



**INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL  
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA**



**“ANÁLISIS ÉTICO DEL TRATO A LAS PACIENTES CON OBESIDAD  
DE LA ASOCIACIÓN DE JUBILADOS DEL IMSS EN LA CONSULTA DE  
MEDICINA FAMILIAR”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**Maestría en Ciencias en Bioética**

**PRESENTA:**

**Dra. JOSEFA GALINDO GUTIÉRREZ**

**DIRECTORES:**

**Dra. ROCÍO FUENTES VALDIVIESO  
M. en C. OCTAVIANO H. DOMINGUEZ MARQUEZ**

**México, D.F.**

**Junio de 2011**



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**  
**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**CARTA CESIÓN DE DERECHOS**

En la Ciudad de México, D. F., el día 11 del mes de mayo del año 2011, la que suscribe **Josefa Galindo Gutiérrez** alumna del Programa de Maestría en Ciencias en Bioética con número de registro **A090374**, adscrita a Escuela Superior de Medicina, manifiesta que es autora intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de la **Dra Rocío Fuentes Valdivieso** y del **M. en C. Octaviano Humberto Domínguez Márquez** y cede los derechos del trabajo intitulado **Jubilados del IMSS en la Consulta de Medicina Familiar** al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección [josegalindo\\_g@hotmail.com](mailto:josegalindo_g@hotmail.com). Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

---

**Josefa Galindo Gutiérrez**



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**  
**SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

SIP-13

*ACTA DE REGISTRO DE TEMA DE TESIS  
Y DESIGNACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS*

México, D.F. a 14 de Abril del 2011

El Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de E.S.M. en su sesión Ordinaria No.            celebrada el día 8 del mes de diciembre de 2010 conoció la solicitud presentada por el(la) alumno(a):

Galindo  
Apellido paterno

Gutiérrez  
Apellido materno

Josefa  
Nombre (s)

Con registro: 

A	0	9	0	3	7	4
---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al grado de:

Maestra en Ciencias en Bioética

1.- Se designa al aspirante el tema de tesis titulado:

**"Análisis Ético del Trato a las Pacientes con Obesidad de la Asociación de Jubilados del IMSS en la Consulta de Medicina Familiar"**

De manera general el tema abarcará los siguientes aspectos: RESUMEN, (VERSIÓN ESPAÑOL E INGLÉS), INTRODUCCIÓN (ANTECEDENTES, JUSTIFICACIONES Y OBJETIVOS), MATERIAL Y MÉTODOS, RESULTADOS, ANÁLISIS, CONCLUSIONES Y BIBLIOGRAFÍA.

2.- Se designan como Directores de Tesis a los C. Profesores:

**Dra. Rocío Fuentes Valdivieso y M en C. Octaviano Humberto Domínguez Márquez**

3.- El trabajo de investigación base para el desarrollo de la tesis será elaborado por la alumna en: La Asociación Nacional de Ayuda Mutua de Trabajadores Jubilados y Pensionados del IMSS AC. que cuenta con los recursos e infraestructura necesarios.

4.- La interesada deberá asistir a los seminarios desarrollados en el área de adscripción del trabajo desde la fecha en que se suscribe la presente hasta la aceptación de la tesis por la Comisión Revisora correspondiente:

Directora de Tesis

Dra. Rocío Fuentes Valdivieso

Director de Tesis

M. en C. Octaviano Humberto Domínguez Márquez

El Aspirante

Josefa Galindo Gutiérrez

El Presidente del Colegio

Darío Escobar Lara Padilla

03



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**  
**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

SIP-14

*ACTA DE REVISIÓN DE TESIS*

En la Ciudad de México, D. F., siendo las 12:10 horas del día 13 del mes de Abril del 2011 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de Tesis designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de E.S.M. para examinar la tesis titulada:

**“Análisis Ético del Trato a las Pacientes con Obesidad de la Asociación de Jubilados del IMSS en la Consulta de Medicina Familiar”**

Presentada por la alumna:

**Galindo**

Apellido paterno

**Gutiérrez**

Apellido materno

**Josefa**

Nombre(s)

Con registro: 

A	0	9	0	3	7	4
---	---	---	---	---	---	---

aspirante de:

**Maestra en Ciencias en Bioética**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

LA COMISIÓN REVISORA

Director de tesis

Dra. Rocío Fuentes Valdivieso

Director de tesis

M en C. Octaviano Humberto Domínguez Márquez

Dr. José Leopoldo Aguilar Fajal

Dr. Joel Lomeli González

Dr. Juan Manuel Araujo Álvarez

PRESIDENTE DEL COLEGIO

  
Dr. Eleazar Lara Padilla

## **Dedicatorias**

A mis padres. Pedro y Sofía finados, que con su ejemplo aprendí, los principios y valores de humanismo.

A José Alejandro mi esposo que desde que lo conocí me otorgó su mano para caminar juntos por la vida con dignidad.

A César y Esmeralda, mis adorados y amorosos hijos, que son la razón de vivir y de mi superación.

A César Abdiel y a Nadia Valeria, mis pequeños nietos cuyas sonrisas, alegrías, y caricias, me dan fortaleza para luchar.

A Graciela mi nuera que con su optimismo y compromiso nos solidarizamos para luchar y formar una familia con valores y principios.

Al Dr. Octaviano Humberto con quien comparto una verdadera amistad y el compromiso de ser bioético.

A la C. Beatriz Contreras Hurtado por su afecto y apoyo desinteresado en la realización de esta investigación.

Al Dr. Agustín Morales González Exsubdirector Administrativo del Hospital General de México, quién con su experiencia me brindo su apoyo incondicional.

## **Reconocimientos**

La labor académica no es únicamente del estudiante, sino que es de muchas personas e Instituciones que participan en la culminación de los estudios. Es por consiguiente, otorgar el reconocimiento a todos y cada uno de ellos.

En primer lugar quiero reconocer a la C. Beatriz Contreras Hurtado presidenta de la Asociación Nacional de Ayuda Mutua de Trabajadores Jubilados y Pensionados del IMSS A. C., por haberme permitido estudiar a las pacientes de esa Institución. Ya que ella considera que los benéficos no sólo serán a favor de su médico, sino principalmente de sus agremiados.

El reconocimiento a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 41 del I.M.S.S., En especial a la Directora Dra. Saandra Durán Vázquez y al Dr. José Manuel Sánchez Espinoza Jefe de enseñanza así como a sus cuatro Jefes de Departamento Clínico, quienes han dado su aprobación y apoyo para que los médicos familiares participaran en las respuestas a los cuestionarios para validar esta investigación.

A la Escuela Superior de Medicina (ESM) del Instituto Politécnico Nacional (IPN), quien me abrió sus puertas para cumplir la meta que me propuse de estudiar bioética.

Un reconocimiento especial a Dr. Ricardo García Cavazos, Director anterior de la ESM, del IPN. A la Directora actual Rosa Amalia Bobadilla Lugo, quienes nos dieron a los alumnos todas la facilidades para cursar las asignaturas y llevar a cabo la investigación.

Al Dr. Eleazar Lara Padilla Jefe de la Sección de Posgrado e Investigación, por brindarnos todas las facilidades para llevar en tiempo y forma esta maestría en Ciencias en Bioética.

El gran reconocimiento Al Dr. Octaviano Humberto que aceptó ser el Director de esta tesis con un criterio filosófico y quien me ha iniciando en el camino de la bioética, desde el área de trabajo enseñandome los valores y principios no sólo en el decir sino también en él hacer. Quien siempre se mantuvo al margen de los avances; leyendo, orientando, comentando y aportando día a día para que se llegara a las conclusiones y a la propuesta, dándole el enfoque bioético significativo a este trabajo de investigación.

También el reconocimiento a la Dra. Rocío Fuentes Valdivieso, Por haber aceptado participar en la dirección de esta tesis. En todo momento mostro interés y apertura. Con su conocimiento me guió en los aspectos sociales de género desde la perspectiva bioética que lleva inmerso esta investigación. Gracias a su paciencia y tiempo dedicado a la lectura minuciosa de cada frase que escribía. Este documento ha adquirido un aspecto científico para tratar de transmitir experiencia, observaciones e ideas propias y pertinentes entrelazadas con los conocimientos que adquirí.

Esta tesis no hubiera sido bien encausada sin la participación de la Dra. Carolina Manrique Nava que desde su inicio me brindó su apoyo y me transmitió su experiencia, observaciones y aportaciones.

Al Dr. Juan Manuel Araujo Álvarez, quién con su gran experiencia en el área de la investigación me apoyo y aportó sus conocimientos.

Así mismo al Dr. Joel Lomelí González, con sus comentarios atinados me hizo reflexionar para el mejor desarrollo de esta tesis.

Al Dr. Leopoldo Aguilar Faisal siempre dispuesto a escuchar los avances y dando valiosos comentarios y aportaciones.

A todos los profesores de la Maestría en Ciencias en Bioética que intervinieron en mi formación bioética, mi reconocimiento.

A todas esas mujeres con obesidad que sufren la estigmatización y el maltrato, tanto de la familia, sociedad y servidores de la salud, especialmente de su médico familiar.

El reconocimiento a todos los Médicos Familiares que luchan día a día con una Administración Institucional en vías de actualización, con políticas de salud y capacitación en aspectos bioéticos insuficientes, dónde la bioética camina por otro lado, sin establecer nexos y puentes que la vinculen de manera indispensable y objetiva con la administración y la calidad total.



## **ÍNDICE**

**Introducción-----1**

**Justificación-----6**

### **Capítulo I. Obesidad y bioética**

**La obesidad-----12**

**Epidemiología, magnitud e importancia de la obesidad en México-----15**

**La obesidad en mujeres adultas-----16**

**Repercusiones de la obesidad-----18**

**La Bioética y la relación médico-paciente-----21**

**Ética y responsabilidad profesional-----23**

**Fundamentos bioéticos de la práctica médica-----29**

**Aspectos bioéticos en la obesidad-----52**

**Estigmatización de la obesidad-----55**

**La dignidad y el trato médico-paciente-----56**

**Implicaciones de las perspectivas de género y su construcción social-----58**

### **Capítulo II. Metodología, métodos y descripción del procedimiento**

**Características del lugar de estudio-----67**

**Población de estudio-----68**

**Metodología y determinación de procedimientos-----69**

**Capítulo III. Principales factores que intervienen en el trato de las pacientes con obesidad**

<b>Deficiente integración de Instituciones-----</b>	<b>95</b>
<b>Práctica médica con pérdida de valores-----</b>	<b>95</b>
<b>Desfasamiento del Modelo de atención ante el fenómeno de la Transición Epidemiológica-----</b>	<b>96</b>
<b>Desvinculación de la gestión administrativa y la bioética-----</b>	<b>97</b>

**Capítulo IV. Aspectos legales de la relación médico-paciente**

<b>Derechos de los pacientes-----</b>	<b>99</b>
<b>Derechos de los médicos-----</b>	<b>100</b>
<b>Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico-----</b>	<b>101</b>
<b>Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el Manejo Integral de la Obesidad-----</b>	<b>102</b>
<b>Código Penal del Distrito Federal-----</b>	<b>103</b>

**Capítulo V. Modelo aplicativo en la atención de las pacientes con obesidad**

<b>Modelo de atención de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social-----</b>	<b>104</b>
--	------------

**Fortalezas y debilidades de la atención institucional de medicina familiar----106**

**Capítulo VI. Resultados, Conclusiones del estudio y propuesta bioética para  
resolver la atención de las pacientes con obesidad**

**Resultados del estudio-----123**

**Conclusiones del estudio-----127**

**Propuesta bioética para resolver la atención de las pacientes con obesidad---128**

**Bibliografía-----131**

## **Glosario de términos**

Medicina familiar. Se define como la atención a la salud (preventiva, curativa, y de rehabilitación) de primer contacto, continua, culturalmente aceptable, integrada y coordinada, la cual se otorga al individuo y su familia. Todo ello en un marco de pleno respeto a los derechos humanos.<sup>1</sup>

Obesidad. Como la enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos de patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente. También relacionada con factores biológicos, socioculturales y psicológicos.<sup>2</sup>

Índice de Masa Corporal (IMC). Es una fórmula que relaciona el peso y la talla del individuo y sirve para clasificar su estado nutricional. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado (kg/m<sup>2</sup>).<sup>3</sup>

Ética. (gr. *Éthos*, costumbre). Ciencia de la moral y las obligaciones del hombre. Sistemas de reglas que rigen la conducta.<sup>4</sup>

Bioética. Es el estudio sistemático de las dimensiones éticas –incluyendo la visión moral, decisiones, conductas y políticas –de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto multidisciplinario.<sup>5</sup>

Moral: significa costumbres, hábitos, es el acto, el hecho, se refiere a la bondad o malicia de los actos, hechos calificados como buenos o malos.<sup>6</sup>

Trato. Acción de tratar o tratarse (sinónimo de. V. de frecuentación, tratamiento de cortesía (sinónimo de cortesía, dignidad), (Sinónimo de comercio, convenio, transacción), trato de gentes, experiencia en la vida social.<sup>7</sup>

---

<sup>1</sup> García, C., Onofre Muñoz, Luis, Durán, Felipe, Vázquez, *La Medicina Familiar en los albores del siglo XXI*, Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2006, pp. 66.

<sup>2</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, *Para el Manejo Integral de la Obesidad*.

<sup>3</sup> Ídem. Norma Oficial Mexicana de NOM-174-SSA1-1998.

<sup>4</sup> García Pelayo y Gross, *Diccionario Larousse*, Barcelona, Ed. Noguer, México, 1972, pp. 386.

<sup>5</sup> Reich, W. I., *Encyclopedia of bioethics*, Nueva York, 2004.

<sup>6</sup> Ferrer, J.J., Álvarez, C., *Fundamentos de la Bioética*, Ed. Descleés de Brower, Madrid, 2007, pp. 21.

<sup>7</sup> García, Pelayo y Gross. *Diccionario Larousse*, Ed. Noguer, Barcelona, 1972, pp. 899.

Paciente. Persona enferma o en tratamiento.<sup>8</sup>

Médico familiar. Es el profesional de la medicina que atiende a la familia.<sup>9</sup>

Valor. Es la propiedad o atributo deseable de alguna cosa.<sup>10</sup>

Libertad. Poder de obrar o no obra, o de escoger, el deber supone la libertad, Independencia (sinónimo de autonomía o derecho).<sup>11</sup>

Autonomía. Libertad de gobernarse por sus propias leyes (sinónimo de libertad).<sup>12</sup>

Vida. Es el espacio de tiempo que transcurre en el ser vivo desde el nacimiento hasta la muerte.<sup>13</sup>

Muerte. Cesación definitiva de la vida.<sup>14</sup>

Salud. Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad (OMS/OPS).<sup>15</sup>

Beligerancia: Dar importancia.<sup>16</sup>

Dignidad: Es todo aquello que constituye la condición para que algo sea fin en sí mismo, eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino es valor interno.<sup>17</sup>

Emancipar: Liberar de algunos tratos o tiranía.<sup>18</sup>

Liberar: Salir una cosa de la sujeción de lo que estaba.<sup>19</sup>

Neologismo: Vocablo, acepción o giro nuevo en un idioma.<sup>20</sup>

---

<sup>8</sup> Mascaró, M., *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*, Ed. Salvat S.A., México, 1997, pp. 747.

<sup>9</sup> García C., Onofre Muñoz, Luis Durán, Felipe Vázquez, *La Medicina Familiar en los albores del siglo XXI*, Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2006, pp. 47.

<sup>10</sup> Sgrecia, Elio, *Manual de Bioética*, Instituto de Humanismo en Ciencias de la salud, Ed. Diana, México, 1994, pp. 41.

<sup>11</sup> García, Pelayo y Gross., *Diccionario Larousse*, Ed. Noguer, Barcelona, 1972, pp. 532-533.

<sup>12</sup> Idem, pp. 113.

<sup>13</sup> Idem, pp. 936.

<sup>14</sup> Idem, pp. 599.

<sup>15</sup> OMS/OPS.

<sup>16</sup> García, Pelayo y Gross, *Diccionario Larousse*, Ed. Noguer, Barcelona, 1972, pp. 141.

<sup>17</sup> Kant, Manuel, *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres crítica de la razón práctica y la paz perpetua*, Ed. Porrúa, decima quinta edición, México, 2007, pp. 53.

<sup>18</sup> García, Pelayo y Gross, *Diccionario Larousse*, Ed. Noguer, Barcelona, 1972, pp. 532-533.

<sup>19</sup> Idem, pp. 533.

<sup>20</sup> García, Pelayo y Gross, *Diccionario Larousse*, Ed. Noguer, Barcelona, 1972, pp. 532-533.

## **Resumen**

El objetivo de la investigación se centró en la observación y análisis del trato que reciben las pacientes con obesidad por parte de los médicos familiares. Se aborda la relación que existe entre la bioética y la medicina para estudiar un problema complejo como es el trato que les dan los médicos a las mujeres con obesidad, Para lograr el objetivo se partió de la metodología cualitativa. La aplicación consistió en el análisis del discurso y el método hermenéutico; a través de éstos, se interpretaron las entrevistas de las pacientes con obesidad de la Asociación de Ayuda Mutua de Trabajadores Jubilados y Pensionados del IMSS, asimismo, se aplicaron cuestionarios a los médicos familiares de la Clínica 41 del IMSS. Los resultados obtenidos muestran que el trato que reciben las pacientes con obesidad de parte de los médicos familiares es indigno desde el enfoque bioético y de la medicina. Se concluye que el trato recibido por dichas pacientes deja de cumplir su objetivo de respeto y dignidad. Las pacientes con obesidad, se sienten impotentes y estigmatizadas ante las críticas y el maltrato que reciben en su casa, trabajo, en la sociedad y por el personal médico. Por ello se requiere establecer políticas públicas orientadas hacia la salud que favorezcan la relación médico paciente para evitar un mayor daño emocional a las pacientes con obesidad. Esto se logrará con una capacitación en bioética a los médicos familiares para mejorar su desempeño médico.

**Palabras claves:** bioética y medicina, obesidad, médico familiar, paciente.

## **Summary**

The purpose of the investigation was centered in the observation and analysis about the treatment the patients with obesity receive from the familial doctors. It approaches the existing relationship between bioethics and medicine to study a complex problem such the treatment that doctors give to women with obesity to reach the purpose it started from qualitative methodology. The application consisted on the analysis of the speech and the hermeneutic method, through these, the obese female patients' interviews from the Retired and Pensioners Workers form IMSS Mutual Help Association Were Interpreted also, questionnaires were applicated to familial medical doctors from IMSS clinic 41. The results obtained show the treatment to obese female patients is indignant from the bioethics and medicine approach. The obese female patients feel impotent and stigmatized before the criticism and bad treatment they receive at home, at work, in the society and from medical personnel. That's why it is required to establish public policies oriented to the health which help the relationship between doctors and patient to avoid a greater emotional damage to obese female patients. This will be obtained with a bioethics training to familial medical doctors to improve their medical function.

Abstract key words: bioethics and medicine, obesity, familial medical doctor, patient.

## **Introducción**

Esta investigación trata del análisis de las pacientes con obesidad y su relación con el médico familiar. El estudio se centró en el trato que reciben las pacientes con obesidad de la asociación de jubilados del IMSS por el personal de salud que las atiende. En la relación médico-paciente se percibe vulnerada la dignidad de las pacientes, además de la discriminación de género y otros aspectos subjetivos como el desprecio de los cuerpos obesos, hecho que genera dilemas sobre el trato que deben recibir las pacientes, así como el papel que debe desempeñar el personal de salud. El análisis bioético muestra que estas mujeres con obesidad no siempre se sienten satisfechas con la atención médica que reciben para tratar el conjunto de padecimientos que coexisten con la obesidad.

Los valores morales que sustenta la bioética hoy día son cuatro: no maleficencia, beneficencia, autonomía, justicia. El valor de no maleficencia *Primum non nocere*, de larga tradición en el campo de la medicina, desde el Juramento Hipocrático, establece que el médico debe actuar en bien del paciente, para curarlo, evitarle sufrimientos y daños. Otro valor Hipocrático es el de beneficencia, trata de la obligación de hacer el bien, este valor esta matizado por el respeto al paciente, a sus valores, convicciones y cosmovisiones. El valor de autonomía nos permite la libertad de decisión y obliga a respetar los valores y opciones personales de cada individuo. El valor de justicia e igualdad de los derechos de los seres humanos, todos los seres humanos deben ser tratados de igual forma, es una obligación tratar a todos los



pacientes por igual, ningún médico tiene el derecho de dar un trato indigno a un paciente.<sup>21</sup>

A lo largo de la historia se muestra la relación que ha existido del médico y el paciente: desde el siglo V a. C. hasta mediados del siglo XX, ha sido de tipo “paternalista”, de forma vertical, “monárquica,” sin tomar en cuenta los principios éticos de no-maleficencia y beneficencia. En el siglo XX la relación dejó de ser “monárquica” para ser “oligárquica”, compartiéndola con otros profesionales de la salud. A partir de los años sesenta del siglo XX la relación médico-paciente pasó a ser “democrática”. En esta evolución los códigos de salud de los derechos de los pacientes han sido de gran utilidad para evitar una ética rígida y dar paso a una ética de los enfermos, basada en el valor de la autonomía.<sup>22</sup>

En México se ha promovido la calidad de la atención de los pacientes con una base ética y de valores, considerando los derechos y obligaciones de los pacientes, así como la calidad y el trato digno a los usuarios.<sup>23</sup> No obstante los médicos se ven sometidos a presiones al ser obligados a atender cantidad y no calidad, propiciando la insatisfacción de médicos y pacientes.<sup>24</sup> Deshumanizando, los valores profesionales

---

<sup>21</sup> Gracia, D., *Fundamentos de la bioética*, Ed. Búho LTDA, México, 1989.

<sup>22</sup> Gracia, D., *Bioética clínica, Aspectos bioéticos de la medicina*, El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 71-74.

<sup>23</sup> Villalpando, J. J., Ferreira, E., *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, con el tema Fomentemos el trato digno al paciente y su familia*, México, Segunda Época, 2007, pp. 239-240.

<sup>24</sup> Domínguez, O., *Bioética, objeción de conciencia en los servicios de salud*, México, Distribuidora y Editora Mexicana S. A. de C. V., 1999, pp. VIII.

el médico.<sup>25</sup> Por lo que es necesario un cambio profundo en la forma de concebir la responsabilidad ética del personal de salud.<sup>26</sup>

Iris Luna Montaña 2007, nos dice que la frecuencia de la obesidad mundial tiene gran repercusión, en las áreas biológicas, psicológicas, sociales y económicas,<sup>27</sup> pero además sobresale el maltrato más significativo en la mujer que en el hombre.<sup>28</sup>

La obesidad es, una enfermedad crónica que se encuentra a nivel mundial en forma “epidémica”, se presenta en países desarrollados y más en países en vías de desarrollo, en todos los estratos sociales y económicos, edades, en ambos sexos, predominando en mujeres, sin diferencia de credos.

La obesidad por sus factores de riesgo aumenta la morbilidad y la mortalidad por la presencia de las enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión arterial y cánceres entre otros, aumentando así sus efectos en las pacientes con obesidad.<sup>29</sup> También tiene fuertes prejuicios sociales de discriminación razón por la cual, la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres con obesidad.<sup>30</sup>

---

<sup>25</sup> Domínguez, O., *Bioética y la Calidad en la Atención Médica*, México, Distribuidora Editorial Mexicana S.A. de C.V., 2008, pp. 26.

