y científico⁸. Asimismo, se considera como un proceso por medio del cual el médico se pone al tanto de los avances conceptuales y técnicos que ocurren en el panorama general de la medicina y, de manera particular, de la rama que cultiva. Esta modalidad de educación fue aceptada y definida dentro del ámbito de la profesión médica desde la década de los ochenta del siglo XX.

De acuerdo con Alberto Lifshitz⁹, la educación médica continua se conceptualiza como aquella que transcurre después de obtener el grado e independientemente de adquirir nuevos grados; incluye, desde luego, cursos (sin importar su metodología didáctica: talleres, seminarios, monográficos, de actualización, capacitación), diplomados, congresos, encuentros, sesiones y cualquier otra actividad que no suponga la obtención de un grado académico. Puede afirmarse que el desarrollo eficiente de esta profesión lleva implícitamente una condición en la cual el médico debe disponer de conocimientos actualizados, sobre todo en esta época, en la que los avances del conocimiento médico aumentan rápidamente tanto en cantidad como en complejidad. La premisa que se toma como punto de partida es que una vez que el médico ha adquirido, incrementado y actualizado sus conocimientos, destrezas y actitudes, podrá enfrentar y resolver correctamente los problemas relacionados con el ejercicio de su profesión.

Los participantes en el proceso de educación médica son el médico interesado, el conocimiento por adquirir y el profesor-instructor. Puede haber una amplia gama de participantes en cuanto a la estructura organizativa de los programas de educación continua, los cuales van desde instituciones gubernamentales, hospitales regionales y hospitales o unidades rurales, hasta facultades y escuelas de medicina, instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, sociedades científicas de especialidad o de medicina general, y hospitales privados. Por su carácter de permanencia y de acuerdo con las diversas etapas por las que se va formando un médico, la educación continua ha implicado tradicionalmente aspectos muy importantes para su desarrollo, como la participación activa de los propios médicos y la colaboración permanente de instituciones de salud, academias, colegios, sociedades y escuelas de medicina.

Es importante recordar que dentro de la educación médica mexicana existen dos rasgos fundamentales: uno, que el Estado mexicano ha sido históricamente el principal empleador de los egresados de las escuelas y facultades del país, y dos, que precisamente esta entidad es la que imparte la gran mayoría de los cursos de actualización médica existentes, a través de las universidades públicas e institutos del Sector Salud. La intervención del Estado en la educación y las prácticas médicas se incrementó en buena medida a partir de la Revolución Mexicana (1910), ya que los gobiernos posteriores a este movimiento armado basaron en gran medida sus proyectos de desarrollo social y su propio marco

de legitimidad en dos aspectos fundamentales: las instituciones educativas y las asistenciales¹⁰.

La educación médica continua tiene tres tareas principales: la vigencia del conocimiento médico obtenido durante la formación, en la medida en que la ciencia y la tecnología lo faciliten; la actualización del profesional en conocimientos, técnicas, metodologías o procesos específicos que le permitan incorporarse a un sistema, norma, método, institución o enfoque, y finalmente la inquietud o la necesidad permanente del sujeto para poder saber más o mejor de su propia profesión.

Asimismo, para que la educación médica tenga una repercusión adecuada y cumpla con los objetivos propuestos, es necesario que tenga efectos positivos en el ejercicio profesional y que sea reconocida. Este reconocimiento puede darse a través de dos orientaciones, a saber, la acreditación y la certificación. La primera tiene que ver con el reconocimiento de una institución o sociedad que sustente un esfuerzo específico de educación médica continua en un periodo determinado, en tanto que la segunda se relaciona con el médico directamente, con el tipo de actividad y con el esfuerzo o complejidad que de él se derive. En este sentido, sólo se alcanzarán los objetivos si sus distintas modalidades se apoyan en las siguientes premisas:

- La educación continua forma parte de la responsabilidad profesional de cada médico.
- Los programas deben diseñarse para satisfacer las necesidades educativas de quien los ha de tomar.
- La evaluación de la calidad de la atención de los pacientes es el medio más valioso para identificar las necesidades antes mencionadas.
- Los programas deben realizarse en los propios centros donde son atendidos los pacientes y, por lo tanto, donde se encuentran los problemas que ameritan solución.

En 1986, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) planteó una autoevaluación para las instituciones que la integraban con base en un documento guía propuesto por la Organización Panamericana de la Salud, siendo esto el primer proceso de planeación estratégica en materia de educación continua. Bajo los auspicios de la misma AMFEM, en 1987 nació el proyecto Educación Continua de las Américas¹¹, cuyo objetivo fue estimular y apoyar a los países latinoamericanos para analizar la situación de la educación médica e identificar acciones que a corto y mediano plazo fueran impulsadas por mecanismos de cooperación interna-

cional. A partir de lo anterior, la AMFEM estableció 10 programas estratégicos para promover y consolidar la calidad de la enseñanza continua de las distintas escuelas y facultades de medicina del país¹², siendo éstos:

1. Definir el perfil del médico en ejercicio en México a principios del siglo XXI, así como difundirlo e incorporarlo en planes y programas de las escuelas de medicina.
2. Establecer un Centro Nacional de Información sobre educación médica en México.
3. Desarrollar un programa de investigación educativa sobre la medicina en México.
4. Editar una revista para difundir la información generada en el mundo sobre educación médica.
5. Fundar un centro de intercambio académico.
6. Establecer los contactos internacionales y nacionales para proporcionar el soporte académico a los programas de la asociación.
7. Proponer un programa nacional de certificación de profesores con validez en las instituciones afiliadas.
8. Sugerir políticas para la educación en salud a través de la participación en la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.
9. Coordinar el desarrollo de un programa nacional de educación continua, involucrando a las escuelas de medicina con sus egresados.
10. Promover la capacitación pedagógica de todos los participantes en la formación de médicos.

En este contexto, las facultades y escuelas de medicina son imprescindibles, pues se considera que en ellas se encuentran los mejores recursos para desarrollar programas de educación médica continua. Los miembros de las academias o colegios de profesores constituyen el núcleo central en los que se sustentan los grandes ideales de la medicina. Por otra parte, las instituciones de atención médica también se han convertido en un eje de necesidad y sustento para este tipo de programas, puesto que son estos ámbitos los que pueden proveer y facilitar directamente la capacitación y el entrenamiento en el ejercicio profesional, ya que el empleo de campos clínicos reales constituye un privilegio en la formación, la actualización y la capacitación de los recursos médicos.

Es importante señalar que las actividades que todo médico realiza dentro de la educación continua tienen sólo un objetivo fundamental: la actualización profesional, de modo que no habilitan ni autorizan para llevar a cabo actividades profesionales que no estén autorizadas a través de una cédula

la profesional. De acuerdo con la Coordinación de Educación Continua de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, creada en 1981, las actividades académicas que puede realizar todo médico para su actualización, y que se consideran como educación médica, son¹³:

I. **Conferencia.** Exposición oral que desarrolla un experto en un tema. Su propósito suele dirigirse a la transmisión de conocimientos o exposición de experiencias. Normalmente, la audiencia se dedica a escuchar el relato del orador, ponente o conferenciante. En algunos casos, la plática incluye una sesión de preguntas y respuestas entre los asistentes y el expositor. La intención es contribuir a la actualización de conocimientos. El documento legal que se expide es una constancia de asistencia, la cual no autoriza para el ejercicio de alguna profesión.

II. **Seminario.** Experiencia enfocada a propiciar el aprendizaje de un grupo a partir de su propia interacción sobre temas selectos. Los participantes aportan al seminario sus conocimientos y experiencias en el tópico. La mecánica consiste en el estudio previo e individual del material específico para su deliberación coordinada por un moderador. Uno de los principales propósitos es producir un documento, resultado de las reflexiones de los participantes. También tiene la intención de contribuir a la actualización de conocimientos; la constancia emitida tampoco autoriza para la práctica de una profesión.

III. **Curso.** Su propósito es la adquisición de conocimientos nuevos o la actualización de los ya existentes en una temática específica, bajo la conducción de un experto y con la combinación de técnicas didácticas de trabajo individual y grupal. La duración de estos cursos varía de acuerdo con los objetivos y el contenido, además de que la constancia que se otorga no es un documento que autoriza la práctica de una profesión.

IV. **Taller.** La finalidad de esta experiencia es el desarrollo de habilidades a partir de la realización de ejercicios que dan lugar al acercamiento vivencial con las competencias respectivas. Las tareas son propuestas por el especialista que orienta y acompaña a los participantes, asesorándolos durante el proceso.

V. **Diplomado.** Es un acto académico cuyo propósito es actualizar y profundizar los conocimientos, así como desarrollar o mejorar las habilidades,

capacidades y destrezas de profesionistas, investigadores, profesores, técnicos e integrantes de la sociedad, con rigor académico y metodológico, y con procedimientos de operaciones diferentes a los de los estudios técnicos, profesionales y de posgrado. La duración mínima de un diplomado es de 120 horas o el equivalente a 15 créditos; la duración máxima quedará determinada por la naturaleza del conocimiento y de las habilidades que se pretendan desarrollar, aunque se recomienda que no exceda de 260 horas. El documento legal que se otorga al finalizar es un diploma, el cual no faculta al interesado para el ejercicio profesional.

La educación médica continua. Aspectos normativos¹⁴

Actualmente la educación médica continua está normada por el Subcomité de Educación Médica Continua, instancia creada por un acuerdo tomado durante la XV Reunión Ordinaria del Comité Normativo Nacional de Medicina General (Conamege) que tuvo lugar en el año 2003, en su sede de la Academia Nacional de Medicina, con la finalidad de evaluar las actividades de educación médica continua destinadas al médico general. Dicho subcomité está integrado por 5 miembros titulares y 5 miembros suplentes, representantes de instituciones como la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, la Academia Nacional de Medicina de México, la Academia Mexicana de Cirugía y el Consejo Nacional de Certificación en Medicina General. La coordinación está a cargo de un titular de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, en tanto que la coordinación de la oficina es responsabilidad del titular de la Academia Nacional de Medicina de México.