<sup>26</sup> Gracia, D., *Profesión médica, Investigación y Justicia Sanitaria*, México, El Búho, 1ª. Edición, 1998, pp. 57.

<sup>27</sup> Luna, I., *Avances en Psiquiatría Biológica*, Vol. 8, México, 2007, pp. 58-59.

<sup>28</sup> Ídem, pp.73.

<sup>29</sup> Alpizar, M., *Guía para el Manejo Integral del Paciente Diabético*, México, Alfil, 2008, pp. 7, 14-19.

<sup>30</sup> Luna, I, *op. cit.*, pp. 70-74.

La Organización Mundial de la Salud considera el “trato digno” como una dimensión en la “Evaluación del desempeño de los sistemas de Salud”, donde la meta máxima es mejorar la salud.<sup>31</sup>

Por lo tanto, toda paciente adulta tiene tres fases en su vida según Levinon en el libro de Néstor Fernández: la fase adulto joven es de los 17 a los 40 años, una fase de importantes cambios sociales en los ámbitos de la vida profesional y familiar. La vida del individuo gira en torno de dos polos fundamentales: la familia y el trabajo. La primera es una fase en la que se hace presente la tensión entre la concepción de lo joven y lo viejo. La fase de adulta intermedia es de los 40 a los 60 años. Se trata de una fase de gran productividad, especialmente en la esfera intelectual y artística. Es la etapa de la productividad y la creatividad, de importantes logros intelectuales, es el periodo en el que se consigue la plena autonomía. La fase de adulta tardía comprende los mayores de 60 años de edad, Según Ericson la denomina “madurez” y está caracterizada por una seguridad y amor del yo, por la aceptación del propio ciclo de vida como algo irrenunciable e insustituible, en una palabra, está caracterizada por la integridad del propio y único yo, frente a la desesperación que pueda producir un incuestionable final.<sup>32</sup> En esta etapa como en todas sus fases, deben ser atendidas las pacientes adultas con un trato digno.

Por lo tanto, nos planteamos una pregunta: ¿El trato que le dan los médicos familiares a las pacientes de la Asociación de Jubilados del IMSS contribuye a resolver el problema de la obesidad?

---

<sup>31</sup> Villalpando, J. J., *op. cit.*, pp. 239.

<sup>32</sup> Papalia, D. E. & Wendkos, O. S., *Desarrollo Humano*, México, Mc Graw Hill, 4ª edición, 1992.

Los datos empíricos nos muestran que el problema de la obesidad es complejo y que no se resuelve con el trato y los tratamientos médicos actuales que ofrecen los médicos familiares. El manejo de la obesidad debe ser abordado de manera interdisciplinaria; sin embargo visto desde la bioética, se observa que la obesidad en las mujeres genera un gran sufrimiento no sólo por lo que afecta a su aspecto físico y la salud, sino también por el desprecio social que ellas padecen. En la actualidad los cuerpos delgados son los más aceptados socialmente. El mismo personal de salud suele despreciar a las mujeres con obesidad, por ello es necesario capacitar al personal con aspectos bioéticos que les permitan establecer en la relación médico paciente que no transgreda los derechos de las pacientes.

## Justificación

La obesidad se ha convertido en una preocupación social y científica, dado que, conforme aumenta la edad, también aumenta la enfermedad y es mayor la prevalencia en el sexo femenino que en el masculino <sup>33</sup>

En la encuesta nacional de salud en el año 2000, México tenía el 50% de la obesidad, con amplio predominio en la mujer (28.1%) y hombres (18.5%).<sup>34</sup> En la encuesta de salud y nutrición 2006 (ENSANUT) la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) en hombres (24.2%) mayores de 20 años.<sup>35</sup> Demostrando que dicha prevalencia ha aumentado. Por lo tanto, es necesaria la atención de manera que resuelva las necesidades de las pacientes con obesidad para disminuir la patología y sus complicaciones.

La Organización Mundial de la Salud, desde 1997 destacó que la población con obesidad, constituye el problema global más importante de la salud y surge como un tema de salud pública. Existe un riesgo adicional de muerte prematura como consecuencia de las enfermedades crónico-degenerativas que conlleva la obesidad, principalmente la diabetes tipo 2 y las cardiovasculares.<sup>36</sup> Existen otros factores que intensifican el problema: como los prejuicios sociales y la discriminación, razón por la cual la imagen negativa del cuerpo es un problema grave para muchas mujeres con obesidad, conduce a inseguridad extrema y malestar intenso ante situaciones

---

<sup>33</sup> Luna, I., *op. cit.*, pp. 60-65.

<sup>34</sup> Sepúlveda, J., Olaiz, G., Rojas, R., Barquera, S., *et. al. Encuesta Nacional 2000*, México, Instituto Nacional de Salud, 2003, pp. 37.

<sup>35</sup> Sepúlveda, J., Olaiz, G., Rojas, R., Barquera, S., *et. al., Encuesta Nacional 2000*, México, Instituto Nacional de Salud, 2006, pp. 77.

<sup>36</sup> Alpizar, M., *op. Cit.*, pp. 11-14.

sociales. Resaltando la estigmatización, la discriminación, el maltrato, los cuadros de ansiedad, los episodios depresivos, y la afectación a la autoestima.<sup>37</sup>

La importancia de la obesidad, es de tal magnitud que los científicos se alertan por las grandes consecuencias que provoca esta enfermedad, se han percatado que aparecen cada día nuevos medios engañosos que prometen una figura esbelta en corto tiempo y sin mayores esfuerzos. En este contexto de alarma médica y comercialización de sólo mejorar la figura, las pacientes con obesidad tienen una gran preocupación y presentan un comportamiento inapropiado que genera la aparición de otras enfermedades.

Se eligió el tema, después de observar la gran cantidad de personas con obesidad que asisten a la consulta de medicina familiar en el IMSS. Este problema demanda una gran atención por el número de pacientes con obesidad ya que sus complicaciones son de alto costo económico, y por la pérdida de vidas humanas en edad productiva.<sup>38</sup>

El sufrimiento que presentan las mujeres con obesidad, en la consulta médica es verdaderamente preocupante por el maltrato constante y permanente del personal de salud, principalmente por el médico familiar, y del personal de enfermeras, trabajadoras sociales, asistentes médicas, personal de rayos X, de farmacia, de laboratorio y de archivo.

---

<sup>37</sup> Luna, I., *op. cit.*, pp. 73-74.

<sup>38</sup> Ídem, pp. 54.

El médico, al atender un elevado número de pacientes, cuida únicamente cantidad y descuida la calidad de su trabajo, por lo tanto las pacientes con obesidad perciben maltrato en la consulta, entre otras cosas. Son pocas las investigaciones en bioética que muestran el problema de la obesidad, desde ese punto de vista, es importante abordar la investigación del maltrato, ya que hace falta justicia, benevolencia y salvaguardar la dignidad de las personas.

Para llevar a cabo el estudio del trato a las pacientes con obesidad jubiladas del IMSS es necesario plantear los siguientes objetivos:

**Objetivo general:**

Analizar desde la perspectiva bioética, el maltrato que reciben las pacientes con obesidad, mayores de 50 años de la de Asociación de jubiladas del IMSS, en la consulta de medicina familiar.

**Objetivos específicos:**

Analizar los factores que condicionan el trato a las pacientes con obesidad en la consulta de medicina familiar.

Estudiar y observar el cumplimiento de la responsabilidad del trato de los médicos familiares hacia las pacientes con obesidad.

**Metodología**

La metodología cualitativa fue útil para el desarrollo de la investigación, consistió en la observación en el lugar de la investigación. Se aplicaron cinco entrevistas a

profundidad con la finalidad de argumentar el trato que reciben las pacientes con obesidad, por su médico familiar, partiendo de una realidad que viven las pacientes al ser atendidas en la consulta de medicina familiar del IMSS. Se aplicaron cuestionarios a médicos familiares para conocer el trato que brindan a esas pacientes con obesidad, además de conocer sus puntos de vista sobre el manejo médico de las pacientes que acuden a consulta.

Este trabajo está organizado en ocho capítulos, en el capítulo I. Trata de la obesidad, como una enfermedad de Salud Pública, epidémica. Los aspectos generales y fundamentos de la bioética, en la relación-médico paciente según Diego Gracia, tomando en cuenta los valores éticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, la ética de la responsabilidad profesional y de los fundamentos bioéticos de la práctica médica.

También se tratan los aspectos bioéticos de la obesidad; las pacientes deben tener un trato humano, el trato no debe estar condicionado ni manipulado, se deben tomar en cuenta los valores bioéticos como la dignidad, el respeto y la responsabilidad. Se dará el máximo bien para el paciente con una filosofía de máximo rigor, como es la “calidad total” y la “excelencia”.

Se abordan las características sociales atribuidas a una persona según su sexo, el patriarcado como una educación constante y permanente, donde la mujer debe estar sometida al hombre, a él se le atribuyen valores humanos como la sabiduría,



fortaleza, inteligencia y el poder. Lo anterior en una perspectiva de género, aspecto fundamental para la mejor comprensión del estudio.

El capítulo II. Se refiere a la metodología utilizada, desde la descripción general del lugar de estudio, la población estudiada y las explicaciones de los procedimientos y técnicas aplicadas respecto a la investigación cualitativa que nos permite describir e interpretar una construcción social, partiendo de una realidad y reafirmar preguntas de investigación.

En el capítulo III. Se hace referencia a los principales factores que intervienen en el trato de las pacientes con obesidad como: no hay un Sistema Nacional de Salud, sino, diversos esquemas de atención en las Instituciones que rompen con los valores humanos, la transición epidemiología y la demografía las cuales cambiaron sus expectativas al haber una explosión de daños a la salud causados por numerosos padecimientos que se presentan en edad mayor de 50 años.

En el capítulo IV. Se abordan los aspectos legales de la relación médico-paciente, respecto a los derechos y obligaciones del paciente y del médico. Se anota la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico para la atención médica, en una serie de documentos en donde el personal de salud deberá hacer registros, anotaciones y certificaciones correspondientes. También se aborda la Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad, indicando que el médico es el responsable del manejo integral del paciente con obesidad. Y así mismo el Código Penal con su Título Vigésimosegundo sobre la responsabilidad profesional.

En el capítulo V. se muestra de manera resumida, las características del Modelo aplicativo, en dónde se desarrolla la atención médica para las pacientes con obesidad, anotando sus cualidades, fortalezas y debilidades.

Finalmente el capítulo VI. Se realizan los resultados de la observación, las entrevistas y los cuestionarios con un método hermenéutico, interpretativo, con análisis de contenido, con el fin de dar a conocer los resultados y las conclusiones de la investigación. Se hace una propuesta concreta y factible con dos opciones con el **común denominador, de capacitar específicamente en bioética a los médicos familiares para mejorar su desempeño.** Con dos opciones fundamentales:

**A.** Ampliar el tiempo para la atención de las pacientes con obesidad por el médico familiar, capacitando a los médicos en bioética, pero también al personal de salud, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos. La formación de grupos de autoayuda, así evitando el maltrato y elevando la calidad de la atención.

**B.** Si no se pudiera ampliar el tiempo de atención de la consulta, en caso de que no hubiera grupos de autoayuda integrarlos, si existen fortalecerlos, impulsando un cambio de estilo de vida por medio de los grupos de autoayuda.

## Capítulo I. Obesidad y bioética

### La obesidad

La obesidad es un problema que enfrentan los diferentes sistemas sanitarios tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo, no sólo por el costo humano sino también por el alto gasto económico que conlleva.

La obesidad está acompañada de múltiples y graves consecuencias para la salud, además, se reconoce como un riesgo alto de morbilidad y mortalidad.<sup>39</sup>

La palabra "obeso" viene del latín "*obedere*". Formado de las raíces *ob* (sobre, o que abarca todo) y *edere* (comer), es decir "alguien que se lo come todo". El primer uso conocido de esta palabra fue en 1651 en lengua inglesa, en un libro de medicina *Biggs, Noha, Medical Practitioner and Social Reformer*.<sup>40</sup>

La obesidad está considerada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10-CM) como un trastorno físico que no se relaciona con ningún síndrome psicológico o conductual con características propias.<sup>41</sup> La obesidad se define como la enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada, en la mayoría de los casos, a patología endocrina, cardiovascular y ortopédica,

---

<sup>39</sup> Ídem, pp. 63.

<sup>40</sup> Falcón, H., *Historia de la obesidad en el mundo*, Monografía, Universidad Latino Americana, 2009, pp. 4

<sup>41</sup> Morín, R., *Obesidad y sexualidad. Academia de la Voz de los expertos*, Rev. Trabajo Social No. Dieciocho, México, 2008, pp. 5

principalmente. También relacionada con factores biológicos, socioculturales y psicológicos de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana de NOM-174-SSA1-1998.<sup>42</sup>

La Organización Mundial de la Salud considera a la obesidad como un problema de salud pública a escala mundial, definiendo el sobrepeso como el Índice de Masa Corporal igual o superior a 25 Kg/m<sup>2</sup> y la obesidad como un IMC igual o superior a 30 Kg/m<sup>2</sup>. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales.<sup>43</sup>

### **Antecedentes históricos**

La obesidad se conoce desde tiempos remotos, cuya alimentación en ese periodo fue de plantas, tubérculos, frutas y verduras en general, más tarde se incorpora la carne a su dieta alimenticia, de tal suerte que su alimentación no era equilibrada.<sup>44</sup>

Hipócrates y Platón (siglo V-IV a.C.) asocian la obesidad con la muerte súbita, esta última es más frecuente en personas obesas que en las delgadas, también se señala que la dieta equilibrada contiene todos los nutrientes en cantidades moderadas.<sup>45</sup> Galeno menciona la importancia de ingerir una mezcla adecuada de alimentos y de hierbas para mantener la salud del cuerpo. Avicena (siglos X-XI), dice que la obesidad severa restringe los movimientos y maniobras del cuerpo.<sup>46</sup>

---

<sup>42</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, *Para el Manejo Integral de la Obesidad*, México, 1998.

<sup>43</sup> Castro, A., *Epidemiología de la obesidad en México*, Universidad Autónoma de Guadalajara A. C., México, 2008, pp. 1.

<sup>44</sup> Falcón, H., *op. cit.*, pp. 9.

<sup>45</sup> Alonso, A., *Alimentación y nutrición a través de la historia*, Ed. Glosa, Barcelona, 2005. pp. 326-331.

<sup>46</sup> Falcón, H., *op. cit.*, pp. 9, pp. 15.

Galeno afirma la importancia de ingerir una mezcla adecuada de alimentos y de hierbas para mantener la salud del cuerpo.<sup>47</sup>

Adolphe Quételet (1796-1874) establece la curva antropométrica de distribución de la población belga y propone que el peso corporal debe ser tomado en función de la estatura ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ). El índice de Quételet es también llamado Índice de Masa Corporal (IMC).<sup>48</sup>

En 1999 la Declaración de Milán, y de la OMS expresan que la obesidad constituye un trastorno básico a partir del cual se desarrollan co-morbilidades de todo tipo; cardiaco, reumatológico, digestivo, endocrino, declarándose la "epidemia del siglo XXI".<sup>49</sup>

### **Clasificación de la obesidad**

Existen varias técnicas que permiten determinar si una persona es obesa, pero, los expertos consideran que el (IMC) de una persona es la medida más precisa de la grasa corporal en niños y adultos.<sup>50</sup>

El IMC es una fórmula que relaciona el peso y la talla del individuo y sirve para clasificar su estado nutricional. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Cuando esta proporción supera la cifra

---

<sup>47</sup> Castro, A., *op. cit.*, pp. 1.

<sup>48</sup> Falcón, H., *op. cit.*, pp. 25

<sup>49</sup> Srunkand, A. J., LaFleur, W.R., Wadden, T.A., *Estigmatization of obesity medieval times*, Int Jobs Relat Matab Disord, Asia and Europe, 1998, pp. 22,41,44.

<sup>50</sup> Gómez, H. D., Vázquez, J. L. M., Fernández, S. C., *Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS*, Rev. Med. IMSS. 42 (3), México, 2004, pp.241.

de  $25 \text{ kg/m}^2$  es un caso de sobrepeso y cuando es superior a  $30 \text{ kg/m}^2$  se considera como obesidad.

Para realizar el IMC se utiliza la fórmula:  $\text{IMC}=\text{P}/\text{T}^2$ . Esto es IMC igual a  $\text{P}=\text{peso (kg)}$ ; sobre  $\text{T}=\text{talla (m}^2)$ .<sup>51</sup>

### **Epidemiología, Magnitud e importancia de la obesidad en México**

La obesidad mundial tiene grandes repercusiones, los nuevos datos sugieren que existen en la actualidad 1300 millones de adultos con sobrepeso y obesidad tanto en mujeres como en hombres de los cuales más de 350 millones son obesos, en muchos países más de la mitad de la población adulta tiene sobrepeso u obesidad, en América Latina la prevalencia es asombrosamente alta, tanto en hombres como en mujeres, casi el 60% está afectada, las mujeres sudafricanas 29% de ellas son obesas.<sup>52</sup>

En México en la Encuesta Nacional de Salud del 2000 la prevalencia de la obesidad fue casi del 50% mayor en las mujeres con un (28.1%) comparada con los hombres con un (18.6 %).<sup>53</sup> Y en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006 (ENSANUT, 2006) se encontró que, el sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan a cerca de 70% de la población (mujeres 71.9%, hombres 66.7%) entre 30 y 60 años, en ambos sexos; sin embargo, entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad. La prevalencia de obesidad en los adultos mexicanos ha ido incrementando con el tiempo, en 1993, resultados de la Encuesta Nacional de

---

<sup>51</sup> Alpizar, M., *op. cit.*, pp. 1.

<sup>52</sup> Ídem, pp. 5.

<sup>53</sup> Sepúlveda, J., *op. cit.*, 2003, pp. 37.

Enfermedades Crónicas, mostró que la prevalencia de la obesidad en adultos era de 21.5%, mientras que con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 se observó que 24% de los adultos, en nuestro país, la padecían y, actualmente ENSANUT 2006, encontró que alrededor del 30% de la población mayor de 20 años (mujeres 34.5%, hombres, 24.2%) tienen obesidad.<sup>54</sup>

### **La obesidad en las mujeres adultas**

La edad adulta es aquella en la que el organismo humano ha alcanzado su pleno desarrollo. La etapa se divide en 3 fases: adultez temprana, mediana y tardía. La prevalencia de obesidad en la población adulta se estima en un 15.5%, tiene diferencias significativas con el sexo, que aumentan con la edad. Sin embargo, aunque la obesidad es más frecuente en la mujer, su repercusión sobre la salud es superior en el hombre. La obesidad en el adulto puede estar condicionada por el sobrepeso y la obesidad durante la infancia y la adolescencia, diversas causas hormonales, la edad, asociadas con la ingesta de carbohidratos, la disminución de la actividad física y el aumento del sedentarismo, que explica el incremento de grasa corporal característico de la menopausia. Entre las personas mayores, es conveniente controlar la alimentación con objeto de evitar el sobrepeso y sobre todo la obesidad. Aún así, en este grupo de edad es más preocupante el peso insuficiente o los cambios frecuentes de peso corporal, que el exceso de peso. En cada etapa de la vida del adulto la presencia de obesidad va a tener connotaciones y co-morbilidades o patologías asociadas especiales.

---

<sup>54</sup> Sepúlveda, J., *op. cit.*, 2006, pp. 77.

El Consenso SEEDO 2007 en relación con la evaluación del sobrepeso y la obesidad en España, delimita la población adulta a edades comprendidas entre los 25 y los 64 años, mientras aquellos individuos de 65 años o edad superior los considera como población mayor.<sup>55</sup>

Las consecuencias personales y los costos de la obesidad son muy altos, se generan gastos médicos mayores que afectan de manera significativa las relaciones personales, el salario y el progreso de todas las personas, especialmente en las mujeres, socialmente las personas con obesidad, tienen rasgos negativos de personalidad, falta de autocontrol y autoestima, los prejuicios asociados con la obesidad son muy importante, así lo refiere un estudio sociológico realizado por la Universidad de Cornell en 1966.<sup>56</sup>

En la Encuesta realizada en 1969 a los médicos en Estados Unidos, Empliment Law Alliance (ELA), los pacientes con obesidad fueron descritos como de voluntad débil, fea, torpe y autoindulgente, el 80% reportaron que fueron tratados sin respeto por los médicos, también dice esta encuesta que los médicos no son inmunes a la obesidad. Irónicamente, los médicos informaron que el cincuenta por ciento de sus colegas médicos son obesos.<sup>57</sup> El Journal of pediatrics reportó en un

---

<sup>55</sup> Garaulet, M., Puy, M., Pérez, F., Cuadrado, C., Leis, R., Moreno, M. de J., *Obesidad y ciclos de vida del adulto*, Rev. Esp. Nutr. Comunitaria, 2008; 14(3): 150-155.

<sup>56</sup> <http://articulos.estudiame.com/2010/08/31/cobertura-de-la-cirugia-para-gordura-morbida-por-la-aseguradoras/> se consulto el 14 de octubre 2010.

<sup>57</sup> <http://articulos.estudiame.com/2010/08/31/cobertura-de-la-cirugia-para-gordura-morbida-por-la-aseguradoras/>. Consultado: 14 de octubre 2010.



estudio realizado en el 2005, que los médicos son reacios a practicarles a las mujeres obesas exámenes pélvicos.<sup>58</sup>

Las pacientes con obesidad son sometidas para bajar de peso a dietas, negación de alimento estricto, a tomar medicamentos (píldoras), vómitos autoinducidos, uso de laxantes, estas pacientes se someten a ello por presentar sentimiento de vergüenza, soledad, falta de autoestima y depresión.<sup>59</sup>

### **Repercusiones de la obesidad**

La obesidad se consideraba resultado directo de un estilo de vida sedentario más la ingesta de un exceso de calorías, los cambios en la alimentación y los nuevos hábitos y estilos de vida de las sociedades desarrolladas desempeñan actualmente un papel crucial en el desarrollo de esta enfermedad.<sup>60</sup>

Al inicio del siglo XXI, la obesidad ha llegado a ser considerada la enfermedad metabólica más importante del mundo y referida por la OMS como una epidemia global. Debido a un incremento de la prevalencia de este padecimiento, si no se toman acciones ante esta amenaza en términos de salud, la cifra de obesidad se podrá duplicar en el año 2025. La importancia de la obesidad también radica en el riesgo que representa como precursora de otras enfermedades, principalmente las

---

<sup>58</sup> <http://articulos.estudiam.com/2010/08/31/cobertura-de-la-cirugia-para-gordura-morbida-por-la-aseguradoras/>. Consultado: 14 de octubre 2010.

<sup>59</sup> <http://articulos.estudiam.com/2010/08/31/cobertura-de-la-cirugia-para-gordura-morbida-por-la-aseguradoras/>. Consultado: 14 de octubre 2010.

<sup>60</sup> Alpizar, M., *op. cit.*, pp. 26-27.

metabólicas y cardiovasculares, en particular la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.<sup>61</sup>

La obesidad es parte del el Síndrome metabólico (SM). *“El síndrome metabólico es definido como la constelación antropométrica fisiológica y bioquímica que ocurren simultáneamente y pueden dar oportunidad a estar ligadas a la resistencia de la insulina e, incrementar el riesgo de desarrollar diabetes Mellitus, enfermedad cardiovascular o ambas”*.<sup>62</sup>

La causalidad del síndrome metabólico muestra que el exceso de grasas, azúcares, sal, el poco ejercicio que realizan las personas sobre todo aquellas que viven en las ciudades, el sedentarismo contribuyen a que el organismo gane peso y por lo tanto aumente el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer.<sup>63</sup>

Los pacientes con síndrome metabólico presentan obesidad central, hipertensión arterial, elevación de los niveles de glucosa sanguínea, resistencia a la insulina y deslipidemia (hipertrigliceridemia y disminución de colesterol HDL).

---

<sup>61</sup> García, C., C., Muñoz, O., Durán, L., Vázquez, F., *La Medicina Familia, en los albores del siglo XXI*, Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2006, pp. 225.

<sup>62</sup> Alpizar, M., *op. cit.*, pp. 65.

<sup>63</sup> Ídem, pp. 28.

La obesidad abdominal se asocia con alteraciones del funcionamiento endotelial, ocasionado por la resistencia de la insulina y su asociación con los factores de riesgo (diabetes tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia).<sup>64</sup>

La reducción de peso y la modificación de estilos de vida mejoran la función endotelial en los pacientes con obesidad, así como el metabolismo de la glucosa y la reducción de la concentración plasmática de los marcadores inflamatorios.<sup>65</sup>

La obesidad es multifactorial, con frecuencia se reconocen varias causas en el mismo individuo. La obesidad aumenta los costos de salud individual y social, disminuye la autoestima, provoca discriminación social y laboral, elevaba los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas como; las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, hipertensión arterial, así otros problemas cardiovasculares; isquemia e insuficiencia cardiaca, síndrome obstructiva del sueño (SAOS), síndrome de hipoventilación alveolar o síndrome de Pickwick. Enfermedades endocrinológicas; ovario poliquístico, hiperinsulinemia, diabetes tipo 2 y dislipidemias. Alteraciones musculoesqueléticas; osteoartritis (enfermedades de las rodillas, tobillos, columna lumbar). Alteraciones hepatobiliares y pancreáticas; esteato-hepatitis no alcohólica (EHNA o en ingles NASH)). Sauzo et. al., han demostrado que la obesidad también puede complicar el pronóstico de la pancreatitis tanto de origen biliar como alcohólico. Cáncer; de mama y endometrial.<sup>66</sup>

---

<sup>64</sup> Taddei, S., Ghiadoni, L., Salvetti, G., Virdis, A., Aalveti, S., *Obesity and endothelial dysfunction*, G. Ital Cardio, 2006; 7 (11): 715-723.

<sup>65</sup> Romero, C. E., *El síndrome metabólico*, Rev. Med. Urug; 2006. 22: 108-121.

<sup>66</sup> López, A. J. C., González, G. L. T., *Enfermedades Asociadas a la Obesidad*, Revista de Endocrinología vol. 9. No.2., Abril-Junio 2001, pp. 77-85.

## La bioética y la relación médico-paciente

Para analizar el trato que reciben, en la consulta externa, las pacientes con obesidad de la asociación de jubilados, por sus médicos familiares, es necesario hacer algunas precisiones conceptuales, de la ética, moral, deontología, de la dignidad, de la responsabilidad y de la bioética.

Marco Terencio Varrón, escritor romano, (116-26 a. C.) fundamentó y definió la ética como ciencia del sumo bien de la conducta humana.<sup>67</sup>

La ética, según Aristóteles, es la parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones que rigen el comportamiento del hombre en la sociedad, por ello, la ética se refiere a los procesos de análisis y reflexión del ser humano que permite, de manera continua, la renovación de sus propios juicios, dictando las normas de conducta que rigen sus actos, los cuales caen en el campo de la moral que se refieren a los hechos calificados como moralmente buenos o moralmente malos.<sup>68</sup>

*“El compromiso que se adquiere con uno mismo de ser siempre más persona. Se refiere a una decisión interna y libre que no representa una simple aceptación de que otros piensan, dicen o hacen”.*<sup>69</sup>

Ética, deriva del griego *éthos*, que quiere decir costumbre; a su vez moral deriva del latín *mos*, que significa también costumbre. El *éthos* hace referencia a la

---

<sup>67</sup> Dynnik, M. A., Lovchuk, M.T., Kedrov, B. M., Mitin, M. B. y Trajtenberg, O. V., *Historia de la filosofía*, Grijalbo S. A., Trad. Rusa, Sánchez, A. V., México, Grijalbo S. A., 2008, pp. 137.

<sup>68</sup> Ferrer, J. J., Álvarez, J. C., *Para Fundamentar la Bioética*, Universidad pontificia, Comillas-Ed. Desclee De Brouwer, Madrid, 2003, pp. 21-24.

<sup>69</sup> Idem, pp. 24.

actitud de la persona hacia la vida, el compromiso interno y libre de la persona. El *mos*, mores significa lo externo, el comportamiento humano, dicen Ferrer y Álvarez 2003.<sup>70</sup> La moral se refiere a la bondad o malicia de los actos, hechos calificados como buenos o malos. Los problemas éticos deben abordarse en íntima relación con los problemas de la vida social, ya que la ética es la doctrina social del hombre en cuanto ser social.<sup>71</sup>

El principio de la razón ética se basa en el hecho de que los seres humanos son responsables de sus actos y por tanto están obligados a actuar de determinada manera. Para Kant, el principio de la razón práctica ética es el respeto a todos los seres humanos como fines en sí mismos y no como medios.<sup>72</sup>

J. Bentham (1834), define por primera vez la deontología, como ciencia de los deberes o teoría de las normas morales, la deontología es el deber ser o el tratado de los deberes. Un tratado de los deberes es el Juramento de Hipócrates. La diferencia entre lo deontológico y lo ético, es que, lo deontológico no explica el porqué realizar o no un deber y lo ético es un proceso explicativo, de amplia reflexión, nos permite analizar esos deberes para darles un sentido, un cambio un refuerzo o confirmarlos.

La educación médica es netamente deontológica, a partir del Juramento de Hipócrates el médico se siente protegido, ya que es un ordenamiento o mandato. La

---

<sup>70</sup> Ferrer, J. J., Álvarez, J. C., op. cit., pp. 25-37

<sup>71</sup> Dynnik, M. A., Iovchuk, M.T., Kedrov, B. M., Mitin, M. B. y Trajtenberg O. V. op. cit., pp. 115.

<sup>72</sup> Kant, Kant, M., *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres Crítica de la razón práctica y la paz perpetua*, México, Porrúa, Decima quinta, 2007, pp. 48-49.

educación médica está basada en reglamentos rígidos y en códigos deontológicos ante los cuales no hay posibilidad de ningún cuestionamiento.

Esta tradición, heredada de otras épocas, la práctica y las decisiones médicas ha seguido un patrón paternalista, que en algunos casos llega a suplantar la personalidad moral de los pacientes y de los responsables de su custodia. Por el hecho de que el médico es el experto, el conocedor de la situación del paciente, considera que el médico ha de tomar decisiones, el enfermo debe obedecer sus órdenes o de someterse al tratamiento (prescrito) sin más, olvidando la premisa básica de dimensión moral, aquella que se refiere a un hecho tan elemental como trascendente: el enfermo (puede ser un ignorante o tener una capacidad menguada) es una persona, con derechos fundamentales amparados moral y constitucionalmente, teniendo derecho a ser informada de todo lo que afecte a su salud, así como tomar sus propias decisiones.<sup>73</sup>

### **Ética y Responsabilidad Profesional**

La moralidad del acto médico engloba dos dimensiones: una, la aplicación competente de las ciencias y las técnicas médicas y dos, el respeto a la personalidad moral del ser humano al que se atiende. Desde la perspectiva ética, los derechos fundamentales de la persona son inviolables.

---

<sup>73</sup> Boladeras, M., 1999, *Bioética, Deontología Médica*, Ed. Síntesis, Thémata, Madrid, 1999, pp. 223- 224.

Actualmente, es necesario avanzar y adaptar esos principios hipocráticos, a nuestro mundo contemporáneo, constituido por pacientes instruidos con los que el médico puede compartir la toma de decisiones.<sup>74</sup>

La ética médica se utiliza, en el caso de la atención médica se ha dado un marco de valores reducido en un esquema racional dominante por parte del médico y de las instituciones.<sup>75</sup>

La llamada ética médica en sentido tradicional, trata los problemas relacionados con los valores, que surgen de la relación médico-paciente, a saber: la autonomía, la beneficencia, no maleficencia y justicia.<sup>76</sup>

Después de la breve introducción a conceptos que a lo largo del trabajo se hará referencia, ahora se continuará con la bioética; cuándo y cómo surgió y en qué estado se encuentra actualmente. Posteriormente se hablará de la dignidad y la responsabilidad.

En la década de los años setenta, surge el término bioética, en un artículo escrito por el oncólogo Van Rensselaer Potter titulado *The science of survival* y al año siguiente se repite en otro de sus libros, *Bioethics bridge to the future*. En Estados Unidos, surge y se acuña por primera vez el término bioética que tuvo una gran aceptación.

---

<sup>74</sup> Ídem, pp. 223-225.

<sup>75</sup> Engelhardt, T., Arias, I. y Cols, *Los fundamentos de la bioética*, Paidós, Barcelona, 1995, pp. 108.

<sup>76</sup> Boladeras, M., *op. cit.*, pp. 223-228.

Potter detectó, en sus escritos, el peligro que corría la supervivencia de todo el ecosistema por la ruptura entre el ámbito del saber científico y el del saber humanístico. La razón de este proceso científico-tecnológico indiscriminado, que pone en peligro a la humanidad y la supervivencia misma de la tierra. El único camino de solución posible, ante la catástrofe inminente, es establecer un *puente* entre las dos culturas, la científica y la humanística. Es decir la ética no sólo debe de referirse al hombre, sino que debe extender su consideración al conjunto de la biósfera, o mejor dicho a cualquier intervención científica del hombre sobre la tierra en general.

La bioética debe ocuparse de unir a la “*ética*” con la “*biología*”, los valores éticos con los valores biológicos, para que todo el ecosistema pueda sobrevivir; la bioética tiene por tarea, indicar cómo usar el conocimiento, en el campo científico-biológico. Porque no basta con el “*instinto*” de supervivencia: hay que elaborar una ciencia de la supervivencia que el autor la llama bioética.<sup>77</sup>

Por consiguiente, de acuerdo a la concepción de Potter, la bioética parte de una situación de alarma y de una preocupación crítica, ante el peligro inminente de la ciencia y de la sociedad, expresándose así teóricamente, en la duda sobre la capacidad de supervivencia de la humanidad, paradójica y precisa por efecto del progreso científico.

---

<sup>77</sup> Gracia, D., *Profesión médica investigación y justicia sanitaria, Ética y responsabilidad profesional*, Colombia, El búho LTDA, 1998, pp. 39-57.



Finalmente, en este enfoque está implícita la idea de que la ética debe encontrar sus normas y su fundamentación dentro del mundo biológico, o sea en las leyes mismas de la biosfera considerada en su conjunto.

Las novedades suelen crear temores por su reconocimiento de la realidad implicada en sus hallazgos y por las consecuencias que se derivan de ella. La bioética es el estudio de los problemas morales que estudia el desarrollo de la ciencia y de la técnica aplicada; en relación con sus consecuencias presentes y futuras, desde la perspectiva de una actitud racional y responsable respecto a la vida en general, y de la vida humana en particular. Ésta se hará necesaria y positiva con otras personas y responderá ante los demás y ante sus mismos actos.

Los avances científico-técnicos, obligan a la cautela, la ciencia progresa y se expande por todos los ámbitos, pero no logra disipar la perplejidad ante la manipulación de la vida, ante los conflictos que se presentan. Se deben mantener medidas racionales de prevención de errores, detección de abusos, incentivación de actitudes abiertas y responsables, a través del análisis reflexivo y fórmulas eficaces, de tal forma que siga siendo posible el dominio de las técnicas por el hombre, y no viceversa, pues toda actividad científica es benéfica para todos. Pero ciertos abusos y las distintas formas de abuso, sus aplicaciones han conmocionado la sensibilidad de los contemporáneos. La reflexión moral no tiene otro objetivo que la vida humana. Con el diálogo necesario, lo que es beneficioso puede ser reconocido por todos.

El término bioética significa vida (*bios*) y ética (*ethos*). Trata de las perspectivas éticas de los problemas que surgen en la aplicación de la ciencia y la tecnología a la procreación de la vida humana, a las situaciones límite, por enfermedad terminal, a los trastornos genéticos, a la disminución física severa, la experimentación con personas o animales a la ingeniería genética, entre otras.<sup>78</sup>

La definición actual de bioética es: “*el estudio sistemático de las dimensiones éticas –incluyendo la visión moral, decisiones, conductas y políticas –de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto multidisciplinario*” (Stephen, G. Post., *Encyclopedia of bioethics* 3ª. Ed. 2004).<sup>79</sup>

La ética médica, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación médico-paciente. La bioética por lo tanto, constituye un concepto más amplio en cuatro aspectos importantes; es interdisciplinaria, innovadora, responsable y pluralista.

Se debe reconocer que la medicina es cada vez más *interdisciplinaria* porque toman parte la mayoría de las ciencias básicas y muchas tecnologías altamente especializadas. Por otra parte, son muchas las tecnologías aplicadas a diferentes aspectos de la vida; por tal motivo, no tiene sentido pensar en una bioética restringida a unas pocas especialidades médicas sin conexión con las relacionadas en los distintos sectores sociales.

---

<sup>78</sup> Boladeras, M., *op. cit.*, pp. 7-8.

<sup>79</sup> Stephen, G. Post., *Encyclopedia of bioethics*, 3ª. Ed., Nueva York, 2004.

Es necesario aclarar que las grandes *innovaciones* crean siempre incertidumbre, porque sus consecuencias pueden ser positivas y en parte negativas, al lado de las dudas, se puede observar una larga lista de extraordinarios beneficios previsibles. El retroceso o el estancamiento tecnológico, nos llevaría a renunciar a aquellos beneficios que nos diferencian de los otros seres vivos, sería entregarnos al destino que rige la evolución biológica y lo más probable es que nos lleve a la extinción. Su bondad o maldad depende de su utilización. Lo verdaderamente lamentable es que la sociedad no sepa defenderse de sus abusos.

Una *actitud responsable*, obliga a un ejercicio reflexivo y crítico que ayude a establecer puentes en la diversidad y la desigualdad de la situación presente a fin de que en el futuro sea posible una convivencia más equilibrada y la existencia de mayor plenitud para todos.

El científico, el personal sanitario, los responsables de las instituciones, llevan a cabo su labor profesional en una *sociedad pluralista* que crea en el derecho a la diferencia y que potencia la individualidad. No todos los profesionales saben estar a la altura de sus obligaciones o deberes, respecto al conocimiento de los derechos de las personas a las que prestan sus servicios o sobre las que repercute su actividad. Así, por ejemplo, comercializar un medicamento sin las suficientes garantías experimentales o sanitarias pone en peligro la vida de las personas que lo consumen,

lo que constituye una trasgresión del derecho de la vida y a la inviolabilidad de la persona.<sup>80</sup>

La bioética es una ciencia nueva que se encuentra en pleno desarrollo en áreas como la educación y capacitación en países desarrollados y más en países en vías de desarrollo como en nuestro país donde se nota poco avance en la investigación y lento progreso en la legislación.

### **Fundamentos bioéticos de la práctica médica**

El fundamento de la bioética es la persona y el valor absoluto de la persona deriva de la idea kantiana, de que las personas no son meros medios, sino fines en sí mismas.<sup>81</sup>

El valor de la persona humana es una intuición "*a priori*" que sirve de marco referencial para elaborar la bioética. Por lo tanto, el ser humano tiene dignidad, y no precio. De aquí se deriva el que todas las personas merecen la misma y absoluta consideración y respeto.

Kant dice: los seres racionales se llaman personas porque su naturaleza los distingue como fines en sí mismos, esto no es meramente un medio, sino un fin. El fundamento de este principio es: la naturaleza racional existente como fin en sí mismo. Así se representa necesariamente al ser humano en su propia existencia, siendo un principio subjetivo de las acciones humanas.

---

<sup>80</sup> Boladeras, M., *op. cit.*, pp. 7-13.

<sup>81</sup> Kant, M., *op. cit.*, pp. 48.

El imperativo práctico será pues; obrar de tal forma que uses la humanidad, tanto en tu propia persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca como un medio.<sup>82</sup> En ningún caso debes considerar al otro ser humano como un medio, pues su creación es la tuya: este es el imperativo Kantiano.<sup>83</sup>

La dignidad: Es aquello que constituye la condición para que algo sea un fin en sí mismo, eso no tiene un valor relativo o precio, sino un valor intrínseco (Kant, 2007).<sup>84</sup> La dignidad, es, mejor entendida como, el respeto a sí misma, como evidencia de amor, en el ser humano, entiende a la autolegislación independientemente de la heteronimia existente.

Dice Kant. Lo que se refiere a las inclinaciones y necesidades del hombre tiene un *precio comercial*; lo que, sin poner una necesidad, se conforma a cierto gusto, sin fin alguno, de nuestras facultades, tiene un precio de afecto; esta condición para que algo sea fin en sí mismo, eso no tiene valor relativo o precio, sino un valor interno, eso es, *dignidad*.<sup>85</sup>

La moralidad es la condición bajo la cual un ser racional puede ser fin en sí mismo. Así pues, la moralidad y la humanidad, en cuanto que ésta es capaz de moralidad, es lo único que posee dignidad.

---

<sup>82</sup> Ídem, pp. 48-49.

<sup>83</sup> Gómez, P.V., *La dignidad*, Ed. Paidós, México, 1995, pp. 31

<sup>84</sup> Kant, M., *op. cit.*, pp. 53-57.

<sup>85</sup> Ídem, pp. 201.

La habilidad y el afán en el trabajo tienen un precio comercial, la gracia, la imaginación viva, el ingenio, tiene un precio de afecto; en cambio la fidelidad en las promesas, la benevolencia por principio (no por instinto), tiene un valor interior, el valor de dignidad lo aleja de todo valor comercial.

La legislación misma determina todo valor, debe por eso tener justamente una dignidad, es decir, un valor incondicionado, incomparable, para el cual sólo la palabra *respeto* da la expresión conveniente de la estimación que un ser racional debe atribuirle.

Ni el miedo ni la inclinación sino el respeto a la ley es el motivo que puede dar la acción de un valor moral. Nuestra propia voluntad en cuanto que obre bajo la condición de una legislación universal posible por sus máximas, esa voluntad posible para nosotros es la idea, es el objeto propio del respeto, y la dignidad de la humanidad consiste en esa capacidad de ser legislador universal, aún cuando con las condiciones de estar al mismo tiempo sometido justamente a esa legislación.<sup>86</sup>

Los cuatro valores éticos de la bioética de Beauchamp y Childress.<sup>87</sup> pretenden dar contenido al esbozo moral que supone la declaración del valor y dignidad de la persona. Estos cuatro valores son: el de no maleficencia, el de

---

<sup>86</sup> Gracia, D., *Fundamentos de la bioética*, Ed. Búho LTDA, México, 1989, [www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm](http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm). Consultado: 10 de octubre 2010.

<sup>87</sup> Beauchamp, T., Childress, J., *Principles Of Biomedical Ethics*, Oxford, Fisfth Edition, New York, 2001, pp. 57-205

beneficencia, el de autonomía o libertad de decisión y el de justicia de Beauchamp and Childress 1999 y, citados por Diego Gracia.<sup>88</sup> Veamos cada uno de ellos.

### **El valor de no maleficencia**

Este valor ya se formuló en el capítulo de la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, no hacer daño. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Es relevante, ante el avance de la ciencia y la tecnología, porque muchas técnicas pueden acarrear daños o riesgos.<sup>89</sup> En la evaluación del equilibrio entre daños-beneficios, se puede cometer la falacia de creer que ambas magnitudes son equivalentes o reducibles para un análisis cualitativo. Un ejemplo actual sería evaluar el posible daño que pudieran ocasionar organismos genéticamente manipulados.<sup>90</sup> Y en nuestro estudio, lo referente a las consecuencias del mal trato a las pacientes con obesidad.

### **El valor de beneficencia**

Se trata de la obligación de hacer el bien. Es otro de los principios clásicos hipocráticos. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente (modelo paternalista en la relación médico-paciente). Por lo tanto, actualmente este valor viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores, convicciones, cosmovisiones y deseos. No es lícito éticamente, imponer a otro

---

<sup>88</sup> Gracia, D., <http://file:/BIOETICA/fundamentacióndeLaBioéticadeDiegoGracia.Mht>, 1989, pp. 7. Consultado 10 sept. 2010.

<sup>89</sup> Idem.

<sup>90</sup> Casado, A., *Bioética para legos, Una introducción a la ética asistencial*, Ed. Plaza y Valdés, Madrid-México, pp.32

nuestra propia idea del bien.<sup>91</sup> Este valor nos recuerda la obligación promover los intereses sanitarios y el bien de los demás, y asistirles en la toma de decisiones para maximizar los posibles beneficios, Se trata de hacer el bien al paciente, pero no desde un criterio personalista, sino desde el respeto a la autonomía.<sup>92</sup>

Este valor positivo de beneficencia no es tan fuerte como el negativo de evitar hacer daño. No se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños: por ejemplo, la consideración del "bien" en el tema central que nos ocupa, regañar y dar mal trato a las pacientes con obesidad, suponiendo que con ello se obtendrá una mayor adherencia al tratamiento. El valor de la beneficencia es de hecho el emblema paradigmático de la práctica médica, significa tolerancia hacia el paciente y la entrega noble en esfuerzo para conseguir su mejoría o prevención ante los riesgos o daños.

### **El valor de autonomía o de libertad de decisión**

Diego Gracias (1989), nos dice que la autonomía se puede definir como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual.<sup>93</sup> La atención de las pacientes con obesidad y el tratamiento debe hacerse con su consentimiento, se debe

---

<sup>91</sup> [html://file:/BIOETICA/fundamentaciónde la BioéticadeDiegoGracia.Mht](http://file:/BIOETICA/fundamentaciónde la BioéticadeDiegoGracia.Mht), 1989, pp. 7. Consultado 10 sept. 2010.

<sup>92</sup> Casado, A., *op. cit.*, pp.32

<sup>93</sup> [html://file:/BIOETICA/fundamentaciónde la BioéticadeDiegoGracia.Mht](http://file:/BIOETICA/fundamentaciónde la BioéticadeDiegoGracia.Mht), 1989, pp. 7. Consultado 10 sept. 2010.



dar información clara, precisa, concisa y suficiente de acuerdo a sus necesidades y capacidades concretas de las medidas de prevención, diagnóstico, así como de las múltiples técnicas que existen para tratarla, informar de los efectos y complicaciones que provoca la obesidad, para que tomen su propia elección. No hay autonomía cuando se da dietas iguales a toda paciente con obesidad, se evaden preguntas, queda duda de su tratamiento, se ofende o estigmatiza a una persona.

La concepción de la autonomía, es la expresión de reconocer el respeto a las personas, derivado del Informe Belmont, para salvaguardar la integridad de los seres humanos en un afán de no permitir que se realicen experimentos sin su anuencia. La esencia de el Informe Belmont se desprende de la emisión de la Ley conocida como National Research act que creaba una Comisión encargada de estudiar las cuestiones relativas a la investigación científica en seres humanos, a fin de formular principios que sirvan de guía en las investigaciones futuras. Los llamados principios que la comisión identificó, fueron; respeto a las personas, beneficencia y justicia. Esto constituyó una publicación en 1978 que se conoció precisamente como el Informe Belmont.<sup>94</sup>

### **Valor de la justicia**

Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas, que de

---

<sup>94</sup> Couceiro, A., *Informe Belmont, en Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid, 1999, 313-318.

hecho son los derechos propios. Se pueden plantear conflictos no sólo entre miembros de un mismo país, sino entre miembros de diferentes países (P. Ej., acceso desigual a recursos naturales básicos), incluso se habla de justicia para con las generaciones futuras.