De acuerdo con información emitida en 2012 por el subcomité, la educación médica continua para el médico general es un proceso conformado por el conjunto de actividades de enseñanza/aprendizaje orientado a actualizar y profundizar los conocimientos, valores, actitudes, habilidades y destrezas requeridas para atender los problemas de salud de los pacientes y de la población a su cargo en el primer nivel de atención. Considera, además, que la educación médica continua debe ser iniciada por el médico general al término de la licenciatura, y proseguir sin

interrupción durante toda su vida profesional, teniendo como finalidad la constante renovación del conocimiento en el ámbito de la salud.

El Subcomité de Educación Médica Continua es el órgano del Comité Normativo Nacional de Medicina General que tiene como misión:

1. Evaluar los objetivos, contenidos, recursos humanos, materiales de apoyo educativo, instituciones y equipo con que cuenten los proveedores de cursos y otras actividades de educación médica continua destinadas al médico general.
2. Velar porque en todas y cada una de las actividades de educación médica continua se respeten los debidos preceptos morales y éticos.
3. Representar y difundir, a través del Conamege, las actividades de educación médica continua que cumplan con los requisitos establecidos.
4. Verificar la justificación, viabilidad y calidad de las actividades de educación médica continua propuestas para el médico general.
5. Colaborar con los servicios de atención a la salud, tanto del sector médico como privado, en la actualización del médico general a través del Conamege.

En cuanto a sus finalidades y funciones, algunas de las más importantes son:

1. Evaluar, calificar y, en su caso, otorgar los puntos correspondientes a las actividades de educación médica continua para médicos generales, alumnos y profesores participantes en dichas actividades.
2. Registrar a las sociedades, los colegios y las corporaciones médicas que, al igual que las facultades y escuelas de medicina, desarrollan actividades de educación médica continua destinadas al médico general.
3. Constatar que en las actividades de educación médica continua para médicos generales se observen las normas y los preceptos éticos y bioéticos.
4. Verificar que los profesores que participen en las actividades de educación médica continua cuenten con la certificación vigente de sus respectivos consejos.
5. Difundir, a través del Conamege, un catálogo de las diferentes opciones de educación médica continua que se brindan al médico general en nuestro país (siempre que hayan cubierto los requisitos estipulados), especificando características, duración y valor curricular.
6. Promover, a través del Conamege, la formación de centros académicos de alta calidad para

la educación médica continua del médico general.

7. Comprobar que la institución de educación superior, colegio, sociedad o agrupación médica que solicite su registro como centro de educación médica continua para médicos generales, reúna los requisitos anteriormente estipulados.

8. Desarrollar parámetros para evaluar y calificar las actividades de educación médica para los médicos generales que propongan dichos centros.

9. Verificar la justificación, viabilidad y calidad de todas y cada una de las actividades de educación médica continua destinadas al médico general.

10. Apoyar y asesorar a los centros de educación médica continua para médicos generales, dependencias e instituciones, en la planeación, difusión y evaluación de los centros de educación médica continua de médicos generales.

Un aspecto central para el desarrollo de la educación médica continua lo representa el lugar en que se imparta y, sobre todo, los encargados de proporcionarla. Para, ello el Subcomité de Educación Médica Continua ha establecido qué son los Centros de Educación Médica Continua para el Médico General:

- Las instituciones de educación superior con certificación vigente, así como los colegios, las sociedades y las agrupaciones médicas que acrediten ante el Conamege que cuentan con los recursos humanos y materiales requeridos para tal fin.
- Las unidades de atención de la salud o investigación que dispongan de los recursos humanos y materiales apropiados, y que se interesen por contribuir a la superación profesional del médico general; las sedes del Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General (Pronadameg), así como las sedes de los cursos de actualización para médicos generales de la Academia Mexicana de Cirugía.

En cuanto a quiénes pueden impartir actividades de educación médica continua, el Subcomité de Educación Médica Continua establece que serán los médicos y otros profesionales en ciencias de la salud que cuenten con experiencia docente y, en su caso, estén certificados por el consejo correspondiente. Su actividad será de carácter específico, tendrá lugar por tiempo determinado y, por consiguiente, no generará relación laboral permanente. Para ello, el profesor debe acreditar su formación, experiencia, conocimientos y capacidad docente. Los profesores tendrán las siguientes categorías:

- a) **Profesor titular.** Su responsabilidad es organizar y conducir el curso o actividad correspondiente.

b) **Profesor adjunto.** Apoya al profesor titular en el desarrollo del curso o actividad, y lo sustituirá en caso necesario.

c) **Profesor asociado.** Colaborará con el profesor titular y/o el profesor adjunto en las actividades específicas que le correspondan.

Por otra parte, el Subcomité de Educación Médica Continua ha determinado que los médicos generales inscritos en alguna actividad educativa evaluada por el Conamege serán considerados como “alumnos de educación médica continua”, durante el tiempo que dure dicha instrucción. Asimismo, los médicos generales que se inscriban a cursos u otras actividades de educación médica continua deberán presentar copias de título, cédula profesional y comprobante que demuestre que se cubrieron los derechos correspondientes.

Para el registro de centros y actividades de educación médica continua, las instituciones de educación superior, los colegios, las sociedades y las agrupaciones médicas, así como las instituciones de salud que desarrollen programas y actividades de educación, deberán enviar sus propuestas signadas por la autoridad correspondiente a la Oficina del Subcomité de Educación Médica Continua, o bien, al Conamege. Los patrocinadores de programas y actividades de educación médica continua que deseen ser evaluados, deberán enviar una solicitud que incluirá: propósito, programa y aval del centro de educación médica con el que colaboran. Para ser reconocido como centro de educación para médicos generales, el organismo aspirante deberá:

- a) Registrar su programa anual.
- b) Demostrar su capacidad para organizar, ejecutar, supervisar y evaluar sus actividades educativas.
- c) Contar con los recursos académicos y administrativos necesarios.
- d) Elaborar un programa, preferentemente anual, que incluirá:
 1. Justificación, motivos y propósitos de las actividades a realizar.
 2. Objetivos del programa de educación médica propuesto.
 3. Recursos humanos docentes y administrativos, así como físicos y financieros, de que dispongan al efecto.
 4. Procedimientos y métodos de evaluación del programa.
- e) Para emitir un dictamen del Centro de Educación Médica Continua, una vez satisfechos los requisitos, el Conamege solicitará la opinión del Subcomité de Educación Médica Continua y, si lo

juzga conveniente, realizará las visitas de evaluación a la instancia solicitante.

f) Asimismo, analizará la documentación y la visita de evaluación, si así procede. El Subcomité de Educación Médica Continua someterá a Conamege el dictamen correspondiente, el cual podrá ser favorable, desfavorable y por excepción de aceptación condicionada.

g) Las instancias a las que se les retire el registro podrán volver a solicitarlo transcurrido un año.

h) Teniendo en cuenta el dictamen del Subcomité de Educación Médica Continua, se cancelará temporal o definitivamente el registro del Centro de Educación Médica si no cumple con los compromisos contraídos, particularmente cuando:

1. Modifiquen o alteren los requisitos establecidos.
2. Decaiga la calidad académica de sus actividades.
3. Hagan uso indebido del registro otorgado, del logotipo y/o imago tipo de las instituciones que avalan sus programas y actividades, o infrinjan las normas de ética o bioética a que deben sujetarse.

Para la organización y realización de cursos y actividades de educación médica continua, el centro de educación médica continua deberá presentar un calendario, preferentemente anual, de las actividades programadas, a más tardar en el último día de labores de marzo y agosto. Las solicitudes y documentación deberán presentarse en papel membretado de la Institución correspondiente, deberán especificar:

- a) Justificación.
- b) Objetivos.
- c) Contenidos, expresando conocimientos, valores, actividades y habilidades.
- d) Requisitos que deben cubrir los médicos generales.
- e) Los procedimientos de evaluación.

Una vez aprobado el curso de actividades de educación médica continua, se otorgará el número de registro correspondiente, mismo que figurará en todo documento o firma publicitaria. El Conamege tiene la facultad de difundirla por los medios que juzgue pertinentes. En cuanto a los créditos o puntuaciones de cada actividad académica, se computarán conforme a lo establecido por el Conamege.

Las actividades educativas no formales tendrán los puntos que al efecto se consideren pertinentes. La evaluación de los cursos y demás actividades de educación médica continua se hará por pares, en-

tendiendo como tales tanto a los especialistas en la materia de que se trate, como a médicos generales. La calificación de las actividades de educación médica continua contempla los siguientes rubros:

1. Actividades asistenciales (50% del puntaje total).
2. Actividades de educación médica (40% del puntaje total).
3. Actividades docentes.
4. Actividades administrativas.
5. Actividades de investigación.
6. Publicaciones.
7. Otros.

Se requiere que el candidato cubra, cuando menos, la puntuación mínima de actividades asistenciales y de actividades de educación médica. Las actividades asistenciales se refieren a la práctica clínica y se calificarán de la siguiente manera:

1. Actividades asistenciales en el sector público exclusivamente, con horario completo: 30 puntos por año.
2. Actividades asistenciales en el ámbito privado exclusivamente: 25 puntos por año.
3. Actividades asistenciales en el ámbito mixto: 35 puntos por año.

Las actividades docentes se refieren a la actividad de enseñanza aprendizaje que realiza el aspirante en el papel de profesor, en el nivel profesional, en la educación médica continua o en el posgrado. Se excluyen expresamente actividades docentes a población abierta o en otras áreas o niveles diferentes a los ya especificados. Estas actividades se califican de la siguiente forma:

1. Nombramiento de profesor titular de pre y posgrado: 30 puntos por año.
2. Nombramiento de profesor adjunto de pre y posgrado: 20 puntos por año.
3. Nombramiento de profesor asociado, invitado o conferencista de pre y posgrado: dos puntos por hora, con un máximo de 30 puntos por año.
4. Nombramiento de profesor titular de cursos de educación médica continua:
 - Menos de 20 horas: siete puntos.
 - Entre 21 y 50 horas: 11 puntos.
 - 51 horas o más: 15 puntos
5. Profesor adjunto de actividades de educación médica continua:

- Menos de 20 horas: cinco puntos.
- Entre 21 y 50 horas: siete puntos.
- 51 horas o más: nueve puntos.