Nuestra cultura ha sido más sensible al valor de autonomía, a costa del principio de justicia, pero es posible que la misma crisis económica nos obligue a cambiar este énfasis.

La justicia e igualdad de los derechos de los seres humanos actuales y la preservación de condiciones viables y sostenibles para las generaciones futuras pueden hacer aconsejable, e incluso obligatoria, una cierta limitación del valor de autonomía, sobre todo en una sociedad de mercado que estimula el deseo desmedido de nuevos servicios y bienes, y en la que el individuo reclama ilimitadamente "derechos" de modo narcisista.

La justicia, en el trato a las pacientes con obesidad es necesario y oportuno porque es una obligación analizarlo, nadie puede arrogarse la facultad de dar un trato indigno a una persona enferma.

La justicia está en todas las actividades de los seres humanos y puede verse con una visión en macro, cuando los países industrializados, con menos población que los países pobres, contaminan más y derrochan abundantes recursos. Las sociedades opulentas evidentemente deben bajar del pedestal en el que ejercen una

autonomía desmedida y sobre todo injusta, en detrimento del desarrollo justo y viable para todos.<sup>95</sup>

Según Diego García defiende las siguientes tesis. *La primera*, la responsabilidad es parte de la naturaleza humana. El hombre está continuamente justificando sus propios actos o rindiendo cuentas de lo que hace. De tal forma que la responsabilidad, es una condición inexcusable de la naturaleza humana.

*La segunda* dice que la responsabilidad humana es de dos tipos, ya que el fenómeno de dar cuenta o rendir cuentas tiene dos formas. Una primaria o ética, es el hecho de “dar cuenta, ante sí mismo” y otra secundaria o jurídica, que consiste en “pedir cuentas”, a los demás, se pide cuenta de lo que se ha hecho o se hace.

*La Tercera*, la responsabilidad profesional, es inherente a la responsabilidad secundaria o jurídica y, principalmente, a la responsabilidad primaria o moral. En generalmente se hacen notar en las demandas a que son sujetos los médicos y el personal de salud.

La *cuarta*, la responsabilidad ética del profesional desde las perspectivas nuevas y con criterios distintos de los clásicos, como los de “calidad” y “excelencia”, que ya están dando importantes frutos en otros campos. Para entender estas tesis se hablará primero sobre el concepto de responsabilidad, después responsabilidad ética con la jurídica o con el derecho, la tercera sobre los conceptos de profesión y de responsabilidad profesional, finalmente la cuarta sobre responsabilidad profesional,

---

<sup>95</sup> <http://file:/BIOETICA/fundamentaciónde la BioéticadeDiegoGracia.Mht>, 1989, pp. 7-8. Consultado 10 sept. 2010.

calidad y excelencia. Procurando tender lazos con las implicaciones del presente trabajo que obviamente se deja ver una gran deficiencia en la responsabilidad, tanto individual como institucional.

Ser responsable es tener la capacidad de responder, dice Zubirí en Diego Gracias 1998, que la especie humana tiene una inteligencia, por la que se adaptó al medio y sobrevivió. La inteligencia es un mecanismo biológico de adaptación al medio, pero también da características nuevas que sitúan al hombre en la realidad y, por lo tanto, es un procedimiento que es la “elección”, libre y responsable.

Esto quiere decir que el hombre es un ser moral. Los actos morales son libres. La responsabilidad es una condición inexorable de la condición humana que puede responder bien o mal, mejor o peor. Vivir es responder y responder responsablemente.

De acuerdo a lo anterior, el primer paso para el análisis de los datos de la investigación, deberán exhibir de qué manera se lleva a cabo la responsabilidad, tanto del médico familiar como de la paciente con obesidad.<sup>96</sup> Las pacientes con obesidad buscan consejeros, dietas, píldoras, o cualquier cosa que le quite la obesidad, sin que tenga que poner demasiada voluntad en el empeño. Y si no lo consiguen, las responsables no serán ellas, sino los prestadores de servicios de salud o las técnicas que no advirtieron a tiempo de los efectos y complicaciones de la enfermedad. La responsabilidad sigue siendo de otro. Por otro lado, no somos ciegos para no darnos cuenta de que sin responsabilidad no hay ética que valga así lo ha

---

<sup>96</sup> Gracia, D., *Profesión médica, Investigación y justicia sanitaria*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 39.

afirmado y repetido Hans Jonas en su libro, *El principio de responsabilidad* 1995. Reconocer una obligación no basta: hay que sentirla como obligación. Pues bien, ese sentido, según Jonas, es el sentimiento de la responsabilidad. La responsabilidad por el futuro es totalmente nuestra. Lo cual debe ser el detonante de la ética.<sup>97</sup>

### **Responsabilidad ética y responsabilidad jurídica**

El fenómeno de dar cuentas es el fenómeno de la responsabilidad, el estar dando cuentas continuamente se llama conciencia, ésta, se ha comparado con la voz interior que prueba o reprueba nuestras conductas, nos dice si lo que hacemos es bueno o malo, si nuestra actuación es responsable o irresponsable, esto se llama “tribunal de la conciencia”.

La conciencia moral es el juicio de la propia razón sobre la moralidad de las acciones que realizamos. El tribunal de la conciencia es el tribunal de la razón moral. Además considerando que lo propio de la conciencia es emitir juicios y que estos son implacables, podemos decir que aunque los médicos no acepten dar maltrato a las pacientes con obesidad, éstos lo dirán y en forma por demás detallada en las entrevistas de profundidad.

El hombre tiene otras responsabilidades, el “pedir cuenta” a los demás, este tipo de responsabilidad se llama responsabilidad jurídica o legal, el hombre tiene

---

<sup>97</sup> Campus, Victoria., *Una Vida de Calidad, Reflexiones sobre bioética*, Ares y Mares, Barcelona, 2001, pp.103-104.

derechos y obligaciones morales, éstos son, derechos humanos o bien derechos civiles y políticos.

La tradición liberal no sólo ha distinguido a la ética del derecho, sino que además los ha articulado, todo tiene una dimensión ética. Una vez construido el Estado, su función es fijar y defender los mínimos exigibles para todos sus miembros por igual en las relaciones interpersonales.

El Estado se convierte en garante de su integridad física, la no discriminación social y la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos, garantiza a todos que realicen de modo libre y autónomo sus respectivos proyectos de vida, sus ideales de perfección y felicidad.

De este modo, se establecen dos niveles. Un primer nivel, define los mínimos y se expresa en forma de ley pública, otro segundo nivel, deja a los individuos en libertad para que elaboren su vida conforme a sus ideales privados y a sus propios valores, a sus ideas de perfección y felicidad, el Estado no tiene por misión hacer felices a los hombres sino defender la integridad física de todos y cada uno.

El primer nivel de “ética de mínimos” puede, tiene y debe expresarse en forma de ley. El segundo nivel, está constituido por “ética de máximos”, es decir por el proyecto de perfección y felicidad de cada uno.

El nivel jurídico; es de procurar unos mínimos iguales para todos, o sea las obligaciones que cada uno tenemos con todos los demás miembros de la sociedad.

El nivel ético: la posibilidad de libre realización de los propios ideales de vida, las obligaciones para con nosotros mismos.

Concluyendo: hay dos responsabilidades, la jurídica y la ética, la primera rige fundamentalmente nuestras obligaciones para con los demás y la segunda es la ética, para con nosotros mismos, De tal manera, puede mencionarse que los médicos familiares deben de responder a Códigos, Leyes, Normas Oficiales Mexicanas, Reglamentos y Manuales de Procedimientos médicos. Los instrumentos jurídicos son realmente muchos y diversos, pero, que en la práctica, difícilmente son supervisados para garantizar su cumplimiento y resguardar los derechos de los pacientes.

La responsabilidad humana es de dos tipos: dar “cuentas” o “rendir cuentas”, una primaria o ética, consiste en dar cuenta así mismo, otra secundaria o jurídica consiste en pedir cuentas, de lo que ha hecho.<sup>98</sup>

#### **A. El concepto de profesión y la responsabilidad del profesional**

Hay dos tipos de profesiones. Unas, las primarias o “profesiones” y que se hayan influenciadas por los propios ideales de vida y por los proyectos de perfección y felicidad llamada “vocación”. Otras, las secundarias “ocupaciones u oficios”, no vocacionales y se ha considerado suficiente el control judicial. Las profesiones primarias, vocacionales o morales se han caracterizado por tener una responsabilidad primaria o moral y han gozado de impunidad jurídica, por impunidad jurídica se entiende a la ausencia de reglas o normas jurídicas que permitan juzgar o procesar a

---

<sup>98</sup> Gracia, D., *Profesión médica, Investigación y justicia sanitaria*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 40-41

los profesionales, el médico por lo tanto ha sido impune, el profesional auténticamente responsable era por ello impune.

Este sentido de profesión se ha ido devaluando hasta desaparecer en los últimos decenios. Actualmente se llaman profesionales a todos aquellos que ejercen un cometido técnico específico, quienes además monopolizan la capacidad legal para autorizar su ejercicio, se espera altruismo, orientación desinteresada hacia la colectividad.

Actualmente en la medicina ha llegado una gran revolución democrática, al sustituirse el paternalismo por la autonomía, donde las relaciones humanas se basan en el escrupuloso respeto de la autonomía, los derechos de todos y cada uno de los individuos implicados.

En los últimos veinte años el enfermo ha elaborado sus propios códigos de derechos y por ello no sólo existen los de los médicos. Hoy es preciso respetar los derechos de todos los sujetos implicados en la relación médico-institución. Cuando estos derechos no son respetados se produce una lesión de derechos que pueden ser perseguidas judicialmente. Según Tomasio y Kant,<sup>99</sup> cabría afirmar que la responsabilidad moral ya sólo tiene vigencia en el fuero interno de la conciencia, en tanto que el fuero externo pertenece al dominio exclusivo de la responsabilidad jurídica o legal, de pedir cuentas.

---

<sup>99</sup> Gracias, D., op. cit., pp. 50



La relación médico-paciente se ha tornado conflictiva porque el médico y el enfermo intervienen como seres autónomos, libres y responsables, cada uno quiere que se actúe conforme a sus propias concepciones o creencias morales, protegidas por el derecho de libertad de conciencia.<sup>100</sup>

Cuando las relaciones entre el médico y el enfermo difieren entre sí inevitablemente surge el “conflicto”. Uno de los derechos fundamentales de los pacientes es el que se encuentra en el artículo décimo de nuestra Ley General de Salud que es el derecho de “consentimiento informado”, Donde está aceptado que cada miembro de la relación médico-paciente tiene una tarea muy precisa: el médico de “informar” y el enfermo de “decidir”.

En caso de que un médico no informe de manera adecuada a su paciente de los pormenores de su caso, de modo que éste pueda decidir con conocimiento de causa, está cometiendo negligencia. El médico debe dar una información a su paciente según sus necesidades y capacidades concretas. La responsabilidad del médico asume de alguna forma los roles de sacerdote, de juez y de científico para atender a los enfermos.

Para concluir, se dirá que las profesiones auténticas o fuertes han gozado de responsabilidad moral e impunidad jurídica. La responsabilidad médica ha tenido tradicionalmente un carácter más ético que jurídico.<sup>101</sup>

---

<sup>100</sup> Santos, D. A., *La comunicación médico-paciente*, II Congreso Nacional de Bioética, Memorias, Comunicación Nacional de Bioética, México, 1991, pp. 256-262.

<sup>101</sup> Gracia, D., *Profesión médica, Investigación y justicia sanitaria*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 41-44.

## **B. Responsabilidad calidad y excelencia**

La responsabilidad profesional de carácter jurídico será siempre una “responsabilidad de mínimos” iguales para todos, La responsabilidad ética busca alcanzar niveles superiores de calidad y una “responsabilidad de máximos”.<sup>102</sup>

## **C. Responsabilidad profesional, calidad y excelencia**

Esta responsabilidad ha ido variando desde el siglo V a. C., cuando se conoció el juramento hipocrático hasta mediados del siglo XIX, se han elaborado códigos de deontología profesional. Thomas J. Peterson y Robert H. Waterman Jr., así como Diego Gracia, refieren que es preciso implantar un tercer modelo, el cual provenga de un mundo empresarial como el de “calidad total” y la “excelencia”. Que ha llegado el momento de entender a la salud como una empresa a la que se le pueden aplicar conceptos de “calidad” y “excelencia”, esto es lo que considera, que debe hoy la “responsabilidad moral” de la medicina. De no ser así, la medicina será incapaz de estar a la altura de los tiempos, y cumplir con el mandato que le ha encomendado la sociedad, el cuidado y la tutela de la salud y la enfermedad de los seres humanos.<sup>103</sup> La bioética trata necesariamente de los valores en juego en la salud y la enfermedad, de la vida y la muerte de los seres humanos.<sup>104</sup>

Finalmente diremos que las vías clásicas de control de la ética profesional han resultado poco eficientes, y que hoy es preciso plantear el tema de responsabilidad

---

<sup>102</sup> Ídem, pp. 45-54.

<sup>103</sup> Ídem, pp. 54-55.

<sup>104</sup> Casado, A., *op. cit.*, pp. 21

ética de los profesionales, desde las nuevas perspectivas y con criterios distintos de los clásicos, como son los de la “calidad total y la “excelencia, que ya aparecen estando dando importantes frutos en otros campos de la salud.

Conclusión. Los profesionales sanitarios, como cualquier otro están obligados por el derecho común a actuar responsablemente en el ejercicio de su profesión, evitando la imprudencia como la ignorancia, la impericia y la negligencia.

Esta responsabilidad jurídica de los profesionales sanitarios es básica, y resulta obvio que puede, debe y tiene que ser exigida por el Estado con el máximo rigor. La responsabilidad jurídica tiene sus límites. El primer límite debe consistir en unos mínimos iguales para todos y no se puede hacer excepción de personas. El otro límite son las sanciones jurídicas sólo pueden hacerse *a priori*, una vez cometida la falta o el delito que muchas veces es irreparable.

Se trata de establecer sistemas de control para los profesionales que tienen en sus manos la vida y la muerte de las personas enfermas. Y evitarán o al menos, reducirán la mala práctica médica. Desde el siglo V a. C. apareció el Juramento Hipocrático, el cual ha permanecido en la medicina occidental, adquiriendo forma de código de ética y de deontología profesional.

La responsabilidad ética del personal sanitario exige actualmente un cambio profundo. La medicina se ha convertido en una empresa y el médico ha dejado de ser el único protagonista. Por tal motivo, la medicina debe dirigirse en una línea de la ética empresarial de “calidad total” y “excelencia”, sobre todo a las Instituciones

sanitarias, las cuales están al cuidado de los seres humanos, y más en concreto, de los enfermos.<sup>105</sup>

Según Diego Gracia nos dice que, la enfermedad es un fenómeno complejo. Consiste en la alteración del cuerpo humano, De ahí que la función de la medicina es la objetivación de esas alteraciones, convirtiéndolas en hechos precisos, el objetivo de la medicina clásica es fijar los datos, convirtiendo las alteraciones en *hechos científicos*.

La función de la medicina clínica es convertir las sensaciones subjetivas de los pacientes, llamados síntomas, en datos positivos, es decir en hechos objetivos, los llamados hechos clínicos. El objetivo de la exploración clínica es el convertir los síntomas en signos clínicos, los cuales son los hechos elementales de la clínica a partir de ahí, el médico tiene que agruparlos en síndromes y buscar su causa.

Un conjunto de síndromes, que obedecen a una misma causa, constituyen una *especie morbosa*. El diagnóstico clínico tiene por objeto determinar la especie morbosa que padece el paciente, a fin de establecer a partir de ahí, el *pronóstico* y *tratamiento*. Este es el proceso lógico de la clínica humana. La función del clínico es objetivizar los hechos elementales o signos para que, a partir de ellos, elabore una unidad más amplia, que permita establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Esta medicina clínica moderna se basa en hechos. Augusto Comte, en Diego Gracia, el padre del paternalismo expresó: el médico científico es el que sabe atender a un

---

<sup>105</sup> Ídem, pp. 57.

paciente, lo atiende, con una práctica escrupulosa esto, hace la diferencia con el charlatán.<sup>106</sup>

La enfermedad entonces, es un hecho y sólo un hecho. Se llaman hechos a aquellas cosas que resultan perceptibles por los sentidos, como en el caso de la atención a un paciente se hace exploración y en ella se realiza la inspección, palpación, percusión y auscultación, el resultado de la exploración clínica son hechos clínicos, porque tienen la contingencia de los datos perceptivos.

Nadie puede percibir sin valorar, además de los hechos clínicos, los seres humanos tenemos otras funciones psíquicas como los procesos de estimulación y valoración, un mismo hecho puede dar lugar a diferentes valoraciones y puede cambiar el hecho sin que se modifique el valor, y a la inversa.

Todo hecho es soporte de valor. Además de hechos hay valores. Los seres humanos incluimos los valores en nuestra toma de decisiones. Nadie decide a la sola vista de los hechos. Los valores son, en nuestras vidas tan importantes o más que lo hechos clínicos. Por los valores trabajamos, sufrimos y hasta morimos.

El valor más elemental es el económico, no podemos percibir nada sin estimarlo, sin convertir en actos de aprecio o desprecio. De tal suerte que todo lo que percibimos lo apreciamos o lo despreciamos.

---

<sup>106</sup> Gracia, D., *Bioética clínica*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 69.

El precio es un valor de cosas, hay otros valores que solo los tienen los seres humanos como los de bienestar, salud o vida y otros opuestos, malestar o enfermedad o muerte.

La salud y la enfermedad son valores, no meros hechos. El ser humano no puede tener cierta alteración biológica evidente y no valorar su situación como la de un enfermo; y al contrario, el médico puede no evidenciar en su exploración física ningún signo orgánico de enfermedad, sin embargo el paciente puede estimar estar enfermo.

La enfermedad no es sólo un hecho sino un valor. En los conceptos de salud y enfermedad hay siempre un momento de estimación o valoración. Y esto lo encontramos en la definición de salud que nos da la Organización Mundial de la Salud que cita Diego Gracia. La salud es “un estado de perfecto bienestar físico, mental, y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.<sup>107</sup>

Al ser humano le corresponde los derechos civiles y políticos, los cuales, están relacionados directamente con la su salud y con los derechos a la integridad física, pero además, tenemos otro derecho, el de “consentimiento informado”. Todo usuario de la salud tiene derecho a recibir información de su salud, necesaria y suficiente para que el paciente pueda hacerse una idea objetiva y correcta de su estado de salud. Y sea capaz de decidir sobre los procedimientos a seguir en su caso concreto. El derecho al consentimiento informado es tan reciente que no se conocen los límites, en algunos casos, tal parece que lo instruye. Como diría Platón.

---

<sup>107</sup> Ídem, pp. 70.

*“insensato, no estás curando al enfermo, lo que a fin de cuentas hace es instruirle, como si él quisiera ser médico y no ponerse sano”*.<sup>108</sup>

El médico tradicionalmente ha regido en la beneficencia su actividad profesional, y por ello, su principal apoyo ha sido la relación médico-paciente, desafortunadamente hoy en día con los adelantos tecnológicos, el médico ha sufrido una deshumanización, que ha percibido el paciente, quedando una relación de ambos, vacía y carente de sentido.<sup>109</sup> El derecho al consentimiento informado obliga al médico a informar al paciente de todo aquello que pueda ser relevante en el proceso de toma de decisión. Se le debe informar de todo aquello que el paciente considere necesario para tomar su propia decisión, esto último parece ser repetitivo, sin embargo es necesario. En algunos casos los pacientes no pueden decidir porque tienen cierta incapacidad; como la minoría de edad, la disminución del sensorio o de la conciencia, otro es cuando el médico tiene que informar de enfermedades que pongan en peligro la vida y la salud de otras personas, el imperativo legal; de las enfermedades de declaración obligatoria, la urgencia; ante una necesidad urgente es obligatorio actuar aún sin consentimiento informado, renuncia del paciente a la información. Se acepta también el llamado “privilegio terapéutico” según el cual puede no decirse la verdad, cuando se funda la sospecha de que al paciente se le puede causar mayor daño físico o mental, a esto se consideraría muy cercana a la incapacidad, que sería futura incapacidad. Debemos recordar que además de los

---

<sup>108</sup> Ídem, pp. 78-79.

<sup>109</sup> Gómez, L. V., Gómez L. E., *El consentimiento informado en el Hospital de Ortopedia Victorio de la Fuentes Narváez*. II Congreso Nacional de Bioética, Memorias, Comunicación Nacional de Bioética, México, 1991, pp. 454.

derechos civiles y políticos o derechos negativos, hay otros, que son los positivos o de segunda generación, o derechos económicos, sociales y culturales. Entre estos últimos hay uno de mayor importancia el derecho a la “asistencia sanitaria”. La característica de este segundo grupo de derechos es que la iniciativa de su realización no depende del individuo sino del Estado. En las últimas décadas ha surgido un tercer grupo de derechos humanos llamados “derechos ecológicos” o de las futuras generaciones. Entre ellos están los derechos al medio ambiente no deteriorado, de las futuras generaciones a una calidad de vida, no inferior a la nuestra y estos están relacionados con la sanidad.<sup>110</sup>

### **La enfermedad**

En la historia de la medicina, la relación salud y enfermedad ha ido variando. En los pueblos primitivos se consideró la salud como un “don”, y la enfermedad como una “gracia”, una “deuda”, un “pecado”. En la época de la Grecia clásica se consideró a la salud como el “orden natural” y “fisiológico” y a la enfermedad como el “desorden contranatural” o “patológico”. Víctor von Eeizsäcker definió al enfermo como aquel que tiene una necesidad de acudir al médico. Entonces existe la relación clínica, de una persona ante una necesidad de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud, como un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de la enfermedad. Según esta definición de salud que cita Diego Gracia (1997) en su libro de bioética clínica, cabe distinguir tres niveles: el de enfermedad, el de ausencia de la enfermedad y el de salud. Y añade la OMS

---

<sup>110</sup> Gracia, D., *Bioética clínica*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 77-79.



que la salud no es lo meramente negativo, sino algo positivo y de nivel superior, “perfecto bienestar físico, mental y social”, un nivel “natural” y el otro de “valores”. La salud tiene dos dimensiones una “física” y otra “moral”, es un error querer limitarla a lo físico únicamente.