6. Profesor invitado; profesor asociado, así como conferencista en actividades de educación médica continua: dos puntos por hora.

Las actividades de educación médica formal se refieren a los estudios relacionados con la medicina que realizó el aspirante durante el periodo evaluado: la maestría y/o el doctorado. Deberá presentar los siguientes documentos probatorios:

1. Maestría y/o doctorado: grado expedido por una institución de educación superior.
2. Las actividades profesionales no relacionadas a la medicina no tendrán valor curricular.

Las actividades de educación médica formal tendrán los siguientes puntajes: maestría, 150 puntos; doctorado, 200 puntos.

Por otra parte, se consideran actividades administrativas todo tipo de prácticas relacionadas con la administración médica que no impliquen a la relación médico-paciente, y se calificarán con 20 puntos por año. Las actividades de investigación se calificarán en el rubro de publicaciones. Las publicaciones se calificarán de acuerdo al siguiente criterio:

- Autor o coautor de libro: 100 puntos c/u.
- Editor o coeditor de libro que corresponde al esfuerzo de un grupo de trabajo: 50 puntos c/u.
- Capítulos en libros:
 - Primer autor: 20 puntos c/u.
 - Coautor: 10 puntos c/u.
- Trabajo *in extenso* (en revistas en índices internacionales):
 - Primer autor: 25 puntos.
 - Segundo y último autor: 10 puntos (si es el promotor del grupo).
 - Lugares intermedios: cinco puntos.
- Trabajo *in extenso* (en revistas en índices nacionales):
 - Primer autor: 20 puntos.
 - Segundo y último autor: 10 puntos (si es el promotor del grupo).
 - Lugares intermedios: cinco puntos.
- Citas registradas en el *Science Citation Index* (SCI): cinco puntos c/u (no se consideran citas o autocitas)

de un mismo grupo de trabajo académico).

- Citas no registradas en el *Science Citation Index* (SCI): tres puntos c/u.
- Cartas a la redacción (en revistas indexadas): dos puntos c/u.
- Cartas a la redacción (en revistas no indexadas): un punto c/u.

Es importante mencionar que la *Norma para la puntuación de las actividades de educación médica continua de la certificación* establece que, para los propósitos de su calificación, las actividades de educación médica continua se clasificarán como:

1. Actividades de educación médica continua sincrónicas: cuando el emisor de la información transmite al mismo tiempo que el receptor la capta.
2. Actividades de educación médica continua asincrónicas: cuando el emisor transmite la información en un tiempo y el receptor la recibe en otro.

Asimismo, se considera que las actividades de educación médica continua sincrónicas tienen las siguientes modalidades:

1. **Sesiones académicas:** son aquellas actividades programadas de manera habitual o extraordinaria, como parte básica de las actividades de una agrupación médica o de una institución, con duración mínima de una hora. En ellas se aborda un tema de forma específica y con diferentes modalidades (mesas redondas, simposios, etcétera).
2. **Cursos:** se caracterizan por tener un tema central, el cual se desarrolla en distinto grado de profundidad, con una duración mínima de 10 horas; cuentan con programa, objetivos y perfiles definidos, así como con requisitos de asistencia, permanencia y rendimiento académico. Los que no cumplan con estos requisitos se calificarán como sesiones académicas.
3. **Talleres:** son actividades caracterizadas por la revisión de un aspecto específico del conocimiento, a fin de adiestrar o capacitar en la aplicación de técnicas o procedimientos. Su duración es variable.
4. **Congresos:** se trata de actividades académicas periódicas en las que se actualizan de manera general diversos temas médicos. Su duración es variable.
5. **Seminarios:** estas actividades se caracterizan

por procesos de discusión entre todos los participantes, en los cuales se tratan problemas concretos con el propósito de buscar alternativas o soluciones. Su duración es variable.

6. **Diplomados:** son actividades estructuradas en módulos o áreas, con duración mayor de 160 horas. Su propósito es abordar, profundizar o actualizar áreas específicas del conocimiento. Deben contar con requisitos de asistencia, permanencia y rendimiento académico, además de que deben ser avalados por alguna institución de educación superior.

Por su parte, las actividades de educación médica continua sincrónicas se calificarán de la siguiente manera:

1. El número total de horas efectivas de educación médica continua constituirá la puntuación base.
2. Las sesiones académicas se calificarán con un punto por cada dos horas, aceptándose un máximo de 10 puntos por año.
3. Los congresos se calificarán con tres puntos por día, con un máximo de 20 puntos por año.
4. Los talleres y seminarios se calificarán con un punto por hora.
5. Los diplomados y cursos se calificarán con un punto por hora.

En cuanto a las actividades de educación médica continua asincrónicas, se consideran las siguientes:

1. **Cursos monográficos de una sola entrega:** tienen la característica de ser un texto o un producto de audio o audiovisual, con un tema o materia central, de diversa extensión y profundidad, que se entrega en una sola ocasión. En él se incluyen todos los contenidos del curso.
2. **Cursos monográficos fasciculados:** son semejante a los anteriores, sólo que las entregas de los contenidos son parciales y deberán complementar paulatinamente los contenidos totales del curso.
3. **Textos de actualización médica:** se trata de contenidos presentados en textos de diversa extensión y profundidad, o bien, a través de medios audiovisuales (contenidos en cinta magnética, disco compacto, DVD, memoria USB). Su orientación es fundamentalmente clínica y las más de las veces abordan temas de manera monográfica, expuestos por expertos en la materia.
4. **Cursos por medios electrónicos:** se refieren a la exposición de temas monográficos que pue-

den ser de una sesión, secuenciales, e incluso con los contenidos y estructura necesarios para cumplir los requisitos de un diplomado. Pueden ser en vivo e interactivos, o bien, grabados. La transmisión podrá ser por cualquier medio electrónico.

5. **Otros:** en esta categoría se incluyen las actividades de educación médica continua asincrónicas, no contempladas en las definiciones previas.

Las actividades de educación médica continua se evaluarán mediante la emisión de los siguientes documentos:

a) Constancia de cumplimiento satisfactorio, la cual debe precisar el tipo de actividad, el número de horas, el profesorado, las instalaciones, el equipo y los recursos asignados.

b) El documento que acredite haber cumplido satisfactoriamente los objetivos del curso deberá estar signado por el director del centro de educación médica continua, el coordinador del curso o actividad realizada, y el profesor titular. Incluirá el número de horas del mismo, en tanto que al reverso se anotarán el número de registro, fojas y libro. Toda constancia o certificado emitida por el centro, deberá requisitarse mediante:

1. Nombre del alumno.
2. Denominación del curso o actividad.
3. Tipo y clase de la misma.
4. Duración en horas y, en su caso, número de puntos correspondientes.
5. La institución responsable del mismo.
6. Al reverso se anotarán número de registro, fojas y libro.

El registro de programas y actividades educativas no formales deberá solicitarse 30 días hábiles antes de su inicio. Dicha solicitud deberá sustentarse en los siguientes requisitos:

- a) Propósito.
- b) Programa o actividad educativa.
- c) Responsables de verificación de la participación de los asistentes.
- d) Formas de evaluación.

Las actividades educativas registradas deberán generar materiales didácticos. A fin de promover la calidad académica, el Conamege podrá otorgar distinciones por su excelencia académica a los centros de educación médica continua y a los profesores y alumnos de los cursos, conforme a los criterios que

al efecto sustente el Subcomité de Educación Médica Continua.

Por otra parte, es importante resaltar que este reglamento establece quiénes pueden ser patrocinadores de la educación médica continua para médicos generales, así como sus derechos y obligaciones. En este sentido, podrían ser patrocinadores:

- Instituciones de educación superior.
- Instituciones de salud.
- Industria químico-farmacéutica.
- Otras.

Asimismo, se delimitan las siguientes formas de patrocinio:

- a) Apoyar parcial o integralmente la elaboración del material educativo.
- b) Otorgar becas.
- c) Facilitar la instalación física.
- d) Sufragar gastos de desplazamiento de profesores.
- e) Distribuir el material educativo debidamente aprobado.
- f) Difundir las actividades de educación médica continua.

En este contexto, se establece que los patrocinadores tienen los siguientes derechos y obligaciones:

- Hacer publicidad de sus productos fuera del aula o auditorio en el que se realicen las actividades de educación médica.
- Ostentar su patrocinio mediante la impresión de su logo o del producto promocionado en la publicidad impresa.
- Mencionar su calidad de patrocinadores en la publicidad realizada por otros medios.
- Obtener el reconocimiento del centro de educación médica por su contribución en la educación médica continua del médico general.
- La empresa que patrocine parcial o totalmente un curso, u otra actividad de educación médica continua para médicos generales, se comprometerá expresamente a no intervenir en los aspectos académicos, así como a acatar las normas éticas y bioéticas establecidas por el Conamege.

Pronadameg. Una opción para la actualización del médico homeópata¹⁵

El Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General (Pronadameg), creado en 1994 por la Academia Nacional de Medicina de México, A. C., y la Facultad de Medicina de la UNAM, es la herramienta básica para la educación continua del médico, con capacidad para atender el 85 por ciento de la demanda de atención a la salud. A este programa se han sumado facultades y escuelas de medicina, tanto públicas como privadas, en diferentes entidades federativas.

El Pronadameg tiene diferentes modalidades de educación continua para facilitar la actualización y propiciar el desarrollo del médico en su ejercicio profesional. Tales actividades pueden ser cursos monográficos, seminarios, talleres y diplomados, entre otros. El contenido de dichas actividades estará en función de las necesidades de aprendizaje, de tipo regional o local, de acuerdo con la zona geográfica de la sede y de los recursos con los que se cuente.