El médico tiene un gran poder y éste no sólo es físico sino principalmente moral. Este trata con seres humanos, por lo que, no puede separar los hechos biológicos de los valores personales y proyectos de vida. El ser humano sano o enfermo es una unidad indisoluble. Todo Médico es un moralista, poder al que no puede renunciar, este poder no puede ser usado de modo incorrecto o moralmente inadecuado. El ideal de médico en todos los tiempos es: el hombre moralmente bueno y técnicamente diestro en el arte de curar y cuidar al paciente.<sup>111</sup>

### **Enfermedades agudas, crónicas críticas**

Las enfermedades agudas, se caracterizan por una instauración súbita y brusca, se revuelven positivamente hacia la curación o bien negativamente, hacia la muerte, terminan por resolución. En el polo opuesto se hayan las enfermedades crónicas, son aquellas que se instauran lentamente y terminan lenta y progresivamente, estas enfermedades terminan por disolución y en este proceso hay un momento en que las estrategias propias de la medicina curativa pierden todo sentido, no queda más que el

---

<sup>111</sup> Gracia, D., *Bioética clínica*, op.cit., pp. 82-83

control de síntomas y el apoyo del paciente, cuando eso sucede, el enfermo ha entrado en una fase terminal.<sup>112</sup>

## **La vejez**

Según, Diego Gracia, dice en su primera tesis: la posición del anciano ha ido cambiando a lo largo de la historia. la segunda tesis: la estimación social del anciano ha ido decreciendo y perdiendo puesto con el paso del tiempo. Los testimonios que existen de las épocas primitivas y arcaicas coinciden todos en: atribuir al viejo la máxima autoridad política, social y cultural, ellos eran la memoria de la comunidad. Y los depositarios de la tradición, y por tanto los que guardaban las señales de identidad de los pueblos. También, cuando la memoria le falla deja de ocupar el importante papel en la sociedad. Esto lo observamos en los textos bíblicos. Se lee en el libro de *los levíticos* "en los ancianos está el saber". Y en los *proverbios* "corona de honra es la vejez, que se hallará en el camino de la justicia".<sup>113</sup>

Aristóteles considera que la veneración del anciano es cuasi religiosa, es reminiscencia de épocas pasadas. A los ancianos hay que tratarles con respeto. Como familiares venerables que son, pero nada más. Y describe a los ancianos que han pasado la madurez como maliciosos, suspicaces, carentes de confianza, mezquinos, no generosos, son egoístas y cobardes y viven mirando la utilidad, no el bien, viven más con la memoria que con la esperanza.

---

<sup>112</sup> Ídem, pp. 82-83.

<sup>113</sup> Gracia, D., *Ética de los confines de la vida*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 237-239.

En Grecia, el viejo no interesa mucho, porque se le considera un sujeto enfermo, en tanto, enfermo, feo y malo. El neutralismo griego dice que la salud es, bondad y belleza, y por tanto, el sujeto enfermo es malo y feo. A la vejez le sucede esto. El enfermo es un ser antinatural, un pequeño monstruo de la naturaleza. Platón dice en su texto: la enfermedad es una vejez prematura. Y la vejez una enfermedad permanente.

En el mundo moderno la vejez aparece como una humanización, cuando aparece el sector terciario de la sociedad, pues en este medio burocrático y funcional, surgen dos fenómenos de máxima importancia: las jubilaciones y las pensiones. Entonces, se dice que los ancianos no pueden ser productivos, pues en eso consiste la jubilación, pero sí pueden y deben ser consumidores.<sup>114</sup>

### **Aspectos bioéticos en la obesidad**

Las pacientes obesas requieren de un trato humano. El tratamiento no debe estar condicionado o manipulado, se deben tomar en cuenta los valores bioéticos como son; dignidad, respeto y responsabilidad.

El estudio RENAHTA,<sup>115</sup> del Instituto Nacional de Cardiología nos da datos graves, se encuentra un 80.8% de enfermos de Hipertensión Arterial que están fuera de control, así como los pacientes con diabetes Tipo 2 y la asociación de ambos padecimientos combinados con la obesidad. Esta asociación llamado Síndrome

---

<sup>114</sup> Ídem, pp. 237-247.

<sup>115</sup> Rosas, P. M., Lara, E.A., Pastelin, H. G., et al., *Re-encuesta Nacional del Hipertensión Arterial (RENAHTA) Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgos Cardiovasculares. Cohorte Nacional de Seguimiento*, Rev. Arch. Card. Méx., México, 2006, 75. (1): 96-111.

Metabólico, cada vez mejor estudiado, encontrando en los niños menores, con implicaciones deteriorantes de gran trascendencia para el futuro inmediato y mediano de la salud de la población mexicana. El análisis bioético consiste en: revisar lo que se ha hecho y lo que se ha dejado de hacer. En cuanto al valor de responsabilidad. Las enfermedades de la Diabetes Mellitus tipo 2, de la Hipertensión Arterial y la Obesidad, que conforman el Síndrome Metabólico, se han incrementado cada día más; principalmente a partir de la década de los 90. Sobre todo la diabetes tipo 2, siendo el padecimiento más caro de los servicios de salud. Por la mayor frecuencia de la consulta externa de primer nivel de atención, una de las causas más importantes es el desapego al tratamiento y el rechazo a la atención médica.

Dice Hans Jonas, la responsabilidad como una concepción nueva que se exige de los derechos y los deberes, como una cualidad de responder a una necesidad. Como es el caso de la responsabilidad Institucional, donde, es claro que no ha respondido a las necesidades.

La dimensión de las acciones no corresponde a la magnitud de los daños. La responsabilidad jurídica, no se ha tocado desde el punto de vista jurídico, a pesar de la Ley de Responsabilidades. Tampoco se ha tocado desde el punto de vista bioético. Con el fin de reenfocar las prioridades de los Programas de Salud y las políticas del sector.

En este planteamiento de responsabilidades institucionales. Se debe reconocer que las enfermedades crónicas degenerativas que causan el mayor número de

defunciones anuales, son padecimientos que pueden limitarse en su aparición y desarrollo, con medidas de prevención al alcance de la inmensa mayoría de la población.

Los valores que afectan al otorgamiento de la atención médica, el más importante es la dignidad. A priori podemos decir que si todos los servicios de salud fuesen diseñados, considerándolos en su planeación y la disposición de recursos tanto, materiales como humanos, y en el estilo de la dirección, asesoramiento y evaluación con un enfoque de lo que es digno, y por lo tanto justo, para los seres humanos, que están en desgracia, con dolor y sufrimiento, desde luego que los servicios serían totalmente diferentes de lo que en este momento se ofrecen. Nadie se quejaría, porque serían tratados con calidad, de un humano a otro humano.<sup>116</sup>

La autonomía es la expresión de reconocer el respeto a las personas. El médico de nuestro tiempo, por la gran necesidad de reconocimiento, a través de la aplicación de la beneficencia, se siente primero desafiado y después humillado por el paciente que lo cuestiona o no accede a sus indicaciones y en su caso, hasta prefiere morir antes que acatar el tratamiento.

La frustración de los ideales profesionales del médico y del equipo de salud, son profundamente lastimados. Dado que no han aprendido a respetar las condiciones de las personas.

---

<sup>116</sup> Domínguez, O., *Bioética y la Calidad en la Atención Médica*, Ed. Distribuidora Editorial Mexicana S.A. de C.V., México, 2008, pp. 37-40.

El enfrentamiento de la beneficencia y de la autonomía, produce graves daños afectivos en los médicos como en el paciente. Lo fundamental debe ser el reconocimiento de la autonomía como un derecho.

Tradicionalmente el enfermo no tiene reconocimiento como persona, para que escuchen sus opiniones o cuestionamientos. No se le considera apto para entender nociones de medicina y por lo tanto, no puede participar en las decisiones que lo afectan. Es tomado como un medio y no como un fin.<sup>117</sup>

### **Estigmatización de la obesidad**

Esta patología afecta a todas las esferas del ser humano, la biológica, psicológica y social, el trato que reciben las mujeres con obesidad es diferente al de los hombres, principalmente en personas mayores.

A las personas con obesidad se les ha considerado, feos, malos, tontos, infelices, incompetentes, flojos, descuidados, sucios, socialmente aislados, indisciplinados, con falta de voluntad, desmotivados, con falta de control personal, con limitaciones emocionales, y poco valiosos. La estigmatización se inicia principalmente en la familia, por el personal de salud, los maestros, los amigos, y compañeros de trabajo.

Las consecuencias de la estigmatización son diversas: sentimientos de culpa, baja autoestima, aislamiento, ansiedad, angustia, depresión, necesidad de afrontar burlas en el hogar y en el trabajo, así como centros escolares. Se ha observado la

---

<sup>117</sup> Ídem, pp. 47-49.

asociación de la obesidad con depresión, síntomas psiquiátricos, distorsión de la imagen corporal, bajos niveles de autoestima, y bajos niveles de autoaceptación.<sup>118</sup>

### **La dignidad y el trato médico-paciente**

La dignidad es un tema muy importante, pero no nuevo.

Piccolo Della Mirandola.<sup>119</sup> En su obra *Oración on the dignity of man* nos dice el alto valor de la dignidad.

Kant.<sup>120</sup> Dice que Dignidad es, aquello que constituye la condición para que algo sea fin en sí mismo, eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino un valor intrínseco.

La dignidad se refiere por tanto al cumplimiento del deber hacia sí mismo, es el respeto a nosotros mismos, para actuar con libertad.

Cuando un médico o cualquier otro personal de salud realiza un acto con un paciente, y percibe que no es lo mejor y mucho menos lo que es su deber. Cuando tienen una gran carga de pacientes por personal escaso y por un tiempo restringido, le lleva a una atención sin calidad y ofensiva en lo moral, tanto para el paciente como para él mismo. Su conciencia, que es la voz interior, que le dicta y aconseja, lo hará sentir despreciable.

---

<sup>118</sup> Jiménez, A., C., *Estigmatización de la obesidad*, Universidad de Baja California, México, 2008, pp. 1-2.

<sup>119</sup> Mirandola, P., *Oración on the dignity of man*, Gateway Edition 95, Chicago, Sixth printing, 1971.

<sup>120</sup> Kant, M., *op. cit.*, pp. 53.

La institucionalización de la medicina tiene actualmente un esquema para atender cantidad y no calidad, con un modelo utilitarista de costo-beneficio, pero además se tiene la consigna de abaratar el costo.

Es muy importante ver la prioridad, en el otorgamiento de la atención médica: se debe otorgar la atención con calidad total, lo que lleva implícita la dignidad, planteando un cambio de actitud, desde que se recibe al paciente, que la espera sea razonable, que la atención se realice en un tiempo aceptable para poder escuchar al paciente y explorarlo, que los servicios de apoyo sean flexibles y permisivos para responder a las condiciones de enfermedad del paciente.

Al ver una gran cantidad de pacientes, tener escasos de recursos tanto materiales como humanos nos lleva a incumplir con la calidad, y atentar contra la dignidad de los pacientes. Esta escasez de recursos tiene que ver con la calidad proporcionada, la cual tiene que ver con una dosis de dignidad incumplida.

Si al otorgar la atención médica, otorgamos una noción de dignidad en términos de calidad total, conlleva una garantía anticipada de satisfacción personal para quien la otorga y para quien la recibe. Nadie se queja de un trato digno.<sup>121</sup>

La población considera imperdonable, por humilde que sea, es la indiferencia, la impersonalidad que tiene una enorme carga de agresión, hasta llegar al despotismo, como manifestación sádica para hacer sufrir al otro, en ese complejo

---

<sup>121</sup> Domínguez, O., *Bioética y la Calidad en la Atención Médica*, Ed. Distribuidora Editorial Mexicana S.A. de C.V., México, 2008, pp. 53-55.



psicopatológico de quien sufre la frustración por no poder dar una atención de calidad y dignidad como lo desearía.<sup>122</sup>

### **Implicaciones de las perspectivas de género y su construcción social**

Se reitera, la obesidad acarrea trastornos médicos, además implicaciones psicológicas y sociales.<sup>123</sup> A partir de 1960, se habla de las diferencias biológicas que existen entre un hombre y una mujer. Somos diferentes. Nuestros genitales son distintos. Todo nuestro cuerpo es distinto. Es una diferencia visible, fácilmente determinable.<sup>124</sup>

Además, el género es el conjunto de características sociales atribuidas a una persona según su sexo. Es decir, es la identidad asignada o adquirida por el sexo. El sexo es la diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.

Esta teoría, crea el término género, para designar todo aquello que es construido por la sociedad en su cultura para estructurar las relaciones entre hombres y mujeres. La sociedad ha creado y sostenido su propio modelo según el cual se considera qué es “propio” de las mujeres y qué es lo “propio” de los hombres. Ha establecido sus “modelos” de feminidad y de masculinidad y obliga a ajustarse a esos patrones. Nos moldea para que nos parezcamos cada vez más a ese “modelo”, creado por la sociedad, según sus intereses y necesidades.<sup>125</sup>

---

<sup>122</sup> Fromm, E., *El miedo a la libertad*, Paidós, México, 2004, pp. 148.

<sup>123</sup> Morín, R., *Obesidad y Sexualidad*, Academia la Voz de los Expertos, Revista Trabajo Social número dieciocho, México, UNAM, 2008.

<sup>124</sup> Godina, C., *La teoría de género en la perspectiva fenomenológica del cuerpo vivo*, UNAM, México, 2008.

<sup>125</sup> Cazés, D., *La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*, México, 2000, pp. 20-21

Recientemente, con la intervención intelectual y política de las mujeres en estas últimas décadas se ha desarrollado la teoría de género en la que es necesario enmarcar perspectivas y enfoques, y no sólo mejorar satisfaciendo algunas necesidades básicas, sino transformar las condiciones que hace de las mujeres seres oprimidos. Porque el género abarca todo lo referente a las relaciones sociales basadas en la diferencia sexual.<sup>126</sup>

La teoría de género abarca los planteamientos teóricos. Permitiendo visualizar a las sociedades y a las culturas en su conjunto, y por lo tanto en la perspectiva de género, al emprender investigaciones y acciones de cambio. Es, pues, una teoría que busca no sólo entender al mundo de las relaciones de género sino también proceder a transformarlo.

Entonces fue necesario recurrir al término de género, para designar todo aquello que es construido por la sociedad en sus culturas para estructurar las relaciones de los hombres y las mujeres.<sup>127</sup>

Robert Stroller<sup>128</sup> realizó estudios que permitieron establecer la diferencia entre sexo y género. Él, a partir de casos clínicos, identificó que lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, los rituales y costumbres atribuidas a su género.

---

<sup>126</sup> Monsiváis, C., *Debates feministas No. 10 En cuero: Diferencias sexuales y Género*, México, 1994.

<sup>127</sup> Cazés, D., op. cit., pp. 20.

<sup>128</sup> [www.stjteresianas.pcn.net/.../Teoría de Género. Mujeres que teje la vida](http://www.stjteresianas.pcn.net/.../Teoría de Género. Mujeres que teje la vida), San José Costa Rica. Consultado: 2 de octubre 2010.

Los estudios de androginismo que se hacen del sexo femenino son tomados en cuenta si están en relación con las necesidades, experiencias y/o preocupaciones del sexo masculino que es el dominante.

La medicina se ha desarrollado principalmente en todo lo relacionado con el aparato reproductor femenino, o sea, con la capacidad de tener hijos, porque en las sociedades patriarcales piensan que la única función de las mujeres es tener hijos.

Cuando se habla de un Patriarcado en una sociedad, se toman en cuenta las siguientes características:

Según Victoria Sau. Nos dice que *“Patriarcado es una toma de poder histórico por parte de los hombres sobre las mujeres, cuyo agente ocasional fue de orden biológico y elevado a la categoría política y económica.”*<sup>129</sup>

Adrienne Rich, estudiosa de la vida de las mujeres, lo define así:

*“El patriarcado consiste en el poder de los padres; un sistema familiar y social, ideológico y político con el que los hombres a través de la fuerza, la presión directa, los rituales, la tradición, la ley o el lenguaje, las costumbres, la etiqueta, la educación y la división del trabajo determina cuál es el papel que las mujeres.”*<sup>130</sup>

Alda Facio, feminista costarricense, gran estudiosa de los temas relacionados con la mujer, adapta la definición de Rich, la hace más amplia y precisa:

---

<sup>129</sup> Del Campo, A.M. N., *El Sistema Patriarcal, Desencadenante de la Violencia de Género*, 2009, pp.4  
<http://www.amnistia-infantil.org/laignoranciaesatrevida.pdf>. Consultado: 31-03-2011

<sup>130</sup> [www.stjteresianas.pcn.net/.../Teoría](http://www.stjteresianas.pcn.net/.../Teoría) de Género. *Mujeres que teje la vida*, San José Costa Rica. Consultado: 2 de octubre 2010

*“Patriarcado es el poder de los padres: un sistema familiar, social, ideológico y político mediante el cual los hombres, por la fuerza, usando la presión directa o por medio de símbolos, ritos, tradiciones, leyes, educación, el imaginario popular o inconsciente colectivo, la maternidad forzada, la heterosexualidad obligatoria, la división sexual del trabajo y la historia robada, determinan qué función puede o no desempeñar la mujer, siempre está subordinada al grupo, casta o clase compuesto por hombres, aunque pueda ser que una o varias mujeres tengan poder, hasta mucho poder – como las reinas o primeras ministras – o que todas las mujeres ejerzan cierto tipo de poder”.*<sup>131</sup>

María Jesús Izquierdo, investigadora de la Universidad Autónoma de Barcelona, lo define así:

Se trata de una constitución que configura la opresión, no de sexo, pero sí de género. Al atribuir la posición de ciudadano a los cabezas de familia, se consolida el patriarcado dado que se configuran relaciones de dependencia en el seno de la unidad familiar. Si entendemos que las relaciones hombre/mujer están estructuradas por la división sexual del trabajo, hemos de admitir que las conductas del hombre y de la mujer son en parte voluntarias y en parte inducidas estructuralmente.<sup>132</sup>

*“Orden de relaciones cuyo resultado principal es la reproducción física e ideológica de los seres humanos, que se establece en función del parentesco y en el*

---

<sup>131</sup> Idem.

<sup>132</sup> Izquierdo. M. J., Estructura y acción en la violencia de género, Barcelona, pp. 7 .  
<http://www.moviments.net/espaimarx/docs/aa486f25175cbdc3854151288a645c19.pdf>. Consultado: 31-03-2011

*que se denomina padre al ocupante de la cima de la jerarquía, poseedor de los medios materiales de reproducción. Jerarquía del padre sobre las/os no padres”.*<sup>133</sup>

Actualmente, el patriarcado es el único tipo de sociedad que existe en el mundo conocido. Los patriarcados pueden ser capitalistas, socialistas, tercermundistas, colonialistas. Hay patriarcados donde se respetan más los derechos de los hombres; los hay en los que no se toleran las diferencias, otros en que los hombres de las minorías viven tranquilos. Pero en todos, las mujeres nos encontramos invisibles de su historia y excluidas del poder.

Es decir, el género es una construcción social que está de acuerdo a sus necesidades e intereses, igual que en el patriarcado existen intereses propios del hombre: dónde la mujer es oprimida y menospreciada por su género, aquí se le exige a la mujer que sea sumisa y obediente para soportar el maltrato. En la relación médico-paciente, en la atención a pacientes con obesidad, no es la excepción.

Los hombres son la estructura de la vida social. El hombre es la máxima representación porque se le atribuyen valores humanos: de sabiduría, fortaleza, inteligencia y poder. Desde una visión patriarcal, los hombres son considerados seres completos y superiores a las mujeres.

Los hombres desarrollan sus capacidades, porque se han apropiado del mundo y en ese proceso de expropiación han marginado a las mujeres de la vida pública, de la cultura y de la conducción de la sociedad. Los hombres han acaparado, los poderes

---

<sup>133</sup> [www.stjiteresianas.pcn.net/.../Teoría](http://www.stjiteresianas.pcn.net/.../Teoría) de Género. *Mujeres que teje la vida*, San José Costa Rica., Consultado: 2 de octubre 2010

de sabiduría, la riqueza y la independencia, los han usado para dominar y oprimir a las mujeres, confinándolas al encierro, a la oscuridad de la ciencia y a los cautiverios. La estrategia del proceso consistente en incorporar paulatinamente en la vida social el contenido propositivo, los principios y la ética de la prospectiva de género, para construir en la praxis, nuevos valores y nuevas relaciones entre los hombres y las mujeres y con ello, desmontar el sexismo y la opresión.<sup>134</sup>

Susana Sharwin refiere: para que las mujeres tomen su subjetividad y se consideren personas, es necesario que estén libres de subordinación, de violencia política y de pobreza, a fin de que esta lucha resulte en autentica autonomía, debe estar en un contexto de justicia social para garantizar sus derechos.<sup>135</sup>

La violencia, como parte del control de poder del hombre está vinculada tanto la violencia física como la psicológica. Se habla de una violencia psicológica cuando una persona adopta una serie de actitudes y palabras destinadas a denigrar o negar la manera de ser de otra persona. Esto se hace con palabras, gestos que tiene por objeto desestabilizar o herir al otro. En los momentos de ira podemos pronunciar palabras hirientes, despectivas, hacer muecas o gestos inapropiados, generalmente, estos deslices van seguidos de arrepentimientos o disculpas. Es una forma de relacionarse. Negar al otro, considerarlo como objeto. Estos modos de proceder están destinados a someter al otro, a controlarlo y mantener el poder.

---

<sup>134</sup> Cazés, D., *op. cit.*, pp. 110-111.

<sup>135</sup> Luna, F., Arleen, S., *Mujeres en América: Algunos desafíos éticos*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2008, pp. 417-429.

La violencia física y psicológica está vinculada. Ningún hombre le pega a su mujer de un día para otro sin motivo aparente, lo hace generalmente en una crisis de ira momentánea. La mayor parte de los cónyuges violentos preparan primero el terreno atemorizando a su compañera con gritos y amenazas para luego golpearlas.

Por otra parte, Hirigoyen en el año 2006 hizo estudios sobre identidades colectivas desde una perspectiva de género, permite entender las ideas que se han conformado socialmente en torno a las mujeres. Estas formas agresivas y violentas se agudizan más en las mujeres con obesidad debido a que se considera la obesidad como algo indeseado. La violencia psicológica se articula en torno a varios ejes de comportamiento, o actitudes que constituyen microviolencias difíciles de detectar, porque pertenecen a la vida íntima, dentro de la violencia psicológica tenemos; el control, aislamiento, los celos, el acoso, la humillación, los actos de intimidación, las indiferencias afectivas, las amenazas y la agresión física.<sup>136</sup>

La violencia marital es una agresión física; toda agresión es humillante. Finkelhor e Yllo (1995) en una investigación, con mujeres maltratadas físicamente, se encontró que el 40 % fueron también abusadas sexualmente. Lo que se hacía como cualquier excusa, los golpes se podían extender hasta un día entero, siendo hasta el final, cuando el marido desnudaba a la mujer o bien la obligaba a tener relaciones sexuales.<sup>137</sup>

---

<sup>136</sup> Hirigoyen, M. F., *Mujeres Maltratadas, Los mecanismos de la violencia en la pareja*, Ed. Paidós, México, 2006, pp. 24-55.

<sup>137</sup> Castanyer, O., Giocoechea, P., Horno, A., E., Monjas, I., *La víctima no es culpable*, Ed. Descleé de Brouwer, Bilbao, 2009, pp. 55-75.

Se debe considerar también cómo la subjetividad colectiva que sustenta, produce, reproduce o transforma el imaginario del poder moderno, en sus dos caras: la negociación política y la autoridad jerárquica. El interrogante sobre la identidad de una comunidad nacional, en esta etapa de modernidad reflexiva y globalización plantea desafíos nuevos.

No debe orientarse a buscar los elementos para componer una imagen única, homogénea y unívoca del “nosotros”, nítidamente percibida como diferente a los otros, sin preguntarse por las subjetividades colectivas que se forman en el seno de esas poblaciones y por los elementos comunes de la memoria social que ellas comparten en términos de valores, aspiraciones, prácticas, actitudes, principios etc.

Desde el punto de vista de la transformación social y del orden del género, es importante el análisis de subjetividades colectivas emancipadoras que se generan dentro y fuera de los espacios nacionales y que se caracterizan por la identificación con nuevos valores democráticos como: el respeto a la autonomía de las personas, la valorización de las diferencias culturales, de la pluralidad de estilo de vida, el respeto de los derechos sexuales y reproductivos y el principio de la no discriminación (por raza, etnia, orientación sexual, condición física, edad etc.).