El programa tiene como principal actividad el *Diplomado de actualización en medicina para el médico de primer nivel de atención*, con una duración de 200 horas distribuidas en cuatro módulos trimestrales de 50 horas cada uno. Cada módulo está integrado por varias áreas de conocimiento de la medicina; los módulos no son secuenciales, sino complementarios, y por tal razón pueden cursarse en orden indistinto, dentro de un plazo no mayor a dos años. Al término de cada módulo se entrega una constancia por 50 horas, y al concluir los cuatro módulos se expide un diploma que acredita 200 horas de educación médica continua. Las áreas del conocimiento abordadas en los módulos son:

Módulo I

- Cardiología.
- Gastroenterología y Coloproctología.
- Genética.
- Infectología.
- Neumología.

Módulo II

- Dermatología.
- Hematología.
- Inmunología.

- Otorrinolaringología.
- Pediatría.

Módulo III

- Endocrinología.
- Ginecología y Obstetricia.
- Nefrología.
- Reumatología.
- Salud Pública y Medicina Preventiva.
- Urología.

Módulo IV

- Neurología.
- Oftalmología.
- Oncología.
- Ortopedia.
- Patología Quirúrgica.

Esta actividad educativa es reconocida por el ya citado Comité Normativo Nacional de Medicina General (Conamege) con fines de recertificación en el Consejo Nacional de Certificación en Medicina General. En este sentido, valdría la pena que el Consejo Mexicano de Certificación en Homeopatía (Comech) estableciera un convenio para solicitar la idoneidad correspondiente, a fin de convertirse en el organismo certificador del médico homeópata, tanto como médico general cuanto como médico homeópata.

Asimismo, sería recomendable que la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía realizara las gestiones correspondientes para que se convirtiera en sede de este programa, lo que coadyuvaría a la actualización de muchos de sus egresados como médicos homeópatas.

A manera de cierre

La formación de los médicos en nuestro país, evidentemente, no obedece a las necesidades de salud que demanda la población, sino, más bien, a las posibilidades de los educandos para costearse la carrera y a aspectos subjetivos como los vocacionales, tradicionales y de estatus, que necesariamente tienen una respuesta en la oferta y han originado, en consecuencia, la multiplicación de las escuelas médicas. El aprendizaje en medicina, dada su complejidad y gran número de conocimientos, ha cursado a través de los años con importantes modificaciones en los métodos de enseñanza. En este sentido, se considera que un elemento que históricamente ha permanecido dentro

del proceso de formación médica y que no debe perderse, es la educación continua.

Con respecto a la educación médica continua, puede afirmarse que es una preocupación que está presente en forma constante en la profesión médica, al hacerse consciente el hecho de que el médico es un profesionista que debe mantenerse actualizado sobre los avances que a velocidad creciente se suceden en todas las ramas de la medicina, tanto de la medicina general como en las especialidades. Sin embargo, ante la creciente aparición de cursos dirigidos hacia los integrantes de la profesión médica, sin reconocimiento ni validez por parte de algún organismo reconocido, es conveniente la creación de reglamentos y normas que regularicen esta situación, aspecto que desde luego no escapa a la profesión médico homeopática.

Dentro de este contexto, es importante señalar que hoy más que nunca las políticas por parte de los organismos rectores de la medicina en nuestro país, ya sea para la educación médica o para la certificación profesional, están al alcance de las instituciones y organismos médico homeopáticos formalmente reconocidos; sólo basta con tener la voluntad de acercarse y de cumplir los requisitos establecidos para que las actividades de educación médica continua que se desarrollan anualmente sean registradas y validadas formalmente, con la finalidad imprescindible de que estos eventos académicos, junto con la actualización, le permitan acumular el puntaje requerido para su certificación o recertificación.

Desde esta perspectiva, el trabajo que desarrollen la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, la Escuela Libre de Homeopatía de México, el Hospital Nacional Homeopático, el Consejo Mexicano de Certificación en Homeopatía, las instituciones que ofrecen posgrados en Homeopatía y los colegios de médicos homeópatas, será fundamental para el futuro de esta profesión.

REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Conferencia mundial sobre la educación superior. La educación superior en el siglo XXI: visión y acción. París: Unesco; 1998.
2. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Lineamientos para otorgar el aval universitario a cursos de actualización, diplomados y otras modalidades de educación continua para profesionales de la salud. México: Universidad de Sonora; 2003.

3. Borrel-Bentz RM. La educación médica de posgrado en la Argentina. El desafío de una nueva práctica educativa. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2005.

4. Rivero Serrano O. La Educación Continua del Médico. En: De la Fuente R, Kumate J, Martínez Baez M, Pérez Tamayo R, Sepúlveda B, Soberón G (coord.). La evolución de la medicina en México durante las últimas cuatro décadas. Conmemoración del cuadragésimo aniversario de la fundación de El Colegio Nacional. Ciudad de México: El Colegio Nacional; 1984. p. 89-103.

5. Uribe Elías RE, Villalpando Casas JJ, Varela Rueda CE. Fronteras de la educación médica. Gaceta Médica de México. 1990; 126(5): 431-447.

6. Fernández Pérez JA. Estructura y formación. El caso de la profesión médica, 2a ed. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2012.

7. *Ibid.*

8. Uribe Elías R. Reflexiones sobre educación médica. México: Secretaría de Salud; 1990.

9. Lifshitz A. ¿Certificación de la educación médica continua? Med Int Mex. 2011; 27(4): 323-324.

10. Hernández Zinzun G. La calidad de la educación médica en México. Principios básicos. México: Plaza y Valdés Editores; 1997.

11. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Estado actual de la acreditación. Avances [internet]. Ciudad de México: AMFEM; cc2000-2014 [citado 11 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.amfem.edu.mx/nindice.html>

12. Castillo y López O. (1992). Análisis interno de la educación médica mexicana. Revista Mexicana de Educación Médica. 1992; 3(2): 56-61.

13. Dirección de Educación Continua de la Universidad Nacional Autónoma de México [internet]. Ciudad de México: Coordinación de Universidad Abierta y Educación a Distancia, UNAM; cc2004-2014 [citado 26 jun 2012]. Tipología de actos académicos [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.politicas.unam.mx/exalumnos/redec/paginashm/tipolog.htm>

14. Comité Normativo Nacional de Medicina General. Reglamento [internet]. Ciudad de México: Subcomité de Educación Médica Continua; cc2013 [citado 17 Jul 2013]. Disponible en: <http://conamege.org.mx/reglamento.php>

15. Academia Nacional de Medicina de México. Programa nacional de actualización para el médico general [internet]. Ciudad de México: Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General; cc2013 [citado 23 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.pronadameg.com.mx>

OTRAS OBRAS CONSULTADAS

- Cano Valle F. La Facultad de Medicina y las perspectivas de la enseñanza. Revista de la Facultad de Medicina. 1987; 30(2): 57-60.
- De la Fuente JR, Rodríguez-Carranza R (coord.). México: Siglo XXI Editores; 1996.

- Fernández Sánchez N. Surgimiento y evolución de la educación continua. Artículo de apoyo para los cursos de educación continua. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1999.
- García JC. Consideraciones sobre el marco teórico de la educación médica. Universidades. 1981; 21(86): 58-68.
- Puntunet Bates M, Domínguez Bautista A. La educación continua y la capacitación del profesional de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2008; 16(3): 115-117.
- Treviño García-Manzo N. Simposio sobre educación médica continua. I. Introducción. Gaceta Médica de México. 1981; 117(6): 215.
- Campillo Sainz C, Treviño García-Manzo N. Simposio sobre educación médica continua. II. Concepto de educación médica continua. Gaceta Médica de México. 1981; 117(6): 216-217.
- Varela Rueda CE. Simposio sobre educación médica continua. III. Objetivos, alcances y modalidades. Gaceta Médica de México. 1981; 117(6): 217-219.
- Laguna J. Simposio sobre educación médica continua. IV. Papel y responsabilidad de las instituciones de salud. Gaceta Médica de México. 1981; 117(6): 220-221.
- Rivero Serrano O. Simposio sobre educación médica continua. V. Papel y responsabilidad de las escuelas de medicina. Gaceta Médica de México. 1981; 117(6): 222-229.
- Sepúlveda B. Simposio sobre Educación Médica Continua. VI. Papel de las academias de medicina y sociedades médicas. Gaceta Médica de México. 1981; 117(6): 229-231.
- Vidal CA. Simposio sobre educación médica continua. VIII. Alcances y limitaciones para apoyar la competencia profesional. Gaceta Médica de México. 1981; 117(6): 235-240.
- Zintel, H. Simposio sobre educación médica continua. IX. Repercusiones sobre la calidad de la atención médica. Gaceta Médica de México. 1981; 117(6): 240-245.
- Vázquez Benítez E. La educación médica continua en diversos países. Gaceta Médica de México. 1992.



FHN
FARMACIA HOMEOPÁTICA NACIONAL
R_LH

Todos los **oficinales**
en un solo lugar

Farmacia Homeopática Nacional

Centro

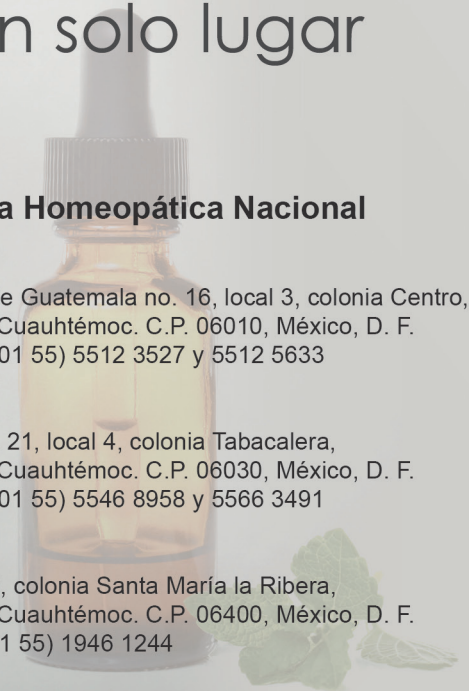
República de Guatemala no. 16, local 3, colonia Centro, delegación Cuauhtémoc. C.P. 06010, México, D. F.
Teléfonos: (01 55) 5512 3527 y 5512 5633

Caballito

Rosales no. 21, local 4, colonia Tabacalera, delegación Cuauhtémoc. C.P. 06030, México, D. F.
Teléfonos: (01 55) 5546 8958 y 5566 3491

Mirto

Mirto no. 26, colonia Santa María la Ribera, delegación Cuauhtémoc. C.P. 06400, México, D. F.
Teléfono: (01 55) 1946 1244



*La Selección de la Potencia en la Prescripción Homeopática

**José Antonio Ugartechea García de León

PALABRAS CLAVE:

Potencia del medicamento homeopático, Dinamización baja, Dinamización media, Dinamización alta, Dosis homeopática.