En ese mismo sentido, es importante, investigar la producción y reproducción de subjetividades conservadoras y otras neoconservadoras, que resistan a las transformaciones que puedan alterar profundamente la lógica, la dinámica y las



estructuras de poder moderno y que se identifican a partir de otros valores, prácticas, visiones de mundo, actitudes y aspiraciones.

En resumen: La perspectiva de género se ha conformado en torno a las mujeres. Las formas agresivas y violentas definitivamente muy marcadas en las mujeres con obesidad, porque la obesidad, actualmente, se considera como algo despreciable e inapropiado.

## **Capítulo II. Metodología, métodos y descripción del procedimiento**

### **Características del lugar de estudio**

Esta investigación se llevó a cabo en dos sedes: Una, la Asociación de Ayuda Mutua de Trabajadores Jubilados y Pensionados del I.M.S.S. A. C. “Nuevos Horizontes”. Donde son atendidas las pacientes con obesidad por una médica que les brinda la atención médica, y en la UMF No. 41 del IMSS, donde, se aplicaron los cuestionarios a los médicos familiares quienes atienden a pacientes con obesidad.

La Asociación de Ayuda Mutua de Trabajadores Jubilados y pensionados del I.M.S.S. A. C. “Nuevos Horizontes”. Fue creada el 20 de abril de 1983, La sede de la Asociación se encuentra en Prolongación Río Bamba No. 624 Esq. Eje Norte Fortuna, Col. Magdalena de las Salinas, México D.F., C.P. 076600, Es una Asociación sin fines de lucro, organismo creado con el objetivo primordial de luchar siempre a favor de la defensa de los intereses contractuales, económicos y sociales de los trabajadores en su carácter de jubilados y pensionados del IMSS. La sede Central en el Distrito Federal actualmente tiene una población de 6500 trabajadores jubilados y pensionados, cuenta con 111 filiales en toda la República, con 147 mil afiliados; en general tiene un 90% de mujeres y el 10 % de hombres, con un promedio de edad de 50 a 80 años, de la población de la sede central se cuenta con 30 pacientes con obesidad que incluyen las variables que necesitamos para el estudio de las cuales sólo cinco desearon participar. Cuenta en el nivel central, con un consultorio médico

y un médico para atender sus padecimientos y realizar gestiones Médico-administrativas que requieran los trabajadores jubilados y pensionados.

### **Población de estudio**

Intervinieron en el estudio pacientes con obesidad, de la Asociación de Jubilados del IMSS en el Distrito Federal, contando con 30 personas con obesidad, de las cuales cinco desearon participar y se tomaron como muestra para la investigación.

Estas pacientes son atendidas por su médico familiar, con el modelo de atención de medicina integral y continua, del instituto Mexicano del Seguro Social que consiste; en un trato humanista, modificando el estado de la enfermedad de las pacientes, a través del diagnóstico, el tratamiento oportuno y la rehabilitación temprana, para mejorar su salud.

Se eligieron a las pacientes con obesidad e índice de Masa Corporal Mayor de 30, que aceptaron participar en el estudio, con edad mayor de 50 años, jubiladas y pensionadas del I.M.S.S.

No participaron aquellas que no reunieron los requisitos.

No fue necesario excluir los casos de las pacientes que hubieran fallecido a pesar de haber sido estudiadas.

El tiempo del estudio, comprendió de enero a diciembre del 2010.

Se tomaron en cuenta también para el estudio los médicos familiares de UMF No. 41 del IMSS a los que se aplicaron cuestionarios para conocer la atención que ellos brindan a las pacientes con obesidad.

### **Metodología y determinación de los procedimientos**

Para los fines de ésta investigación se utilizó la metodología cualitativa que nos permite recolectar datos sin medición numérica, los datos son descriptivos, su propósito es reconstruir la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido. Por su parte la investigación cualitativa da profundidad de los datos, la dispersión, la riqueza interpretativa, la contextualización del ambiente o entorno, los detalles y las experiencias. También aporta un punto de vista única del ambiente “fresco, natural y holístico” de los fenómenos, así como flexibilidad.

Los métodos cualitativos tienen un gran acercamiento al aspecto humanista, los medios mediante los cuales estudiamos a las personas necesariamente influyen sobre el modo en que las vemos. Cuando reducimos las palabras y los actos de la gente a ecuaciones estadísticas, perdemos de vista el aspecto humano de la vida social.<sup>138</sup> La metodología cualitativa da énfasis a la validez, los métodos y técnicas están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace.<sup>139</sup>

---

<sup>138</sup> Hernández, R. C., Fernández, P., B., *Método de La Investigación, Cuarta Edición*, Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, 2004, pp. 5-24 y 445-446.

<sup>139</sup> Taylor, S. J., Bogdan, R., *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, Ed. Paidós, Barcelona, 2008, pp. 19-23.

Debido a que interesaba conocer la percepción de las pacientes con obesidad y el trato que reciben en la consulta de las Unidades de Medicina Familiar del I.M.S.S. Se utilizaron los siguientes métodos de investigación:

Se hizo una revisión bibliográfica con un enfoque hermenéutico,<sup>140</sup> como método de análisis y búsqueda de la verdad en la cotidianidad de la vida de las personas.<sup>141</sup> Esto requiere permanentemente de una interpretación, porque los sucesos que la conforman siempre son signos o símbolos cargados de mensajes que deben ser leídos e interpretados para captar su significado.<sup>142</sup>

La Observación participante, es un método que se realiza de modo no planeado ni previsto de antemano, dónde se selecciona un grupo y un tema, como objeto específico de la tarea a observar,<sup>143</sup> permite el contacto directo e inmediato con los actores sociales en la asociación de jubilados y pensionados del IMSS.

Se realizaron Entrevistas a profundidad, técnica que se realiza cara a cara con otra persona, mediante preguntas a través de las cuales se obtiene algunos datos, las características más fuertes de esta técnica son: está basada en la comunicación verbal, es estructurada, metódica y planificada, se complementa con un guión o cuestionario, en un procedimiento de observación, su fin es la recolección de datos, se da una relación asimétrica entre el entrevistador y el entrevistado; existe una

---

<sup>140</sup> Rodríguez, H., *Bioética y Psicología y Hermenéutica*, ISSN 1657-4702/ Volumen 8/Numero 1/ ed. 14/, pp. 122-123.

<sup>141</sup> Villarroel, R., *Bioética hermenéutica*. Facultad de Filosofía y Humanista de la Universidad de Chile, Acta Bioética, Vol. VI, No. 1, Chile, 2000, pp. 145-146.

<sup>142</sup> Macías, M.E., Aguirre, R. del B., *Hermenéutica y valoración: alternativas de la Bioética contemporánea*, Humanidades Médicas, Vol. 1, No.1, Enero-Abril. Cuba, 2001, pp. 3-4.

<sup>143</sup> Balcázar, P., González, N. I., Gurrola, G., M., Moysén, A., *Investigación cualitativa*, Ed. Universidad Autónoma del Estado de México, México, 2007, pp. 33-34.

influencia bidireccional entrevistador-entrevistado.<sup>144</sup> Se realizaron estas entrevistas con una serie de preguntas, para tener la mayor información posible sobre el tema del trato que los médicos proporcionan a las pacientes con obesidad, el tiempo aproximado fue de 60 minutos para cada entrevista, donde las pacientes con obesidad narraron el trato que reciben.

Se aplicaron cuestionarios con preguntas abiertas, los cuales son útiles cuando no se tiene información sobre las posibles respuestas de las personas. También se usan cuando se necesita profundizar una opinión o los motivos de un comportamiento.<sup>145</sup> Para la investigación se realizaron cuestionarios a médicos familiares de la Clínica No. 41 del IMSS. Donde existen 60 médicos familiares y se eligieron al azar 10, los cuales aceptaron participar, siendo esto de gran relevancia para complementar la información del trato que reciben las pacientes con obesidad.

Esta investigación está sostenida por la observación permitiendo el contacto directo e inmediato con los actores, entrevistas realizadas en la Asociación de jubilados y pensionados el IMSS que se realizaron a pacientes con obesidad, así como en los cuestionarios que se realizaron en la UMF No. 41 del IMSS, para llegar a ello se partió de una observación participante en la Asociación y cinco entrevistas a profundidad con preguntas abiertas, aplicadas en días y horas indistintas a cinco mujeres mayores de edad, originarias del D.F., con escolaridad de secundaria, comercio, enfermería auxiliar y licenciatura, con índice mayor de 30 Kg/m<sup>2</sup>, se eligieron los cinco casos los cuales consideré ilustrativos, con la finalidad de mostrar

---

<sup>144</sup> Balcázar, P., González, N. I., Gurrola, Gloria, M., Moysén, A., *op. cit.*, pp. 57.

<sup>145</sup> Hernández, R. C., Fernández, B. P., *op. cit.*, pp. 91, 97.

la sistematización que se presenta en los métodos del maltrato a las pacientes con obesidad, así también de mostrar que este tiene diferentes orígenes, aunque la intencionalidad son las mismas: provocar malestar a las pacientes con obesidad.

La revisión de los cinco casos tiene la finalidad de describir y argumentar que el maltrato de las pacientes con obesidad está conformado por emociones, sentimientos y expresiones de conducta que se manifiesta a través de un lenguaje hablado y no hablado. Este último está representado por expresiones corporales, así como el metalenguaje con la tonalidad al hablar, tanto de las personas agredidas así como de los agresores. Las causas del maltrato emocional a las pacientes con obesidad por los médicos familiares pueden ser por diversas causas: faltas de autonomía, injusticia, dignidad ofendida, déficit de respeto y responsabilidad, al principio la relación se presenta respetuosa de médico a paciente y viceversa, que en ocasiones puede ser empática.

El maltrato deriva de comportamientos diversos que no tiene una explicación inmediata. Este tipo de maltrato alcanza niveles de agresión psicológica incalculables porque no siempre se identifica como agresiones cargadas de intencionalidad. Sino como un conjunto de errores personales hasta llegar a configurar una autoestima negativa por parte de las pacientes con obesidad y no así por parte de los médicos familiares quienes pueden aumentar su autoestima y narcisismo cuando descalifican a las pacientes.

La vida laborar contemporánea del médico familiar está presentando grados de violencia que deben ser considerados para su estudio, no solo desde las ciencia médicas, sino también desde otras disciplinas como la antropológica, la sociológica y la bioética.

### **La observación como método de estudio**

La observación se realizó en la Asociación de Jubilados del IMSS, llevándose a cabo la interacción social de los involucrados en la investigación recogiendo los datos de modo sistemático. Se ubica el escenario que se desea estudiar.

En la observación se encontró la interacción social de personas que acuden a la Institución: En la entrada hay dos policías, de 50 a 55 años de edad con un abdomen muy prominente, son indiferentes a las personas que entran y salen. En la sala están cinco personas platicando, cuatro hombres y una mujer entre 55 y 60 años, dos hombres así como la mujer tenían obesidad platicaban interesadamente y despreocupados, la mujer tomaba siempre la iniciativa en voz alta, con una serie de expresiones faciales, la charla era de consulta a una de las personas, los hombres intervenían poco, se veían satisfechos de su entrevista. Posteriormente entraron dos mujeres de prisa al comedor, las dos son obesas y saludan en voz alta ¡buenas tardes! También entran a la Institución seis hombres de prisa entre 50 y 60 años, cuatro de ellos son obesos, platican con expresiones faciales de mortificación (ojos exaltados, seño de las cejas y movimientos rápidos de las manos). Salieron del comedor dos mujeres adultas de aproximadamente 50 y 60 años, también son obesas, caminando



calladas y salen de la Institución sin despedirse. Enseguida entraron de prisa dos mujeres, con obesidad de aproximadamente 50 a 60 años, éstas llevan unas maletas con sus uniformes para hacer ejercicio, ellas saludaron amablemente. Posteriormente sale de su oficina una ejecutiva de 40 a 45 años la cual tiene mucha obesidad, alegre, cantando, con movimientos de su cuerpo. En seguida la sigue un ejecutivo delgado, también alegre, ambos entran al comedor pasando, por la sala de espera. Luego llega un hombre de prisa un poco robusto, de aproximadamente 50 años, con ligero crecimiento abdominal, al entrar saludan a las personas que se encontraban en la sala. Sale de la oficina de la Institución una mujer ejecutiva de 75 años, con mucha obesidad y alegre. Entra a la Asociación una mujer delgada, entre 45 y 50 años de edad, caminado y callada, muestra su credencial al entrar sin saludar. Salen del comedor cuatro mujeres jóvenes entre 19 y 22 años de edad, tres de ellas con obesidad, y una delgada, vestidas con un uniforme blanco, probablemente estudiantes de medicina, al salir del comedor se dirigen a la puerta principal de la Institución saludando amablemente. Unos minutos después de que salieron del comedor, las cuatro mujeres jóvenes, salió el Chef, él tiene aproximadamente 50 años, a recibir a las personas que acudían al comedor, él es muy robusto con abdomen prominente, su expresión era cordial y cortés.

En la observación se muestra la población que acude a esa Institución entre 19 y 75 años de edad, con predominio de 55-60 años, en total fueron 26 personas, 14 hombres y 12 mujeres, de los hombres 7 presentan obesidad, que corresponde al 29.9%, 2 sobrepeso, siendo el 7.6%, dando un total de sobrepeso y obesidad de 34.6

%, y 5 de ellos en peso normal siendo el 19.2%. El total de mujeres fueron 12, presentan 11 obesidad o sea el 43.3%. Sin obesidad 1 mujer 3.8%. Se observó que las mujeres tienen más obesidad con un el 43,3% y en hombres fue de 34.6%. Se encontró en la observación, que la obesidad aumenta con la edad como lo revela la estadística nacional y mundial.

Esta observación nos muestra que hay libertad de actuar y de expresión, en esta Institución, se da buen trato a los jubilados y jubiladas, o sea hay beneficencia y no maleficencia.

### **Las entrevistas a profundidad como método de estudio**

Las entrevistas se realizaron en la Asociación de Jubilados del IMSS, donde, se atiende a pacientes que acuden a la atención médica, fueron entrevistas a profundidad, aplicadas en días y horas distintas, a mujeres de edad mayor con escolaridad de secundaria, comercio y licenciatura, se eligieron los cinco casos muestra que son ilustrativos. Su objetivo es mostrar la sistematización y tienen la finalidad de describir y argumentar el trato que reciben las pacientes con obesidad por los médicos familiares en la consulta externa del IMSS. Las entrevistas contienen: emociones, sentimientos y expresiones de conducta, que se manifiestan a través del lenguaje hablado y no hablado, este último está representado por expresiones corporales, así como el metalenguaje por la tonalidad al hablar, de las pacientes con obesidad.

### **Caso No.1**

Princesa. Originaria del D.F. De 51 años de edad, con estudios de secundaria y comercio, fue trabajadora del IMSS, pesa 75 kg., y talla 1.50 m., con IMC de 33.33 kg/m<sup>2</sup>, en su niñez tuvo un peso normal, a los 20 años presentó sobre peso, desde los 36 años ha tenido obesidad, su familia: esposo de 44 años, sus hijos; el hijo de 15 y la hija de 13, su suegra vive con ellos. De niña tuvo una alimentación normal, con dieta más o menos equilibrada, de ese tiempo a la fecha ha aumentado 20 kilos. A partir de que se casó su alimentación fue diferente, en casa guisa su suegra, por tal motivo tiene que comer la comida que se le prepara, de lo contrario se molesta la suegra. A partir de los 36 años ha estado con el peso actual, no lleva ningún control en la dieta, le gusta la comida con pan, galletas, pasteles, dulces, crema, mayonesa, pero, sobre todo carnitas y barbacoa, come poco verdura y fruta, cuando no tiene que hacer buscaba de comer. Ha intentado bajar de peso, varias veces, con dietas diferentes, que le han proporcionado personas que se dedican a bajar de peso, no son médicos, los honorarios de un especialista en nutrición son caros y así el tratamiento. Ha llevado dietas rigurosas de 800 y 1200 calorías pero como es poco alimento, las abandona, otras técnicas que ha realizado son los masajes, balines y capsulas, éstas últimas se las dió una seudodietista en frasco sin nombre, dice que son de fibra y muy buenas, en algunas ocasiones ha bajado de peso hasta 10 Kg., se ha sentido bien, pero vuelve a amentar. No tiene fuerza de voluntad a pesar que su esposo le dice constantemente, que se ve mal con esa figura, que “no haces nada por bajar”, al esposo le da vergüenza salir con ella, por tal motivo no la lleva a reuniones de su trabajo, nada le queda, se pasa comiendo todo lo que encuentra, “*se apena de mí ante la gente*”, sus hijos, se “*avergüenzan*” de ella, ha notado que, la gente, en la calle, la

ignora, “algo” así como “invisible”, todo es producto de su obesidad. Se ve fea, con llantas en la cintura, su esposo no quiere estar con ella, no tiene ninguna relación sexual, lo único que ha recibido en el último año es un abrazo o un beso en la frente. Dice: *“Ya para que hago intento de bajar de peso, si mi esposo se irá, me ha pedido el divorcio en los últimos meses”*. La relación sexual con su esposo al principio era normal, se casaron enamorados, Luis Mario, tenía, antes que ella, otro matrimonio, sus relaciones eran satisfactorias y agradables, se sentía plena con él. Su esposo tomaba mucho alcohol, cuando la conoció, le decía que tenía un cuerpo muy bonito, pero desde que subió de peso y conoció a otra chica, su relación se fue enfriando cada vez más, no le abraza, ni le permite que se acerque, a ella le gusta, lo quiere, lo ama, a pesar de sus infidelidades. Se fue de casa, vive en su departamento de soltero, con frecuencia se queda en casa, pero en otra recámara.

*Acudí al médico familiar porque me duelen las rodillas, siento que me falta el aire y me duele el pecho, me dijo que es por el sobrepeso, en esa ocasión me regañó, me dijo que lo que tengo es por el peso, que no hago nada para bajar de peso, sin embargo no fue claro y no me dió más explicación, únicamente, me envió con la dietista, quien me citó hasta dentro de tres meses, la dietista da dietas iguales para todos, lo sé, porque observe la dieta de las demás pacientes y todas eran de 1200 calorías, además las citas subsecuentes son entre dos a tres meses posteriores. Al iniciar una dieta surgen muchas dudas y no hay a quien preguntar. Por tal motivo, no deseo consultar más a mi médico familiar.*

Ma. Lidia muestra, que su obesidad es resultado directo del estilo de vida que llevó, además, la ingesta excesiva de calorías, los cambios de alimentación y nuevos hábitos alimenticios. Además, contribuye la edad, alteraciones hormonales y disminución de actividad física, sedentarismo. La obesidad que padece, tiene como consecuencia el abandono de su esposo y la vergüenza de sus hijos por la figura que tiene, también, el trato de su médico familiar. La paciente sufre dolores articulares, torácicos y alteraciones respiratorias disnea (Alpizar, 2008), estigmatización con sentimientos de culpa, baja autoestima, aislamiento, ansiedad, angustia, depresión (Jiménez, 2008). El género es una construcción social, estando de acuerdo a sus necesidades e intereses, propios del hombre: dónde la mujer es oprimida y menospreciada por su género -exigiéndosele sumisión y obediencia para soportar el maltrato- (Cazés, 2000). La protagonista también es víctima de violencia psicológica, esta violencia es cuando una persona dice palabras para denigrar o negar la manera de ser de otra persona. Esto se hace con palabras y gestos cuyo objeto es desestabilizar o herir al otro; es una forma de negar al otro, considerándolo como objeto, sometiendo y controlándolo para mantener el poder (Hirigoyen, 2006). Cuando acudió a consulta la paciente con el médico familiar para la atención de sus padecimientos ocasionados por la obesidad él la regaña, y envía con la dietista, quien le da cita muy prolongada y dietas iguales a todos los pacientes. En este caso la paciente es maltrata, pierde sus valores como; la autonomía, beneficencia y justicia, se percibe como resultado de estas experiencias, que, no respetan sus valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen

vitalmente, (Gracias, 1989). También se observa otro valor, la responsabilidad ética del médico familiar, que es dar cuentas a uno mismo o pedir cuentas (Gracias, 1998).

## **Caso No. 2**

Piscis es originaria del D. F. de 63 años de edad, tiene estudios de secundaria y comercio casada, jubilada, pesa 74 kg., y tiene talla de 1.57 m., IMC de 30.08 kg/m<sup>2</sup>, de familia obesa de parte materna, a los 28 años aumenta de peso de 65 a 70 kgs., trabajaba todo el día, por eso, comía poco y rápido, después de algunos años cambió su alimentación, al presentar: estrés, ansiedad, angustia, eso le hacía comer sin hambre y sin control, por estar ansiosa, no medía ni el tiempo ni la cantidad, se servía otro “poquito”. No le afectaba emocionalmente, cuando se daba cuenta del exceso de peso alrededor de los 70 kg., reducía la cantidad de comida, a los 60 años aumenta de peso de 70 a 75 kg., su esposo y ella ocasionalmente comían juntos, actualmente come su ración y lo que el esposo no quiere se lo come también, le dice *“si me quieres” no me pases tu comida*, él contesta, *si pudieras ser más “gorda”, es mejor así, “nadie se fijará en ti”*. Ella cree que, si come poco y tiene menos peso, vivirá más tiempo y en mejores condiciones de salud. Hace 4 meses se jubiló de su trabajo le duele el cuerpo, las piernas, está cansada, no se atreve a verse en el espejo desnuda, porque *“qué se ve muy mal”*, ahora tiene lonjas en su cuerpo, brazos, piernas tórax. Aunque es mayor de edad tiene y debe verse bien en el espejo, si se ve

bien, se siente bien. Ella dice *¡Me veo como “MARRANA”!, ¡QUE FEA ME VEO!, ja, ja, ja...* Su esposo le reclama a últimas fechas, que, está muy “gorda”, ella en ese momento piensa, *“eso me ayudará a bajar de peso”*, desea ser delgada, y verse bonita, como cuando era joven, cuando era novia de su esposo. Al casarse, lo hizo sin amor, sólo por no ser una solterona más, y tener una familia. El esposo busca a su mamá y no a ella, nunca hicieron una vida en común, jamás salieron juntos a dar la vuelta, a caminar, a pasear o a viajar, el esposo cuando sale, lo hace con su familia consanguínea, tiene un hermano gemelo con quien se lleva de maravilla, por la relación mencionada, prefería trabajar todo el día. *“Teníamos esporádicamente relaciones sexuales”* y cuando las teníamos era sin amor, como dos extraños, que se unen y se separan sin decir ninguna palabra. Pero además es muy brusco, en un principio de nuestra relación pensaba que me utilizaba, cuando me penetraba era una violación, era a la fuerza, sin amor. Su hija adoptiva, refleja enojo, la agrede, le baja la autoestima, siempre busca la forma de agredirla, señalando; *“no te das cuenta que comes mucho”, “ERES UNA GORDA”, “MARRANA” ...*

*Con mi médico familiar acudo periódicamente para el control de mi presión arterial pero él, me regaña, al fin es la “autoridad”, ¡me hace sentir mal! ¡imagine, el peso alto y luego el regaño!, pues, me hace “ sentir súper mal”; no solo me baja la autoestima, sino también, cuando aumento de peso orino muchas veces, tengo un prolapso vesical y con el sobrepeso, la vejiga tolera muy poca cantidad y tengo la necesidad de orinar muchas veces al día. El médico familiar no me da las herramientas para bajar de peso, y recuperar la salud, debería dar indicaciones*

*precisas, ¿cómo hacer para bajar de peso? Cuando acudo a consulta me envía al nutriólogo, me hace sentir abandonada con mi peso alto, me siento devaluada y agredida, esto no mejora el peso, Mi dignidad no se respeta. Es mejor salir del consultorio médico familiar del IMSS e ir con un médico “particular”. El respeto no existe en el IMSS, el médico da sólo una receta o una dieta escrita de determinadas calorías y ya. No dice cómo bajar de peso. Sí acudo a la siguiente consulta médica él me dice; “se ve igual, no baja de peso”, yo contesto; ¡pues deme la solución! Él se enoja, por tal motivo ya no le consulto ese problema. El médico tiene la obligación de analizar y estudiar a cada paciente, cuáles son los factores que le causan el aumento de peso, ya que puede ser endógeno o exógeno, por causas diversas y no solo dar una receta, una dieta igual a todas. La obesidad es multifactorial. También estoy en contra de la publicidad, he observado volantes, la TV, y algunos anuncios espectaculares anunciando alimentos “chatarra” permitiéndose así que se consuman alimentos, que no se deberían consumir, no hay publicidad para hacer lo correcto, el médico no da lo correcto, ni hay educación para la salud. Las personas que se dedican a vender productos para bajar de peso, son preparados para vender un producto sea correcto o no, dañe o no, solo interesa ganar dinero tanto para las personas que venden como, para, el productor con mayor razón, con los productos para bajar de peso que venden sin control los órganos se dañan. Las personas con mucho peso se los toman para verse bonitas, hermosas, eso es lo que uno desea, sin analizar los daños que le puedan ocasionar, es necesarios que el médico atienda y estudie cada caso para ver las causas de la obesidad.*



El caso de Piscis muestra que la obesidad es multifactorial, producto de la herencia, de factores predisponentes como la ansiedad, el estrés, la angustia, estilo de vida. Al padecer los efectos de la obesidad; cansancio, dolor muscular generalizado, sobre todo dolor de las piernas, también padece hipertensión arterial, trastornos ginecológicos (Alpizar, 2008). Es víctima de la estigmatización por su esposo e hija, quienes la agreden psicológicamente, con palabras: “gorda”, “fea”, “marrana”... (Jiménez, 2008 y Hirigoyen, 2006). Su esposo usa la violencia marital llamada violencia física, esta violencia es humillante (*Finkelhor e Yllo 1995, en Castanyer, 2009*). Su dignidad es devaluada, el imperativo práctico (Kant, 2007) *obra de tal forma que uses a la humanidad, tanto en tu propia persona como en la persona de cualquier otra, siempre como un fin y nunca como un medio, donde tiene un valor relativo y no precio, sino un valor intrínseco, también entendida la dignidad como, el respeto a sí misma, dicho de otra forma, un valor afectivo*. El médico familiar la maltrata, usando la violencia psicológica, con actitudes y palabras denigrantes (Hirigoyen, 2006). Se muestran la maleficencia y la injusticia del esposo, la hija y el médico familiar haciendo daño a la persona, lastimándola verbalmente (Gracia, 1989). También se muestra la falta de responsabilidad profesional del médico familiar, al no dar las herramientas necesarias por lo que se siente abandonada, devaluada y agredida, asimismo la responsabilidad de los profesionales de oficio o secundarias, como los medios de comunicación que permiten dar medicamentos sin registro, de los cuales se ignora la elaboración, procedencia y efecto (Gracia, 1998).