KEYWORDS:

Power of homeopathic medicine, Low revitalization, Average revitalization, High Revitalization, Homeopathic doses.

*Trabajo presentado en el Congreso Internacional de Homeopatía organizado por la Asociación Médica Homeopática Argentina, en octubre de 1979. Publicado originalmente en La Homeopatía de México no. 230 (agosto de 1980, p. 5-8).

**Ingeniero químico por la Universidad Nacional Autónoma de México. Médico homeópata por la Escuela Libre de Medicina Homeopática, en Guadalajara. Miembro fundador de Homeopatía de Guadalajara, A. C.

Resumen

La prescripción del medicamento homeopático no se limita a la observación detallada de los síntomas del paciente ni a la habilidad para identificar al remedio más semejante. En cumplimiento a lo dicho por el doctor Samuel Hahnemann, en cuanto a que el tratamiento homeopático tiene el objetivo de producir una enfermedad artificial ligeramente más fuerte que la enfermedad natural que se pretende curar, el médico debe apegarse a ciertas consideraciones para elegir la potencia correcta que le permita restablecer la salud del paciente de la manera más rápida, suave y duradera posible.

En este artículo se exponen aspectos teóricos y reflexiones basadas en la práctica que ayudarán a que el médico homeópata se forme un criterio más amplio sobre el uso de potencias bajas, medias y altas, de acuerdo con los principios de semejanza e individualidad.

Abstract

The prescription of homeopathic medicine is not limited to the detailed observation of the patient's symptoms or the ability to identify the most similar remedy. In compliance with the said by Dr. Samuel Hahnemann, in that homeopathic treatment aims to produce a slightly stronger artificial disease that natural disease to be cured, the physician must adhere to certain considerations to choose the correct power that restores the health of the patient as quickly, soft and durable as possible.

In this article theoretical and practice-based reflections that will help the homeopath a broader view on the use of low, medium and high, according to the principles of similarity and individuality powers to form aspects are discussed.

Uno de los problemas más discutidos en Homeopatía es, posiblemente, la determinación de la potencia a la que se debe administrar el medicamento Homeopático. Cada médico, según su experiencia o su criterio, administra la potencia que le parece más adecuada en cada caso, siguiendo las indicaciones de tal o cual maestro, o de tal o cual autor, según sea la fuente de información de que disponga.

León Vannier enseña en sus libros que la manera más sencilla de seleccionar la potencia del medicamento Homeopático es la consideración del tipo de afección que se pretende curar: si el problema es sensorial, se deben emplear altas potencias, dejando como excepcional el uso de las bajas potencias; si el caso que se trata se refiere a problemas funcionales, deberán emplearse potencias medias, y finalmente, cuando se trate de problemas lesionales, la indicación de potencias bajas es la regla, quedando como excepción en estos casos el uso de las altas potencias.

Por otro lado, sabemos que al diluir una sustancia en la proporción que indicó Hahnemann, uno a cien, se va aumentando la potencia con cada paso y así tenemos las potencias que se nombran con más frecuencia, la 6C, la 30C y más altas. Las potencias más altas, las muy altas, tienen diferentes procedimientos de preparación de acuerdo con los laboratorios que las elaboran, y solamente la experiencia puede avalar su efectividad.

Encontramos autores que recomiendan utilizar solamente las bajas potencias, indicando que únicamente en ellas se puede encontrar la sustancia que dio origen al medicamento; por lo tanto, son capaces de modificar la energía vital y curar al enfermo al mismo tiempo. También encontramos otros autores que nos dicen categóricamente que si no se emplean las altas potencias (200, mil, 5 mil, 10 mil, etcétera), no se obtiene la curación del enfermo, pues sólo las muy altas potencias son capaces de restablecer la salud a los enfermos.

Para formar un criterio propio que nos permita normar nuestra conducta en relación con la potencia del medicamento que hemos elegido para nuestro enfermo, es necesario hacer una revisión de las leyes que rigen a la Homeopatía y de ahí sacar nuestras conclusiones.

Tenemos varios factores muy importantes en los cuales podemos encontrar la guía para seleccionar la potencia. Entre estos factores están la homeopaticidad del medicamento seleccionado y la fuerza de la energía vital que se manifieste en el enfermo.

La homeopaticidad del medicamento puede tener una gran variabilidad que va desde lo “desemejante” hasta lo “idéntico”, y podemos pensar que la mayor semejanza debería estar en el “idéntico”, pero sabemos que en los casos de curación éste no funciona como elemento curativo, sino que se suma a la causa de la enfermedad, aumentando la gravedad del caso; es preciso localizar el *simillimum*, el más semejante, que no es el “idéntico”, pero que de acuerdo con las leyes homeopáticas será el que nos conduzca a la curación de nuestro enfermo. Este *simillimum* va a depender en gran parte de nuestro acierto en la toma del caso, de la jerarquización que nosotros hagamos de los síntomas encontrados y de que los síntomas que encontremos estén representando con fidelidad, tanto la enfermedad como las características personales del enfermo, sin influencias extrañas como las que pueden producir los paliativos que se acostumbra tomar cuando comienza una enfermedad cualquiera; además de esto, la apreciación que nosotros hacemos de los síntomas encontrados es factor importante que siempre influye en estos casos, pues lo que para unos es muy importante para otros es trivial, sin importancia. La práctica de la repertorización tiende a auxiliar al médico, facilitando la búsqueda del medicamento apropiado y eliminando hasta donde es posible los errores que se pueden cometer en la selección del medicamento.

La apreciación que nosotros hacemos de los síntomas es un factor subjetivo, variable para cada médico. Sin embargo, podemos tener ciertas normas que nos ayuden a eliminar los posibles errores que se pueden cometer por la subjetividad del problema. Esas normas nos llevan a la jerarquización de los síntomas, a la individualización del enfermo y, por consiguiente, a una máxima homeopaticidad y a una potencia exacta para el enfermo, ya que la elección correcta de la potencia forma parte de la homeopaticidad del medicamento.

En este caso, los síntomas mentales, los síntomas raros, las modalidades que afectan a cada síntoma y todo aquello que afecta a la propia persona del enfermo, representan la más clara individualización del caso. La individualización, tanto en lo que se refiere al medicamento como a la potencia del mismo, será lo que nos dé mejores resultados, pues así como cada individuo tiene su propia personalidad, así también cada medicamento tiene sus propias características, que en último término representan su individualidad y su personalidad.

Hahnemann, en su libro *El Organon del Arte de Curar*, nos dice que la potencia más adecuada, en

cualquier caso, debe ser la más pequeña que sea suficiente para producir una enfermedad artificial ligeramente más fuerte que la enfermedad natural que se pretende curar. Así, la curación se realiza en forma suave, pronta y duradera, sin mayor sufrimiento para el enfermo.

Otra consideración, también muy importante, es la que se refiere al medicamento mismo. Hay medicamentos que actúan mejor en bajas potencias y otros que, por el contrario, actúan mejor en las potencias altas y muy altas, como los que provienen de sustancias que en crudo no tienen ninguna acción dinámica, como el *Natrum muriaticum*, que se toma en la comida, o bien, el *Lycopodium clavatum*, que se usaba como vehículo solamente.

El grado en que se encuentre la energía vital en el enfermo es un factor que debemos tomar en cuenta para la selección de la potencia. La potencia del medicamento debe ir de acuerdo con la energía vital del paciente; si ésta se encuentra muy agotada no debemos provocar una reacción demasiado violenta, porque podría resultar fatal para el enfermo, o cuando menos muy molesta.

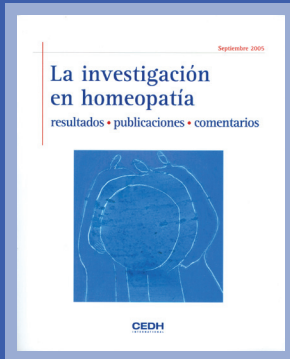
Otro factor, no menos importante en la selección de la potencia del medicamento homeopático, es el reconocimiento de la enfermedad del paciente, es decir, si se trata de una enfermedad aguda o si se trata de una enfermedad de tipo crónico. Si la

enfermedad por curar es aguda, necesitará de una potencia muy diferente de la que sería necesaria para curar una enfermedad crónica. Sin embargo, con mucha frecuencia nos encontramos con fases agudas de enfermedades crónicas, y en esos casos tendremos que tratar la enfermedad crónica como si se tratara de una enfermedad aguda.

Cuando se trata de enfermedades eruptivas, los resultados que se obtienen son diferentes si se usan altas potencias o si se utilizan bajas potencias; generalmente, las bajas potencias tienden a hacer brotar las erupciones, los tumores, etcétera, mientras que las altas potencias tienden a reabsorber esos procesos eruptivos. Por ejemplo, si se trata de un tumor, al administrar bajas potencias del medicamento homeopático el tumor revienta; en cambio, si se administra el medicamento en alta potencia, el tumor tiende a reabsorberse. Lo mismo sucede en el caso de las erupciones: las potencias bajas ayudan a brotar la erupción, mientras que las potencias altas ayudan a que se reabsorban, sobre todo en aquellos casos en los que la energía vital esté lo suficientemente fuerte para dominar la enfermedad en cuestión.

Conjugando estos factores podemos determinar la potencia más adecuada para cada enfermo sin temores ni riesgos, estando seguros de que nuestra prescripción es correcta, llegando así a una individualización máxima, tanto en la homeopaticidad del medicamento como en la selección de la potencia.

La Investigación en Homeopatía: Resultados, Publicaciones, Comentarios



Coordinador: Philippe Belon.
Editorial: CEDH International.
Traducción: Fernando Pascual Carpe, Ana Beatriz López Marín, Luis López Pérez.
Lugar: Francia.
Año: 2005.
Páginas: 103.