### **Caso No. 3**

Frida, originaria del D.F., de 62 Años de edad, educación secundaria, casada, oficio Jefa de servicios básicos en el IMSS, Jubilada, con peso de 70 Kg., talla: 1.52 m., IMC: 30.30 kg/m<sup>2</sup>, a los 11 años aumentó de peso, a los 25 años ya tenía sobrepeso, después de los 25 años aumentó 20 Kg., más. Actualmente tiene 18Kg. por arriba de su peso normal. El motivo de aumentar de peso fue por trabajar de noche, durante la jornada, comía mucha comida y golosinas “chatarra”, al llegar a casa desayunaba y dormía, le gusta mucho el pan de dulce, su delirio hasta la fecha, cuando se pone a dieta le quitan lo que más le gusta, actualmente está comiendo según las recomendaciones que recibió, en un curso de nutrición, en la Asociación de Jubilados, previamente a la entrevista, “de todo”, pero menos cantidades, ha bajado de grasa abdominal, se siento bien. Ha tenido múltiples tratamientos a base de: anfetaminas, después con la técnica de Teo, (anfetaminas, diuréticos, ansiolíticos, anabólicos, té., dieta de 1200 a 800 cal), con lo que bajo de peso, si las suspende vuelve a aumentar el peso. Ha tomado varias cápsulas sin marca, que le han dado reacciones secundarias: náuseas, molestias en el *estómago*, diarrea, mejor las ha suspendido, hace una hora de ejercicio actualmente “no quiero envejecer” le da miedo, no quiere estar arrugada. Cuando le dicen que está “gorda”, no le gusta, tampoco le gusta su cuerpo, de verse al espejo; “gorda” y “fea”, se quiere ver bonita, por eso hace dietas y ejercicio. La personas como su cuñada y algunas amigas, dicen, que su esposo se ve 10 años más joven que ella, su esposo también se burla; “yo de 50 y tú de 60”. Se caso a los 24 años con quien está casada, ya tenía una hija, de otro matrimonio, quería una familia y volvió a casarse, la relación sexual, siempre fue fría, dice: que soy una “basura”, la toma y le dice “como si estuvieras, muy buena”,

cuando no encuentra su esposo la respuesta que desea, él se enojaba con su hija, o buscaba cualquier otro pretexto para maltratarla; empujándola, encerrándola en un cuarto, decía que era una “*metiche*”, porque intervenía en la plática de los adultos, su hija es muy “gordita” tiene 42 kilos más de su peso normal, es psicóloga, soltera, La protagonista tiene una hija y un hijo del matrimonio, ellos son delgados, cuando su esposo veía fotos de sus hijos y también de la que no es, cortaba la parte de la que no es. Nunca ha tenido una buena comunicación con su esposo, él es callado y cuando se enoja, se encierra, no habla, las relaciones sexuales no fueron buenas o agradables, eran violentas, no había satisfacción, de tal forma, que deseaba empujarlo o golpearlo, no lo hizo por no tener problemas, actualmente duermen en cuartos separados desde hace 12 años, tiene otra pareja, con ella, si hay comunicación, vive su “*luna de miel*”, viajan, se divierten, salen a comer muy contentos, su pareja actual tiene familia, le gustaría vivir con su pareja por el resto de vida, ella se siente muy feliz, está consciente que esto no puede ser. Espera que su esposo jamás se enteré de sus amoríos, tiene mucho miedo, si eso sucediera, su vida sería un caos.

*Cuando voy al médico familiar, me trata bien, el es “gordito”, no he tratado el caso de mi obesidad con él, porque, me enviaría con la dietista, la cual, da dietas igual para todos, hace un mes mi médico estaba de vacaciones y estaba una Dra. “Joven” y “enojona”, le solicité tratamiento para mis bochornos y resequedad vaginal, muy enojada me respondió ¡compré su pomada!, “nosotros” no podemos recetar eso, únicamente el ginecólogo, me envió a estudios generales para enviarme al especialista. Y dijo ¡espere...! a su médico.*

Este caso de Frida muestra que la obesidad es producto del estilo de vida y falta de educación nutricional desde la infancia, la paciente tenía una alimentación rica en grasas animales, harinas y alimentos “chatarra” (Alpizar, 2008), la obesidad es una enfermedad crónica, muy marcada en mujeres mayores de edad, tiene fuertes prejuicios sociales de discriminación, la imagen de un cuerpo con obesidad es un problema grave (Luna, 2007) se da en todos los niveles socioeconómicos (Alpizar, 2008), también en los médicos (Encuesta Employment Law Alliance, 1969). La paciente muestra la injusticia que sufre al ser criticada por su obesidad, las burlas de su esposo (Gracia, 1989), la agresión física y psicológica, la violada en cada relación sexual, la injusticia que sufre su hija, por no ser hija de su pareja (Catanyer, 2009), así el trato injusto que su médica le da (Gracia, 1989), también muestra la violencia psicológica y prepotencia, atentando su autoestima (Hirigoyen, 2006) y autonomía, en la relación médico-paciente si esta última no se da, entonces existirá una confrontación entre ellos (Gracia, 1989). La falta de responsabilidad, del médico de hacer bien su trabajo, de los responsables de la salud permiten que se vendan medicamentos, para bajar de peso sin control alguno, evadiendo la responsabilidad de los efectos adversos o el peligro que causan a la salud, para vender medicamentos o recetarlos (Gracias, 1998).

#### **Caso No. 4**

M. A. Originaria del D.F., de 56 años de edad, viuda, estudios secundaria y enfermería auxiliar, trabajó en el IMSS como enfermera auxiliar, y posteriormente como asistente médica, peso 90 Kg., talla 1.56 m., IMC: 37.03 kg/m<sup>2</sup>, obesa desde

niña, tenía muchas carencias de comida, solo tortillas, pan, café, salsa y frijoles. De 15 a 20 años aumentó de peso, pero, a los 25 años que tuvo a sus hijos se mantuvo en 70 Kg., a los 40 años llegó a pesar 90 kgs. Cuando era niña, su familia era muy precaria, su mamá compraba pan frío y hacía migas o chilaquiles para desayunar. No había carne, esta era únicamente para su papá, le gusta mucho el olor de la carne o de cualquier otro guiso, pero en su casa no había, ella siempre tenía hambre. Cuando pasa ahora por donde están guisando, vaya caminando o en autobús se detiene o se baja y come, no importa el precio, si es barato mejor. Ha acudido a comedores compulsivos, a médicos que se dedican a bajar de peso, estos últimos cobran caro e indican dietas con muy poca comida entre 1200 y 1500 calorías, sobre todo, lo que más le gusta: la carne y los guisados, ella necesita comer, sobretodo la carne le “encanta”. Cuando le dicen, que, está “gorda”, algunas veces, no le da importancia, otras le da mucho coraje, y “rabia”, ella dice; *esa gente no sabe lo que es no tener que comer, y cuando se tiene dinero, hay que aprovechar. Sé que estoy “gorda”, porque como mucho y lo que me gusta, no lo puedo evitar, por eso entré a comedores compulsivos para ver si ahí me podarían ayudar, aprendí cosas, pero no, a dejar de comer.* En su matrimonio hubo carencias, tanto afectivas como económicas, cuando su esposo enfermó de cáncer. Era enfermera y ganaba poco, su esposo gana poco también. Con su esposo siempre le fue muy mal, era una persona con poca cultura, la educación en su casa fue que el hombre mandaba y se hacía lo que él ordenara, debía estar sometida al deseo de los suegros, ella, también sabía eso, pero desde que acudió a comedores compulsivos, ha comprendido que eso se aprende, lo cual no debió ser así, *uno es persona, con sentimientos y tiene que ser*

*libre. Desde que se casó, fue muy difícil, en la primera relación sexual no sabía cómo eran las cosas, él, la tomo a la fuerza, eso era muy penoso y difícil de superar, le daba miedo que llegara la noche, no quería que se oscureciera, por temor a su esposo, además era muy mal hablado, le decía muchas groserías: tonta, estúpida, gorda, marrana, fea asquerosa, maldita, etc., ahora lo recuerda y siente coraje; “como soporté eso, no debí permitirlo”. Ya no está su esposo, ya no quiere recordar (Hace una mueca de desprecio, y con la mano dice, ya se fue...). Actualmente tiene una pareja emocional no tiene relaciones sexuales, únicamente platican y se acarician con las manos. Tiene otra una pareja sexual, con ella si tiene frecuentes relaciones sexuales, son satisfactorias, está pareja tiene su familia y únicamente se visitan ocasionalmente, pero se siente muy bien. Ella dice: no quiero más compromiso ni responsabilidad. M.A. comenta la atención que recibe con el médico familiar.*

*El médico familiar tiene mucha gente, las consultas son muy rápidas entre 5 o 10 minutos, eso no es suficiente, se necesita terapia para ello, adherencia al grupo, ellos no hacen eso. Los médicos particulares son más tolerantes y atentos, dan citas más frecuentes, dan indicaciones más precisas, son ¡caras!..., por eso se abandonan. Y por la necesidad de comer. Por; el olor, el gusto de comer, no puedo evitar. Esto lo aprendí en comedores compulsivos. Pero, no dejar de comer. Hay muchos medicamentos en la calle, que se pueden adquirir para bajar de peso, sin embargo no tienen control, no se sabe que efectos puedan causar, se venden en cualquier lugar, pero, no me atrevo a tomarlos, ¡son peligrosos!*

M. A. Muestra como la herencia es un factor importante para padecer obesidad así como los estilos de vida y la educación desde la niñez, y que la obesidad en las pacientes adultas puede estar condicionada por el sobrepeso o la obesidad en la niñez y en la adolescencia, así, como la falta de ejercicio, el sedentarismo y los problemas metabólicos (Garaulet, 2008). Las pacientes con obesidad, son víctimas de estigmatización principalmente por el esposo, en este caso quien la trata con palabras que lastiman: tonta, estúpida, gorda, marrana, fea asquerosa, maldita. (Jiménez, 2008). El trato que recibe paciente por el médico familiar es injusto, ella no tenía que comer cuando niña y ahora que tiene oportunidad es momento de hacerlo sin medida. Los médicos particulares para la atención de la obesidad cobran muy caro, los del IMSS tienen poco tiempo para la atención, atienden únicamente la Responsabilidad de “mínimos”, olvidando los “máximos”, en otras palabras, los “mínimos” iguales para todos y no lo superiores de “calidad” y la “excelencia”, los medicamentos se venden sin control, lo cual es peligro para la salud. Así mismo su autonomía se ve afectada al ser criticada por el esposo, familiares y el médico familiar, no se siente con libertad, porque está sometida (Gracias, 1998), con ese modelo patriarcal, el padre y el esposo son la máxima autoridad y los que pueden tomar decisiones de las personas, es el poder (Riche y Facio, 2009), también la pérdida de la dignidad, se da por la agresión de la familia, así como por el médico familiar, al atender a las pacientes sin el tiempo suficiente, esto no permite resolver el problema de salud (Mirándola, 1984 y Kant, 2007). El cumplimiento de la responsabilidad de los padres o sea al no satisfacer las necesidades de los hijos. Y los Directivos de la Institución

que obligan al personal médico a ver cantidad de pacientes, olvidando la calidad en la atención.

### **Caso No. 5**

Lupita: originaria del D. F. 58 años de edad, con estudios de licenciatura en enfermería, fue empleada del IMSS como enfermera General, casada, jubilada peso: 76kg., talla: 1.49 m., IMC: 35.18 kg/m<sup>2</sup>, esposa de un soldado militar desde los 18 años, la golpeaba desde que eran novios por “celos”, si ella miraba algún muchacho la golpeaba con el puño en la cara, su madre descubrió que le pegaba, y lo “corrió” de casa, no tenía otro novio por miedo y porque quería mucho al anterior, poco después encontró un muchacho bueno y educado, pero, *“como le suelen pasar a las mujeres tontas, dice ella, regresé con el golpeador”*, al año lo dejó para regresar con el militar, con quién más tarde se casó. A los 26 años, después, de múltiples infidelidades, maltrato físico y psicológico de su esposo, empezó a comer mucho, fumar y a subir de peso, era talla 28 o 30, después de los 26 años notó, cuándo su suegro le menciona a su esposo, *“debes estar orgulloso” por tener una esposa tan “llena de vida”*, para entonces pesaba entre 51 y 61 Kg. De los 30 a los 40 años aumentó de peso, 68 a 78 krs., llegó a pesar 90 kg. Actualmente pesa 76 kgs., le gusta toda clase de comidas, no tiene límites, no había carencias en su casa, su esposo le daba el gasto necesario, a ella le gusta comer; harinas, pan, galletas, pasteles, dulces, chocolates, y grasas, verduras y frutas poco, comía sin hambre, esto es por tener ansiedad, frustración y enojo, por eso fumaba mucho, además de que le quitaba el hambre, al abandonar el tabaco subió más de peso, comía más, en vez de



fumar. Las dieta que ha llevado, son; casi sin comer, y las cápsulas para bajar de peso (anfetaminas), cuando quería bajar de peso se sometía a este tratamiento, abusando de ellas. Una ocasión se muy puso grave de salud, porque bajó de peso demasiado, al grado, que no pudo caminar, quedando tirada en la calle y con dificultad respiratoria, como pudo, llamó a su mamá, ella solicitó una ambulancia para llevarla al médico, éste último la atendió con soluciones vitaminados, le dieron de comer, todo lo vomitaba, su mamá le llamó la atención , y le dijo; *eres una “tonta”, ¡Tu marido te pega, te maltrata y te es infiel y no te separas!, “pues que piensas” ¡morirte!* Lupita, lloraba amargamente pero a pesar de ello, quería mucho a su esposo. Otras veces se sometía a tratamientos de compresas de agua helada, masajes, y dietas muy rigurosas, indicadas por el psiquiatra u otros médicos. La relación con su esposo fue difícil, cuando su esposo se ponía celoso se enojaba la golpeaba y finalmente terminaban en la cama, eso le gustaba lo cual era muy placentero. Nunca se disculpó con ella por el maltrato que le daba, ella supone, que él consideraba que era lo correcto. Poco a poco fue perdiendo el interés por estar con su esposo, jamás tuvo ojos para otro hombre, comenta; *“mi esposo fue y seguirá siendo mi único amor, actualmente las relaciones entre nosotros se han enfriado, yo no permito que se me acerque vivimos como dos buenos hermanos, en el fondo siento un enorme coraje por todo el maltrato que me dió y con eso lo castigo, no permito que se acerque, sólo por castigarlo, pero, me muero por estar a su lado. Deseo sostenerme y nunca más estar con él.*

*Al médico familiar lo visito desde que me jubile (hace 6 años) para el control de mi presión arterial, la menopausia y la osteoporosis que me causaron las múltiples dietas, este control es mensual, ya me envió a dietología, y no bajo de peso, la dietista me dió una dieta baja en calorías, lo comenté al médico familiar y dijo;” yo me aboco al control de su presión, la dieta debe ser con la nutrióloga o la dietista, eso no es de mi competencia, tiene que hacer la dieta necesariamente y seguir las instrucciones de su dietista. De no seguir las indicaciones no bajará de peso y el control de sus enfermedades no podré realizarla. ¡ENTIENDA!, ¿que no me he explicado? ¡Qué tiene que bajar de peso! Pero usted es una “gorda” que no tiene fuerza de voluntad para bajar”.*

Lupita demuestra, con su vivencia que la obesidad, la violencia física y psicológica se da en pobres y ricos, contribuyendo la educación que se recibió, el tipo de alimentación que ingirió, el estilo de vida, el estrés que sintió. La obesidad acarrea consecuencias a la salud en forma importante (Alpizar, 2008). El maltrato, la violencia física y psicológica son humillante, también el maltrato del médico familiar cuando se ensaña con mujeres que padecen obesidad (Hirigoyen, 2006 y Finkelhor e Yllo, 1995, en Cazés, 2000). En este caso, la paciente solicitó atención al médico familiar quien brinda una atención deshumanizada. Por tal motivo se reconoce que el valor de la autonomía no existió, el médico dice que la obesidad no es de su “competencia” él no se puede “abocar” a ese problema de salud. La dignidad de la paciente es abolida, no se le da un valor intrínseco, además ella no se da ese valor de respeto a sí misma. La justicia se ve afectada al ser mal atendida por su médico

familiar. La maleficencia del actuar del médico familiar, sabiendo que si no atiende su obesidad, tendrá mayores problemas de salud (Gracias, 1989) La responsabilidad de la atención del médico debe ser deliberativa, con el fin de responder a las necesidades de cada persona, en el caso de las pacientes con obesidad, el médico debe brindar una atención responsable deliberativa con “calidad” y “excelencia” (Gracias, 1998).

### **Los cuestionarios aplicados a médicos familiares del IMSS**

Se realizaron diez cuestionarios en la UMF No. 41 del IMSS a médicos familiares que atienden, en la consulta externa, a pacientes mayores de edad, jubiladas y con obesidad, los cuales expresaron en forma verbal y no verbal como atienden a sus pacientes.

En los diez cuestionarios realizados, a los médicos familiares, se encontró el siguiente resultado el trato que se brinda a las pacientes trabajadoras jubiladas del IMSS.

El médico familiar opina que el trato que se da es; igual a todas las pacientes jubiladas o no, del IMSS o no, ellas son activas, acuden a grupos de autoayuda a Centros de Seguridad Social del IMSS a realizar actividades físicas principalmente, se les da consejos a cerca de su peso, se orientan sobre las complicaciones que provoca la obesidad, se envían a medicina preventiva, trabajos social, grupos de ayuda, terapia ocupacional y dietología para que se oriente y atiendan, refieren que la obesidad se debe a los malos hábitos alimenticios y falta de ejercicio, son pacientes

descuidadas, por ello están “gordas”, nada es gratis, comen mucho y la cantidad de calorías y grasas se acumula.

La relación que existe es buena y se podría decir excelente, con calidad y calidez, sin embargo dicen: es difícil de describir a las trabajadoras jubiladas del IMSS, porque son prepotentes, ellas sienten que tienen más derecho que el resto de la población derechohabiente del IMSS, con las pacientes con obesidad se debe actuar con mayor exigencias para que se cumplan las indicaciones que, generalmente no hacen lo que se les dicen.

A la paciente que no tiene obesidad las tratan por igual, que a las obesas, con un trato cordial.

El tratamiento que se prescribe es universal para todas las pacientes y se da seguimiento; los médicos dan indicaciones para que realicen dieta y ejercicio, las envían a dietología y se da cita de control cada mes para ver si bajan de peso o si acuden a dietología, muy frecuente no lo hacen poniendo de pretexto porque no tienen tiempo, al fin que no están enfermas. Se realiza perfil bioquímico, control de factores de riesgo cardiovascular, cerebrovascular y plan alimenticio, la dieta que prescribe el médico familiar es balanceada con relación a sus actividades, edad y condición física, sin embargo, dicen que la cultura de las pacientes es que no tiene tiempo o no les gustan las dietas que prescribe la dietista, no tienen dinero para comprar los alimentos, se atienden las enfermedades crónico-degenerativas o sea las complicaciones y no precisamente la obesidad, porque es competencia de la dietista,

a el médico solo les toca el control, las pacientes se les hace consciencia a cerca, de los problemas que causa la obesidad también aclaran que no hay un médico especialmente para las paciente con obesidad trabajadoras jubiladas del IMSS.

El tiempo que disponen para atender a este tipo de pacientes es insuficiente, dado el gran número de recomendaciones que se tiene que llevar a cabo, cada paciente es diferente y requiere de tiempo diferente, la orientación no es de “dos palabras”, hay mucha demanda, el número de pacientes que se atienden en cada jornada es alta, por el número de citados, y la atención se da en 5 o 10 minutos. Se requiere de más tiempo para dar una atención de calidad.

Aquí se demuestra que la educación debe hacerse desde la niñez, en la casa y posteriormente en las escuelas desde preescolar y sucesivamente. La Secretaría de Salud, también tiene una gran responsabilidad, y las Instituciones de salud. En ellas el Valor de la responsabilidad se ha perdido, lo que debilita al Sistema Nacional de Salud (INEGI 2010). La dignidad del médico y del paciente se lastima, en el caso del médico en una jornada tiene gran demanda de pacientes y poco tiempo para atenderlos, en el caso de las pacientes con obesidad es indigno que se atiendan en 5 o 10 minutos, porque esto no permite una atención deliberativa de calidad y excelencia, esto también es injusto, el médico presenta una actitud de maleficencia (Gracia, 1989) al discriminar y hablar en forma despectiva de las pacientes (Jiménez, 2008), destruye su autoestima (Luna, 2007) es también, violencia psicológica (Hirigoyen, 2006). La autonomía de las pacientes se ve afectada al no respetar sus

valores de; igualdad y respeto. Todo ello habla del maltrato que los médicos propician a las pacientes con obesidad.