Por más de 200 años, la Homeopatía ha cimentado su confiabilidad y prestigio en su aplicación clínica. En efecto, millones de personas en todo el mundo han empleado esta medicina para el alivio y el tratamiento de las afecciones más diversas, y han divulgado de boca en boca sus buenos resultados; no obstante, en el área de la investigación científica persisten numerosas interrogantes por resolver, mismas que han sido aprovechadas por sus detractores para sustentar ataques y controversias.

Este hecho llevó al doctor Philippe Belon, director de investigación de los Laboratorios Boiron (Francia), a coordinar una recopilación de artículos de investigación en Homeopatía cuya característica central fuera su fiabilidad. Dicho por él mismo, esta selección tomó en cuenta a “varias publicaciones en revistas científicas internacionales”, y tuvo el objetivo de dar a conocer sólo “aquellos trabajos cuyos criterios de reproducibilidad son satisfactorios”.

El resultado de este trabajo es, precisamente, *La Investigación en Homeopatía: Resultados, Publicaciones, Comentarios*, libro que llena un vacío en la literatura médica homeopática y que divide su contenido en tres capítulos.

En el primero de ellos, *Investigación clínica*, se incluyen metaanálisis (síntesis formal, cualitativa y cuantitativa de diferentes investigaciones) que evalúan y obtienen conclusiones de pruebas clínicas, así como ensayos clínicos que patentizan la eficacia

del método homeopático o de un medicamento homeopático sobre una patología determinada.

Como es de esperar, se da mayor relevancia a las investigaciones que consideran las particularidades de la medicina hahnemanniana, como la Ley de individualidad, en cuanto a que una misma enfermedad puede tratarse con un medicamento distinto en cada caso, o bien, a que un medicamento puede atender diversas enfermedades; tampoco dejan de lado que es posible que en el transcurso del tratamiento se deba cambiar la medicación, según la evolución particular del paciente.

El segundo capítulo, *Investigación biológica*, agrupa trabajos que tratan de demostrar la actividad farmacológica o física de sustancias altamente diluidas, así como explicar su mecanismo de acción. Al respecto, y para hacer frente a los cuestionamientos habituales sobre la infinitesimalidad, algunos investigadores “han construido su protocolo exponiendo en primer lugar los resultados obtenidos con diluciones ‘bajas’ (5CH, por ejemplo), y a continuación, otros obtenidos progresivamente con diluciones más altas (30CH)”, señala el doctor Belon. En este campo sobresalen trabajos en alergoinmunología, sobre la aspirina en dosis ultrabajas, con diluciones de arsénico, o acerca de moléculas que actúan sobre células cancerosas.

En el tercer y último capítulo, *Horizontes en la Investigación*, se incluyen temas de historia, economía de la salud, epistemología, veterinaria e investigación física, no con la intención de elaborar un recuento general sobre ellas, sino para “trazar los ejes que puedan ayudar al lector a situar la investigación biológica y los horizontes de la investigación en un conjunto más amplio”, así como para “expresar el dinamismo de una disciplina médica que no cesa de abrir nuevos campos de investigación”.

De esta manera, concluye el doctor Philippe Belon en la presentación del libro, “esta obra reúne la información científica esencial para un buen conocimiento de los trabajos de investigación ligados a la Homeopatía. Por esta razón, está destinado en primer lugar a los médicos, y tras ellos, al conjunto de la comunidad médica y científica”.

(Reseña: Rafael Mejía)



Lo confiable en Homeopatía



El cuidado de la salud nace del conocimiento

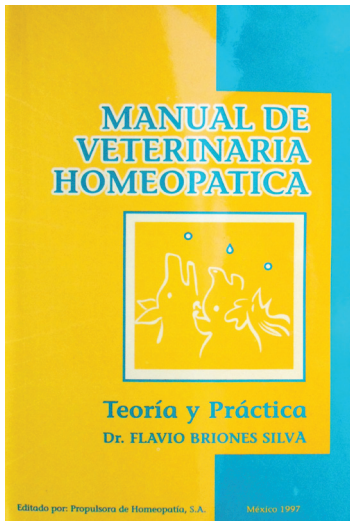
Similia pone a su alcance los mejores títulos de la literatura médico **homeopática**.

Adquiéralos en nuestra **Tienda en Línea** o en las sucursales de **Farmacia Homeopática Nacional**.



contacto@similia.com.mx

BienestarRedondo

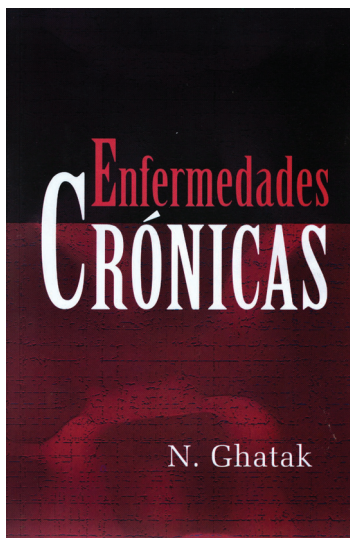


Manual de Veterinaria Homeopática

Flavio Briones Silva

Editorial: División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.
ISBN: 968-774-900-8

Nueva edición del antes llamado *Manual de medicina veterinaria homeopática*. Se trata de una obra ampliada y corregida que aborda aspectos prácticos de medicina y terapéutica homeopática para diferentes especies animales que se atienden en la clínica diaria. En sus páginas se resumen 10 años de investigaciones que el autor ha realizado en colaboración con la Universidad Austral de Valdivia, en Chile, que cuenta con una escuela de medicina veterinaria de gran prestigio



Enfermedades Crónicas

N. Ghatak

Editorial: B. Jain Publishers

ISBN: 81-7021-857-8

El tema de los miasmas fue originado por el Dr. Hahnemann para comprender las causas profundas de toda enfermedad, y desde su origen ha sido motivo de controversia. En este sentido, el libro del Dr. Ghatak nos permite comprender el significado de este tema, así como la necesidad de tratar directamente el miasma para corregir la causa de las afecciones del individuo e impedir su evolución y transmisión.



Migraña y su Tratamiento Homeopático

S. J. L. Mount

Editorial: B. Jain Publishers

ISBN: 81-8056-400-2

La migraña es una enfermedad frecuente, pero de difícil tratamiento, cuyos ataques pueden atenderse y prevenirse exitosamente con medicamentos homeopáticos. Este libro es un trabajo exhaustivo que habla sobre el origen, la naturaleza y el control de la migraña, haciendo referencia especialmente a los nosodes expuestos por el Dr. John Paterson y a los medicamentos homeopáticos que han mostrado su eficacia en la atención de esta dolencia.

Podría Desaparecer el Último Hospital Homeopático del Reino Unido

Juan Fernando González G.

Desde hace unas semanas se ha generado una fuerte polémica en la ciudad de Glasgow, ya que existe la posibilidad de que el único hospital homeopático de Escocia cierre sus puertas y se transforme en un centro especializado para el dolor crónico.

Como ocurre en muchas partes del mundo, también en ese territorio se ha puesto en tela de juicio la eficacia de la Homeopatía. La presión de grupos radicales ha promovido la desaparición de otras entidades hospitalarias en los últimos años, y hoy, tras una serie de debates, las autoridades de la junta local de salud han considerado viable la clausura del servicio del Hospital Homeopático de Glasgow, por considerar que su mantenimiento es incosteable.

No obstante, algunos funcionarios de instancias superiores han ofrecido una respuesta que va en contra de esta postura, como es el caso de Alex Neil, el secretario de Salud y Bienestar del gobierno de Escocia, quien mencionó recientemente que apuesta por mantener abierto el nosocomio homeopático. Asimismo, existe la posibilidad de que las funciones del inmueble se extiendan; si así fuera, ambas entidades (el centro para el tratamiento del dolor crónico y el hospital homeopático) convivirían amigablemente.

Una decisión en dicho sentido, dicen los optimistas, permitiría un mayor ahorro en el mantenimiento del hospital y la reducción en los tiempos de espera —que son actualmente de hasta 31 semanas— para los pacientes que padecen algún tipo de dolor crónico. Además, y en el mismo sentido, un gran porcentaje de enfermos dejaría de realizar largos trayectos para recibir los beneficios de la atención hospitalaria.

Antecedentes

Es pertinente señalar que este caso se encuadra en lo que podría considerarse una campaña muy bien orquestada que persigue, de manera paulatina pero persistente, la desaparición de los hospitales homeopáticos en el Reino Unido, lo que pondría en riesgo la subsistencia de 500 médicos homeópatas diseminados en toda Gran Bretaña.

En los últimos 200 años han existido al menos 14 hospitales homeopáticos y 107 dispensarios homeopáticos en todas las entidades que conforman el Reino Unido. Hoy, quedan muy pocos:

1. El Hospital Homeopático de Londres, que hoy se denomina Hospital Real de Londres de Medicina Integral, cuya atención basada en el sistema clínico homeopático es muy limitada.
2. El Hospital Bristol Homeopático, que dejó la que había sido su sede original desde 1925 y fue relegado a una clínica ambulatoria al interior del Hospital Comunitario *South Bristol*.
3. El Hospital Homeopático Liverpool también cerró sus puertas, y en su lugar quedó solamente una clínica homeopática que opera desde el Centro de Salud de *Old Swan*.
4. El hospital homeopático *Tunbridge Wells* fue clausurado en 2008, luego de la incesante presión a cargo de algunos grupos que niegan la utilidad de la Homeopatía.

El Hospital Homeopático de Glasgow, cuyos orígenes se remontan a 1849, aparece como el último hospital de este tipo en Gran Bretaña. Es extraño que se quiera desaparecer esta alternativa terapéutica, dicen los partidarios del sistema configurado por Samuel Hahnemann, ya que los servicios de Homeopatía han estado siempre disponibles a través del Sistema Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés), el cual entró en funciones en 1948. Una de las principales razones para impedir el cierre de esta institución, señalan, es que el costo de la Homeopatía para el NHS es minúsculo en comparación con el presupuesto global.



El Hospital Homeopático de Glasgow es altamente reconocido por sus actividades asistenciales, académicas y de investigación, No obstante, está en riesgo de desaparecer.

La carta

La comunidad local, nacional e internacional a favor de la Homeopatía se organizó para mostrar su rechazo a la posible desaparición del centro hospitalario de Glasgow, y al momento de la presente edición se habían logrado reunir más de 25 mil firmas electrónicas que manifestaron estar de acuerdo con el siguiente texto:

“Por favor, no retiren la financiación del Hospital Homeopático de Glasgow en momentos en que la Homeopatía es cada vez más popular que nunca. Los pacientes quieren seguir usando estos servicios homeopáticos y el hospital es parte de nuestra gran herencia homeopática británica. El Hospital Homeopático de Glasgow es el último hospital homeopático en Europa que cuenta con camas de hospitalización. La Homeopatía representa una excelente relación calidad-precio y ayuda a equilibrar la carga que tiene el Sistema Nacional de Salud (NHS).”

La misiva es dirigida al profesor Alex McMahon, director de Planeamiento Estratégico y Modernización del NHS Lothian; a Ian Ross, presidente ejecutivo interino del NHS, sede Lanarkshire; a Robert Calderwood, director ejecutivo de la Junta Nacional de Salud con jurisdicción en el territorio de Glasgow y Clyde, así como a Alex Neil, secretario del Gabinete de Salud y Bienestar del gobierno de Escocia.

El Humanismo y el Reto a Futuro de la Atención Médica en México

Humanismo médico significa, y no puede ser de otro modo, medicina antropocéntrica. Es decir, que debe trascender el conocimiento científico que da sustento al saber médico biológico para dirigirse al ser humano en su integridad, en lo que representa como individuo y en lo que significa como parte de una colectividad.

En un siglo en el que la realidad virtual ha anulado todos los espacios que pueden separar unos de otros a los seres humanos, no puede dejarse de lado el hecho de que antropocentrismo no significa etnocentrismo, ni menos individualismo solipcista, que constantemente se vive en relación con humanos distantes en el espacio y en el tiempo, y que nuestra consideración no debe solamente dirigirse a la historicidad de lo humano entendida como constructo (algo que se sabe existe, pero cuya definición es difícil o controvertida) a partir del pasado, sino que tiene que hacerlo hacia las generaciones futuras. Humanismo médico significa ahora, además de todo lo ya expresado, responsabilidad hacia las generaciones futuras.

Consecuencia de la práctica de la medicina liberal es la desgracia de convertir a la medicina y al bienestar social en un bien susceptible de ser vendido y comprado. Luego, los servicios profesionales se han concentrado en las regiones con mayor índice de desarrollo y dirigido a grupos sociales privilegiados. Esto no es un mal por sí mismo, pero se trueca en un problema mayor desde el momento en que se sustituyen el cuidado y la atención del enfermo, así como la promoción de los valores del médico y del enfermo, por el lucro como fin último del quehacer de los que se dedican a trabajar en la asistencia médica.

No se está hablando del apostolado médico ni de una solidaridad comunista del modo en que la entendían los primeros cristianos o los teóricos más teóricos del marxismo; estoy refiriéndome a la pérdida del sentido de la actividad profesional y de la posibilidad de que el médico se constituya como un mejor ser humano a través de ella.

Tal y como se planteaba hace más de medio siglo, el humanismo constituye el antídoto contra el cientificismo, contra la deshumanización biogigante o socializante de la atención médica, contra el espíritu mercantilista; en suma, contra las enajenaciones, viejas y nuevas, que nos afectan.

Un problema que sigue vigente y que se recrudece día a día es el de la cobertura universal de los servicios de atención médica a la población abierta. Es, por supuesto, un problema técnico y económico, pero fundamentalmente es una manifestación propia de nuestro tiempo, de una medicina humanista.

No se puede ser insensible al hecho de que la mayor parte de los mexicanos carece de servicios permanentes de atención médica y de condiciones mínimas de bienestar, lo que es manifestación de una severa falta de equidad. No es posible creer la terrible injusticia que significa acumular recursos en el manejo y funcionamiento de unidades médicas de tercer nivel, y no priorizar la prevención y atención primaria de la salud, por una parte, al separar poblaciones que en términos de derechos no son diferentes entre sí, en razón de estar o no inscritos en el Seguro Popular.

La contraposición entre servicios de atención de la salud con cuotas mínimas de recuperación y aquellos basados en pago por servicios, cualquiera que sea la modalidad que se le dé a éste, expresa en el fondo el concepto de un Estado benefactor opuesto a un Estado gerencial. La pregunta que persiste es si podemos fortalecer el primer modelo, actualizando su gestión para resolver la problemática y las necesidades de nuevo cuño, o si es posible imprimir un sello de humanismo médico al segundo.

Héroe de mil caras, el humanismo médico para el siglo XXI exige del facultativo y de los profesionales de la salud un perfil tan complejo como múltiple. Requisito previo indispensable es la actualización constante del conocimiento y, con él, el ejercicio continuo del juicio prudencial que los convierte en sabiduría práctica.

El médico actual debe saber todo acerca de su especialidad y mucho, muchísimo, de todo lo demás en una pretensión de ser culto y de adquirir universalidad. Debe aplicar ese saber no sólo a su vida profesional, sino a la construcción cotidiana de sí mismo. Debe asumir la diversidad de las visiones del mundo y las expectativas que existen en sus pacientes, así como respetar las diferencias que lo hacen frecuentemente un extraño cultural y un extraño moral.

“El conocimiento del cuerpo humano y la preservación de la salud ha sido inquietud inherente al hombre desde tiempos remotos hasta el presente, y han dado lugar a grandes descubrimientos”.

Dr. Alberto Villegas Espinosa.

Médico epidemiólogo y maestro en Administración de Servicios de Salud.

Instrucciones para los autores

“La Homeopatía de México” es una publicación bimestral, fundada en 1933 y editada desde 1941 por la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. Sus páginas incluyen artículos de publicaciones antiguas, debido a su calidad, su vigencia y al interés que pueden generar, además de trabajos nuevos y originales: artículos de opinión, temas de revisión, materia médica, investigaciones nuevas, reportes de casos clínicos y controversias que se llevan a cabo en México y el mundo, referentes al medio homeopático.

Desde su origen, la revista ha contribuido al mejoramiento del nivel académico, científico y de discusión entre particulares, y al interior de las instituciones educativas y hospitalarias dedicadas a la medicina homeopática.

Para su aceptación y publicación, todos los artículos que pretendan incluirse en “La Homeopatía de México” deben caracterizarse por su calidad teórica metodológica, su vigencia o su relevancia. Asimismo, serán analizados por al menos dos revisores (revisión por pares) y, finalmente, calificados como aceptados o rechazados por el Consejo Editorial.

En lo general, “La Homeopatía de México” acata las indicaciones establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, por sus siglas en inglés), cuya versión actualizada (abril de 2010) se incluye en el documento *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica*, mismo que se encuentra íntegramente en la página electrónica <http://www.icmje.org/> (la versión en castellano de este texto, también conocida como Normas o Lineamientos de Vancouver, puede consultarse y descargarse libremente en el sitio de la Universidad Autónoma de Barcelona: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf).

De lo anterior se desprenden los siguientes puntos:

I. Aspectos generales

a) Libertad editorial

Que radica en la plena autoridad que posee el director editorial sobre el contenido de la revista y la elección del momento en que se publicará la información. En este sentido, basará sus decisiones en la validez de los trabajos recibidos, la importancia que puedan tener para los lectores y los puntos de vista de los miembros del Consejo Editorial; además, contará con la libertad para expresar puntos de vista críticos, aunque responsables, sobre todos los aspectos de la medicina homeopática.

b) Sobre los derechos de autor

Los autores deberán certificar a través de una carta, o correo electrónico, que el artículo que envían es original y que autorizan su publicación en “La Homeopatía de México”. El creador conservará la propiedad (*copyright*) de la obra.

c) Conflictos de intereses

Cuando una parte, o el total de un trabajo, se haya publicado en otro medio o se haya enviado a otra revista para su publicación, los autores tienen la responsabilidad de informarlo por escrito al director editorial de “La Homeopatía de México”, proporcionando una fotocopia o un manuscrito de la versión original, y precisando los detalles de la relación que se haya establecido entre ambas partes. Dicha solicitud tiene la finalidad de evitar conflictos relacionados con dobles publicaciones. Queda a juicio del equipo editorial de “La Homeopatía de México” si el trabajo se imprimirá de manera íntegra o si será suficiente con una versión abreviada, bajo el compromiso de que ésta reflejará fielmente los datos e interpretaciones de la original, y de que se citarán tanto la fuente original del texto como su autor.

d) Declaración de financiamiento

Algunos estudios reciben fondos de empresas, fundaciones privadas, instituciones educativas o gubernamentales; debido a que esto podría influir en la investigación misma y desprestigiarla, se

solicita a los autores que especifiquen si su trabajo contó con algún tipo de financiamiento. Debe detallarse al director editorial de “La Homeopatía de México”, por escrito, el nombre de fundaciones, organizaciones o particulares que hayan brindado apoyo económico. Esta información deberá incluirse en el trabajo para mantener al tanto a los lectores. Asimismo, debe comunicarse si el autor o alguno de los autores laboran o perciben un tipo de retribución económica, o de otro tipo, por parte de un laboratorio o compañía privada que haya participado en el financiamiento del trabajo.

e) Notas de agradecimiento

Las notas de agradecimiento dirigidas a personas o instituciones que hayan apoyado el desarrollo del trabajo aparecerán en la parte final del escrito, nunca al principio.

II. Especificaciones para los trabajos

a) Criterios para la aceptación de manuscritos

Deben presentarse con escritura clara, además de brindar información importante y de interés para los lectores de “La Homeopatía de México”. En los trabajos de investigación los métodos de estudio deben ser apropiados, los datos válidos, y las conclusiones razonables y fundamentadas en evidencias y referencias confiables. Se recomienda al autor o autores que antes de remitir cualquier texto, lo ofrezcan a revisión por parte de un colega con experiencia en la publicación de trabajos científicos, a fin de detectar posibles problemas.

Todos los trabajos deberán dirigirse al director editorial de “La Homeopatía de México”, escribiendo a la dirección electrónica: **contacto@similia.com.mx**

En caso de que se presente algún impedimento para hacer el envío de algún escrito por este medio, será necesario comunicarse con la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V., para acordar los detalles de su remisión en disco compacto, memoria USB u otro soporte:

Revista “La Homeopatía de México”

Mirto No. 26
Colonia Santa María la Ribera
Delegación Cuauhtémoc
México, Distrito Federal
C.P. 06400
Teléfono: (01 55) 5547 9483, extensión 176
Fax: (01 55) 5547 3707

Queda a juicio de la División Editorial de “La Homeopatía de México” decidir si los manuscritos cuentan o no con el formato adecuado para su publicación, de tal manera que puede regresarlos a los autores para corrección, antes de considerarlos para el proceso de arbitraje por parte de su Consejo Editorial.

b) Características generales

- Los artículos deben encontrarse en formato de Office Word (archivos .doc o .docx).
- Se evitará la numeración de las páginas, encabezados y pies de página.
- Todas las secciones deben tener continuidad, sin utilizar saltos de página.
- Los manuscritos deben incluir un título de extensión libre, así como un título corto para las páginas internas.
- El nombre del autor o autores que hayan intervenido en el trabajo deben anotarse en el siguiente orden: nombre(s), apellido paterno, guión, apellido materno.
- Si ya se cuenta con publicaciones previas (o indización), el nombre debe escribirse igual que en ellas.
- En todo caso debe incluirse el cargo académico, institucional o ambos.
- Es preferible que los trabajos incluyan un resumen estructurado,

el cual debe proporcionar el contexto o los antecedentes del estudio, así como sus objetivos, procedimientos básicos, principales resultados, conclusiones y fuentes de financiamiento. De ser posible, debe proporcionarse su traducción al inglés (*Abstract*).

- En caso de que se adjunten imágenes, éstas deben presentarse en alta resolución (a 300 dpi) y formato jpg, debidamente numeradas conforme a su cita o llamada en el texto. Se aceptan gráficos a color o en blanco y negro. Debe incluirse el pie de foto o figura (explicación breve) correspondiente a cada imagen o gráfico.
- Las tablas deben enviarse en formato de Office Word (.doc, .docx), y no como imagen. Se numerarán de acuerdo a la llamada o cita en el texto, y con título. De ser necesario, se incluirá un resumen explicativo (pie de figura).
- No se aceptarán imágenes ni tablas en archivos de Power Point.

c) Referencias

Deben colocarse al final del texto y nunca al pie de página. Se enunciarán de manera correspondiente al texto, donde se citarán con números en superíndice.

Los casos más usuales y su presentación internacionalmente aceptada son los siguientes:

- **Artículo de revista:** Autor o autores. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. Año; volumen (número): página inicial y final del artículo. En caso de varios autores, se citan los seis primeros seguidos de la abreviatura et al. En lo posible, el nombre de la publicación debe abreviarse de acuerdo con el estilo de la National Library of Medicine, de Estados Unidos, disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals/>. / **Ejemplo:** Macías Cortés EC, Asbun Bojalil J. Frecuencia de eventos adversos en prescripciones homeopáticas del Hospital Juárez de México. *Rev Hosp Jua Mex.* 2008; 75(3):190-197.
- **Libro:** Autor o autores. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. No es necesario consignar la primera edición. La edición siempre se pone en números arábigos y abreviatura: 2a ed. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debe citarse a continuación del título del libro: vol. 3. / **Ejemplo:** Sánchez Ortega P. Apuntes sobre los miasmas o enfermedades crónicas de Hahnemann vol. 4, 2a ed. México: Biblioteca de Homeopatía de México, 1999.
- **Capítulo de libro:** Autor o autores del capítulo. Título del capítulo. En: Director o recopilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo. / **Ejemplo:** Demarque D. El método hahnemaniano. En: Benkemoun P, Cornillot P, Deltombe-Kopp M, Lutzler LJ. Tratado de Homeopatía. 2a ed. España: Paidotribo; 2000. p. 33-36.
- **Artículo en internet:** Autor o autores. Título. Nombre de la publicación abreviada [tipo de soporte] año [fecha de acceso]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en: / **Ejemplo:** Fernández Pérez JA, Barajas Arroyo G, Romano Rodríguez MC. La Homeopatía: un modelo médico clínico terapéutico, no una medicina complementaria. *Gaceta Homeopática de Caracas* [internet]. 2008 [citado 19 Dic 2011]; 16(1): p. 017-024. Disponible en: http://www2.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-30802008000100004&lng=es&nrm=iso

Para información sobre casos particulares, se puede consultar el documento *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas*, citado en la primera parte de las presentes instrucciones.

III. Tipos de trabajos a publicar

Los siguientes formatos son sugeridos por La Homeopatía de México para la entrega de manuscritos. No es estrictamente necesario que los autores se apeguen a ellos, siempre y cuando sus trabajos cumplan con los requisitos indispensables: la claridad en la exposición de ideas, la elección de un tema de interés para la comunidad homeopática y el sustento de cada una de sus afirmaciones en fuentes fidedignas.

a) Artículo de investigación (básica o clínica)

- **Título.** Es de extensión libre y debe ser representativo de los hallazgos. Se debe agregar un título corto para las páginas internas.

Es importante identificar si se trata de un estudio aleatorizado o de otro tipo.

- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto. Preferentemente, debe incluir título, antecedentes, objetivo, material y método, resultados y conclusiones.
- **Introducción.** Enuncia aquellos aspectos que permiten entender el objetivo del estudio, mismo que se menciona al final de este apartado. La o las hipótesis, así como los planteamientos, deben incluirse en este apartado.
- **Método.** Explica a detalle cómo se desarrolló el estudio y en especial que sea reproducible. Menciona el tipo de estudio, observacional o experimental y métodos estadísticos. Cuando el caso lo amerita, se especifica si las personas involucradas tuvieron que firmar una carta de consentimiento informado.
- **Resultados.** De acuerdo al diseño del estudio, se presentan todos los resultados, sin comentarlos. Tablas y otros gráficos con resultados deben presentarse al final del texto y con pie de figura. Es preferible no repetir la información de las tablas en el texto.
- **Discusión.** Con base en evidencias actuales, se discute por qué el estudio es único, diferente, confirmatorio o contrario a otros de la literatura. Debe incluirse un párrafo que informe si hubo limitaciones en el diseño del trabajo. Las conclusiones sobre el mismo se mencionan al final.
- **Referencias.** Deben seguir las especificaciones descritas con anterioridad. Es preferible incluir citas de autores mexicanos.
- **Extensión e imágenes.** El número de páginas del manuscrito, y de los gráficos, es libre. No obstante, "La Homeopatía de México" se reserva el derecho de editar o resumir los textos e imágenes cuando se considere necesario.

b) Artículo sobre casos clínicos o serie de casos

- **Título.** Debe especificarse si se trata de casos clínicos (uno o dos) o una serie de casos (más de tres). Se debe incluir un título corto a utilizar en las páginas internas.
- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto.
- **Introducción.** Se describe la enfermedad o síndrome y su causa atribuible, o bien, la respuesta del paciente al tratamiento.
- **Presentación del (los) caso (s) clínico (s).** Se incluye la descripción clínica, así como los resultados obtenidos por estudios de laboratorio y otros métodos de diagnóstico. Se debe especificar el tiempo en que se reunieron estos casos. Las imágenes y tablas se mencionan en el texto del documento y aparecen al final del mismo, con pie de figura.
- **Discusión.** Se comentan las referencias más recientes o necesarias para entender la relevancia del caso expuesto, así como aquellas particularidades, similitudes o diferencias que lo hacen comunicable.
- **Referencias.** Deben seguir las especificaciones descritas con anterioridad.
- **Extensión e imágenes.** El número de páginas del manuscrito, así como de gráficos, es libre. Sin embargo, "La Homeopatía de México" se reserva el derecho de editar o resumir los textos e imágenes cuando se considere necesario.

c) Artículo de revisión

- **Título.** Se debe especificar con claridad el tema a tratar.
- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto.
- **Introducción y subtítulos.** Puede iniciarse el tema a tratar directamente, y los subtítulos se incluirán de manera libre, siempre que se consideren necesarios.
- **Referencias.** Deben seguir las especificaciones descritas con anterioridad.
- **Extensión e imágenes.** El número de páginas del manuscrito, así como de gráficos, es libre, aunque "La Homeopatía de México" se reserva el derecho de editar o resumir los textos e imágenes cuando se considere necesario.

d) Actualidad, históricos y sobre personajes

- Los escritos de este tipo abordan temas informativos, históricos y de interés médico o social. No tienen un formato en especial.

e) Materia médica y otros temas de actualización médica

- Sólo se realiza a petición del director editorial de "La Homeopatía de México", de acuerdo con el formato convenido con él.

Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía



Oferta Educativa

Licenciatura

Médico Cirujano y Homeópata
(Programa de Estudios acreditado por
COMAEM 2009/2014)

Licenciatura

Médico Cirujano y Partero
(Programa de Estudios acreditado por
COMAEM 2011/2016)

Especialidades

Médica en Terapéutica Homeopática

Médica en Acupuntura Humana
(Programa reconocido por el PNPC - CONACYT)

Maestrías

En Ciencias en Salud Ocupacional
Seguridad e Higiene

En Ciencias en Biomedicina Molecular
(Programa reconocido por el PNPC-CONACYT)

Doctorado

En Ciencias en Biotecnología (en Red)
(Programa reconocido por el PNPC - CONACYT)





Lo confiable en Homeopatía

Calidad de primera para clientes de primera



Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

Mirto 26, col. Santa María la Ribera, del. Cuauhtémoc, C.P. 06400, México, D.F.
Tels. 5547 9483 5547 5735 Fax. 5547 3707 Larga distancia sin costo 01 800 730 2300

www.similia.com.mx