### **Capítulo III. Principales factores que intervienen en el trato de las pacientes con obesidad**

#### **Deficiente integración de instituciones**

Uno de los principales factores participantes en el trato de las pacientes con obesidad es que no existe un Sistema Nacional de Salud integrado por todas las instituciones, públicas y privadas con en una coordinación armónica y conjugación de objetivos comunes.

Existen Instituciones de atención a la salud con esquemas diversos de seguridad social. y con población derechohabiente diferente en cantidad sin los recursos necesarios

Un ejemplo es el IMSS., que, en 2006 18 millones de asegurados.<sup>146</sup>

#### **Práctica médica con pérdida de valores**

El ejercicio de la medicina en las instituciones rompe con los valores que habían permanecido por siglos, la relación médico-paciente se otorga en cantidad, en forma impersonal, tanto para el paciente como para el médico, la dignidad de la persona se banaliza, el respeto se pierde y la atención médica se contabiliza en términos de productividad. La cobertura en cantidad pierde la calidad, la medicina se deshumaniza, los valores del médico se ven aplastados con tal de cubrir únicamente

---

<sup>146</sup> INEGI. 13. Seguridad Social. *Mujeres y Hombres en México*, México, 2007, pp. 314. [www.inegi.org.mx/prod.../bvinegi.../mujeresyhombres/.../MyH\\_2009\\_4.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod.../bvinegi.../mujeresyhombres/.../MyH_2009_4.pdf), consultado el 30 de enero 2011.

la cantidad. En el caso de la obesidad es una enfermedad epidémica, crónica que existe cada vez mayor número sobre todo en las mujeres de mayor edad

### **Desfasamiento del modelo de atención ante el fenómeno de la transición epidemiológica**

Otro factor importante que aparece en la atención de las pacientes con obesidad es la transición epidemiológica. Se crea un modelo para la atención de las enfermedades infectocontagiosas consiguiendo con éxito la atención de las diarreas, la lepra, la fiebre amarilla, la viruela, el paludismo, la poliomielitis el sarampión, la difteria, el tétanos y muchas otras más. Sin embargo este modelo no es capaz de atender los patrones de los estilos de vida, los hábitos y costumbres de la alimentación que condicionan las enfermedades crónico-degenerativas cada vez en mayor cantidad.

La influencia de la demografía ha cambiado mucho las expectativas de atención de los servicios de salud actualmente el 8.7% por ciento de la población, es mayor de 60 años y la esperanza de vida en año 2010 es de 77.8 para la mujer y 73.1 para el hombre.<sup>147</sup> Por ello la transición epidemiológica aumentó un segmento de la población muy vulnerable a los padecimientos crónico-degenerativos. Por otra parte no se había tenido la suficiente previsión. Por lo que en este momento hay una explosión de daños a la salud causada por el grupo de padecimientos antes mencionados.

---

<sup>147</sup> INEGI. *Mujeres y Hombres en México*, México, 2010, pp. 11.



## **Desvinculación de la gestión administrativa y la bioética**

Otro factor importante en la atención de las pacientes con obesidad es una política de gestión administrativa en salud (calidad total), desvinculada de la bioética. Es necesario y pertinente establecer e incrementar los indicadores de calidad, ligados a la bioética, que sean un elemento indispensable en la operación. Ya que la administración actualmente se encuentra desgastada y obsoleta y requiere de una reestructuración y una renovación total, y no arreglos elegantes y parciales, carentes de la infraestructura formativa necesaria de bases que permitan su correcto desarrollo.

La bioética camina por otro lado, sin establecer los nexos y puentes que la vinculen de manera inextricable y objetiva con la administración y la calidad total. Existe un déficit de comités de bioética asistenciales los cuales no están regulados, ni dotados de acreditación académica, capaces de responder ante los nuevos y viejos dilemas de la ética y ahora de la bioética, en las complicaciones de los avances tecno-científicos y en el caso que nos ocupa, de las complejidades de una relación médico-paciente deteriorada en los valores que la deben dignificar.

En términos globales, existe un profundo desinterés en la salud por parte de los regímenes políticos. La salud no es una prioridad en las áreas gubernamentales.

En conclusión: el modelo actual de salud, no responde a las características de factores de riesgo y de factores de causalidad de los padecimientos crónico-degenerativos, dentro de ellos la obesidad, la dispersión de esfuerzos en diversas

instituciones de salud, hacen más difícil su control, y en tanto no se dé prioridad a las acciones de fomento a la salud, sobre las preventivas y de éstas sobre las curativas, los servicios de salud estarán saturados en el primero, segundo y tercer nivel de atención de estas enfermedades. Es necesario integrar de manera estrecha a la bioética con los procesos de calidad total en la atención médica.

Se deben respetar y obedecer las políticas de salud por las instituciones, debe haber un efectivo cumplimiento operativo de las disposiciones en materia de salud. Como las Normas Oficiales de Salud, con un acatamiento mínimo. Se debe vincular y entrelazar con otras políticas, como las educativas, económicas, demográficas y ambientales.

Diremos finalmente que tenemos un Sistema de Salud claramente débil, insuficiente e incapaz de afrontar los retos actuales de la salud.<sup>148</sup> Y en particular del problema de la obesidad.

---

<sup>148</sup> Domínguez, O., *Bioética y la Calidad en la Atención Médica*, Ed. Distribuidora Editorial Mexicana S.A. de C.V., México, 2008, pp. 26-31.

## Capítulo IV. Aspectos legales de la relación médico-paciente

### Derechos de los pacientes

A continuación se mencionan los principales aspectos consignados en los Derechos de los Pacientes, en los cuales encontramos estrecha relación con el tema:

1°. Recibir atención médica adecuada: la paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue de acuerdo a las necesidades de su estado de salud, así como ser informada cuando se requiera referencia a otro médico.

2°. Recibir trato digno y respetuoso: la paciente tiene derecho a que el personal de salud le otorgue un trato digno, con respecto a sus convicciones personales y morales, relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad.

3°. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz: la paciente o el paciente responsable tienen derecho a que el médico tratante brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

10°. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida: la paciente tiene derecho a ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando no esté de acuerdo con la atención médica recibida por servidores públicos o privados.<sup>149</sup>

---

<sup>149</sup> Carta de los derechos de los pacientes. [http://www.conamed.gob.mx/interiores\\_2010.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/&desti](http://www.conamed.gob.mx/interiores_2010.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/&desti)

## **Derechos de los médicos**

Los Derechos de los médicos se reconocieron al observar la relación bilateral que surge entre quien recibe el servicio médico y quien lo brinda. Estos derechos tienen como propósito hacer explícitos los principios básicos en los cuales se sustenta la práctica médica; con base en la libertad de profesión.

El artículo 5° de la “carta de los derechos generales de los médicos” dice *“Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional”* se basa en la Declaración Universal de los Derechos Humanos Art. 1 que dice: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y en derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros<sup>150</sup>.

## **Deberes de los médicos**

El médico debe mantener siempre el más alto nivel de conducta profesional.

El médico no debe permitir que motivos de ganancia influyan el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional de sus pacientes (*la gran demanda del servicio no debe influir en el juicio del médico*).

---

[no=cartapacientes.php&seccion=22](#) Última modificación: 6 de Junio de 2008 por la Dirección de Informática. Consultado: 10-enero 2011.

<sup>150</sup> *Carta de los derechos de los médicos.*

[http://www.conamed.gob.mx/interiores\\_2010.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/&destino=cartamedicos.php&seccion=22](http://www.conamed.gob.mx/interiores_2010.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/&destino=cartamedicos.php&seccion=22) Última modificación: 6 de Junio de 2008 por la Dirección de Informática. Consultado: 10 enero 2011.

El médico debe, en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

El médico debe respetar los derechos del paciente, de los colegas y otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias de los pacientes.

### **Deberes de los médicos hacia los enfermos**

El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia. Esto está en relación de que el médico requiere de un equipo multidisciplinario para la atención de las pacientes con obesidad.<sup>151</sup>

### **NORMA Oficial Mexicana NOM-168.SSA 1-1998, del Expediente Clínico**

En esta Norma se destaca el ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario. A pesar de que este instrumento es legal, dista mucho de su aplicación para regular la atención médica.<sup>152</sup>

### **NORMA Oficial Mexicana de NOM-174-SSA1-1998, para el Manejo Integral de la Obesidad**

---

<sup>151</sup> [DEONTOLOGÍA MÉDICA Y BIOÉTICA](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/deontologia.pdf), [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/deontologia.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/deontologia.pdf)  
Última modificación: 24 de Agosto de 2010 por la Dirección de Informática.: Consultado 10 de enero 2011

<sup>152</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. México. 1998.

La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana, se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico, en beneficio del usuario.

Para aumentar el grado de dificultad en el tratamiento de la obesidad, es conveniente mencionar la inmensa profusión de promociones comerciales, fuera de todo rigor científico, que sólo propician desorientación y desapego a la terapia instalada. Además, de manera importante, la observación de que en las instituciones de salud, no hay supervisión que garantice la aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas, a este respecto.<sup>153</sup>

## **Código Penal del Distrito Federal**

---

<sup>153</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, *Para el Manejo Integral de la Obesidad*, México, 1998.

Es conveniente mencionar que en el área jurídica existen elementos que sancionan el déficit de responsabilidad en el área médica, a pesar de que el tratamiento de la obesidad en lo general, raya en un acentuado empirismo sin ninguna salvaguarda de las instituciones que tienen el deber de hacer valer la observancia de la NOM Oficial y de responder en aquellos casos en los que haya resultados de franco perjuicio con alto grado de daño e incluso la muerte.

En el TÍTULO DECIMOSEGUNDO. De Responsabilidad Profesional. Del Capítulo I. En las disposiciones generales.

ART.-228 Los profesionales, artistas o técnicos y su auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otra norma sobre ejercicio profesional, en su caso:

Además de las sanciones fijadas para delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos. Se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de su profesión o definitiva en caso de reincidencia.

Están obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de los auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.<sup>154</sup>

---

<sup>154</sup> *Código Civil para el Distrito Federal*, Ed. Porrúa, México, 1995, pp. 67-68.

## **Capítulo V. Modelo aplicativo, de Medicina Familiar, en la atención de las pacientes con obesidad**

### **Modelo de atención de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social para la atención de las z**

La ley del Seguro Social surgió en 1943 y se fundamentó en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En la ley se establecen los términos y condiciones bajo los cuales se debe otorgar la protección social amplia al trabajador y a su familia.<sup>155</sup> En el año de 1943 se declara la apertura del Instituto Mexicano del Seguro Social.<sup>156</sup>

El IMSS para cumplir con la responsabilidad de garantizar el derecho a la protección de la salud, está organizado en tres niveles de atención. El primer nivel está conformado por la atención de medicina familiar, que proporciona atención ambulatoria; el segundo y el tercer otorgan de atención ambulatoria y hospitalaria.<sup>157</sup>

Es importante destacar que la población pediátrica cada vez es menor. Así como, la de edad reproductiva, siendo cada vez, mayor la población adulta.

En este sentido, la demanda y utilización de los servicios de salud, por la población derechohabiente, también se ha transformado gradualmente. Los pacientes más frecuentemente atendidos por grupo de edad, corresponden a los adultos mayores y a las mujeres, principalmente.

---

<sup>155</sup> García, C., Muñoz, O., Durán, L., Vázquez, F., *op. cit.*, 2006, pp. 44.

<sup>156</sup> INEGI.13, Seguridad Social, *Mujeres y Hombres en México*, México, 2007, pp. 371.

<sup>157</sup> INEGI. *Mujeres y Hombres en México*, México, 2010, pp. 5.



La demanda de la medicina familiar es mayor por adultos mayores en los últimos 20 años. Persiste una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y una prevalencia gradual de las enfermedades crónicas. En particular la diabetes tipo 2 e hipertensión arterial en parte como consecuencia de la obesidad.<sup>158</sup>

### **Modelo actual de medicina familiar**

La atención que otorga la Unidad de medicina de primer nivel, se orienta a proporcionar atención integral y continua, con enfoque procesal que favorece el trato humanista, la oportunidad, la calidad y la eficiencia, que proporciona la modificación del estado de enfermedad del paciente atendido en la consulta externa de medicina familiar. La Unidad de Medicina Familiar (UMF) cuenta con servicio de urgencias, algunas son adyacentes a hospitales de segundo nivel. En estas unidades trabajan los médicos y una amplia gama de trabajadores de la salud, como; enfermeras, dentistas, trabajadoras sociales, técnicos de laboratorio, técnicos de rayos X y nutricionistas, además, personal administrativo, de intendencia y conservación.

El médico familiar, encabeza la actividad de atención a la salud; cada médico tiene 2400 derechohabientes adscritos que pueden acudir a la clínica en un horario específico ya sea matutino o vespertino.

La organización y tipo de servicio que presta la UMF son: servicio de consulta externa y medicina preventiva, estudios básicos de laboratorio, rayos X, farmacia, trabajo social, estomatología y salud en el trabajo, algunas también cuentan

---

<sup>158</sup> García, C., Muñoz, O., Durán, L., Vázquez, F., *op. cit.*, pp. 94-95.

con nutrición y dietética, psicología y promoción de la salud. Las actividades extramuros: vacunación, educación para la salud. Los auxiliares para apoyo médico familiar, varían según el número de consultorios.

De tal manera, en estas Unidades de Medicina Familiar en el 2004 se otorgaron aproximadamente 66 millones de consultas en el primer nivel de atención.<sup>159</sup>

### **Fortalezas y debilidades del modelo organizacional de la medicina familiar**

Dentro de las fortalezas del modelo de atención de la medicina familiar, se encuentran la capacitación del personal de la UMF, en las que hay personal calificado, e identificado con la misión institucional y con experiencia, en la prestación de atención primaria a la salud. La estructura cuenta con recursos, equipamiento y servicios de apoyo que permiten a las unidades, otorgar servicios ambulatorios.

En cuanto a la organización, tiene cobertura a nivel nacional para la atención a la población derechohabiente, facilitando la accesibilidad de los servicios tanto a los asegurados como a sus beneficiarios. El servicio de medicina familiar otorga el 85 % de los servicios de atención médica que el IMSS ofrece a la población derechohabiente<sup>160</sup>.

---

<sup>159</sup> Ídem, pp. 45-48.

<sup>160</sup> Ídem, pp. 48-49.

El IMSS ha realizado distintas modificaciones organizacionales y estructurales en el primer nivel de atención, desde su fundación en 1943 hasta 1995 en dónde se dió a conocer el diagnóstico institucional, por la Dirección General, así también, estudios de investigación y evaluación subsecuentes. Viéndose resultados en la medicina familiar, como: aumento en la cobertura del IMSS y de las necesidades de la población. Así mismo se han incrementado los problemas de oportunidad en la atención a los pacientes (tiempo de espera prolongado) y la deficiencia en su calidad. Esta situación ha provocado inconformidad en la población y desprestigio de la institución y sus trabajadores; igualmente, la falta de motivación del equipo de salud, que puede ser atribuible a la falta de reconocimiento al desempeño individual y colectivo y a la insuficiencia de recursos humanos y materiales, que también contribuyen al deterioro de la calidad en la atención.

Otras debilidades son; El sistema de capacitación al personal, porque no responde a las necesidades actuales, la capacitación resolutive de la UMF es heterogénea, el enfoque a la atención médica es predominantemente curativo, no existe cultura de trabajo en quipo.<sup>161</sup>

---

<sup>161</sup> Domínguez, O., *Bioética y la Calidad en la Atención Médica*, México, Distribuidora Editorial Mexicana S.A. de C.V., 2008, pp. 26-28

## **Valoración de la satisfacción del usuario**

La encuesta de este estudio sobre la atención a la obesidad se ha realizado con el fin de valorar la satisfacción del usuario y de esa forma poder mejorar la atención médica a las pacientes.

En una encuesta realizada a 170 trabajadores, se observó que del 66 al 99 por ciento, utilizaron cita previa, el 50 % de los usuarios esperan más 60 minutos para ser atendidos, lo cual es una insatisfacción, de estos encuestados, el 90 % opinó que el trato de los prestadores de los servicios médicos es bueno; es decir, se mostraron satisfechos con el trato que recibieron del médico familiar, sin embargo, mostraron insatisfacción por el trato recibido en las áreas de archivo y vigencia de derechos.

En cuanto a la asistencia médica, el 60% de los entrevistados dicen que sí realizan las actividades vinculadas con la consulta. Respecto a los servicios de laboratorio y de rayos X, la saturación es el principal motivo de insatisfacción, ya que provoca periodos de tiempo prolongados en espera, tanto, para realizar los estudios, como para ser atendidos el día de la cita. En el caso, de rayos X, alrededor del 70 % de los usuarios presentaron insatisfacción porque los resultados no estuvieron integrados en el expediente, en el momento de la consulta.

Dicha evaluación fue transversal, lo cual representa cierta debilidad metodológica, para mejorar la evaluación es necesario combinar la información

proveniente de múltiples fuentes de información como; abasto, equipo médico, demanda de consulta, actualización médica para llegar a conclusiones válidas.<sup>162</sup>

### **Premisas conceptuales para la orientación de las mejoras de la Institución**

La atención primaria a la salud tiene una base conceptual, definida por la organización Mundial de Salud (OMS) desde 1978. La atención primaria a la salud está basada en un método práctico, científicamente sólido y aceptado socialmente, con tecnología accesible universalmente para los individuos y las familias en la comunidad.

Este concepto de atención a la salud ha evolucionado, principalmente por los cambios acelerados, que afecta el estado de salud, las tendencias demográficas, las condiciones socioeconómicas y, en consecuencia las prioridades de los organismos y las políticas de salud, las reformas de los sistemas de salud en todo el mundo han incorporado nuevas estrategias que se han considerado factibles para la atención primaria.

Por lo tanto, el modelo, es cumplir con las necesidades en su totalidad, la ausencia o deficiencia en alguna de ellas determina el comportamiento del resto de las necesidades. Estos elementos son: atención integral a la salud, flexibilidad, coordinación, calidad de atención, mejora del ambiente laboral, capacitación resolutiva, desarrollo profesional, y viabilidad financiera. Asimismo, la prevención de los servicios bajo el modelo propuesto, requiere una plataforma con un sistema de

---

<sup>162</sup> García, C., Muñoz, O., Durán, L., Vázquez, F., *op. cit.*, pp. 49-53.

información, de tal forma que se cuente con una herramienta indispensable para que el modelo sea factible.

La propuesta de un modelo conceptual para el sistema de medicina familiar en el IMSS, el aspecto más relevante es asegurar que tenga la capacidad y fortaleza para responder a los retos demográficos, sociales y emergentes en una población tan dinámica como la derechohabiente de ésta Institución.<sup>163</sup>

Implantación y evaluación del modelo experimental del proceso de mejora de la Medicina Familiar.

El proceso de mejora de medicina familiar (PMMF) necesita responder a las necesidades del Instituto Mexicano del Seguro Social. Elevando la calidad de la atención a la población derechohabiente.

Estudios y reportes realizado en el IMSS en 1995, revelan las crecientes limitaciones que tiene la Institución para otorgar servicios de calidad, donde se diagnosticaron problemas graves de obsolescencia de su tecnología médica, rezagos en el sistema de información, desconocimiento de la efectividad de la atención de la salud, abasto insuficiente, sistema de evaluación con limitaciones y carencias de un ambiente académico capaz de motivar al personal de salud para un mejor desarrollo profesional.

La medicina familiar se define como la atención a la salud (preventiva, curativa, y rehabilitación) de primer contacto, continua, culturalmente aceptable,

---

<sup>163</sup> Ídem, pp. 57-60.

integrada y coordinada, la cual se otorga al individuo y su familiar. Todo ello en un marco de pleno respeto a los derechos humanos.

El principal objetivo del Programa de Mejora Continua de Medicina Familiar es otorgar atención integral de calidad, con base en las necesidades de la salud de la población, la utilización óptima de los recursos, el reconocimiento a las aportaciones de los trabajadores y la mejora del ambiente laboral.

El modelo de atención integral a la salud, se orienta hacia la salud de los pacientes con; sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial y diabetes Tipo 2. Existen diversos fundamentos epidemiológicos, relacionados con la calidad de la atención, y relacionados con el estado de salud de estos pacientes; todos ellos sustentan la decisión de abordarlos con una perspectiva integral.

En la Encuesta Nacional de Cobertura que el IMSS realizó en 2003 (ENCOPREVENIMSS, 2003), reportó una alta prevalencia de sobre peso y obesidad desde los primeros años de vida. Estos hallazgos reflejan la necesidad de diseñar estrategias específicas para abordar este problema.

El médico, para controlar las enfermedades crónicas se apoya en el equipo de salud para continuar la atención: trabajo social, nutrición, dietética, medicina preventiva, laboratorio clínico y, servicio de urgencias. No obstante, el proceso no está coordinado y el paciente recibe estos servicios en forma desarticulada e irregular.

La desarticulación del equipo de salud está generada por la obsolescencia del diseño organizacional que ya no cumple con la visión moderna de la atención de la salud. El modelo actual está parcialmente fragmentado, de forma que las acciones del médico no están completamente vinculadas con las del resto del equipo de salud.

Esta situación tiene múltiples factores asociados, el modelo médico curativo tradicional privilegia la prescripción de medicamentos, para el manejo de esas enfermedades, no identifica que es necesaria la participación continua y coordinada del personal de salud para otorgar orientación y educación al paciente y a su familia sobre las enfermedades, también es necesario mencionar la asimetría que hay entre la demanda de atención y la disponibilidad del personal de salud, ya que existe un médico familiar para 2400 derechohabientes, sin embargo el número de nutricionistas, trabajadoras sociales, o estomatólogos que laboran en las clínicas de medicina familiar resulta considerablemente inferior a las necesidades actuales.

La atención a pacientes con sobrepeso y obesidad, Diabetes Tipo 2 e Hipertensión Arterial, requieren de estrategias que van más allá de la actualización médica. En este sentido se planteó la necesidad de brindar un esquema de atención integral por el personal del equipo multidisciplinario de salud, con el propósito de reforzar la educación para la salud, la educación nutricional, las medidas preventivas, para evitar complicaciones de los padecimientos e incidir positivamente para el cambio de estilo de vida.



La propuesta de atención integral contempla la participación de la enfermera de atención primaria, quien continúa y refuerza el manejo de estos pacientes; también se considera la participación de la trabajadora social y de la nutricionista o dietista, todos ellos coordinados por el médico familiar.

La atención de estos pacientes no corresponde totalmente al ámbito de la medicina familiar; algunas actividades sustantivas, tales como la educación con respecto al autocuidado de la obesidad, a la preparación de los alimentos, al tipo de ejercicio que deba realizar, la integración de la familia y la incorporación a **grupos de autoayuda** para el manejo del padecimiento, son elementos indispensables para el buen control de la enfermedad. Para cumplir con estas actividades, se rediseñó la estrategia de “acciones vinculadas” entre clínicas de medicina familiar y unidades operativas de prestaciones sociales. A la nueva propuesta se le denominó servicios de enlace. La cual vincula la atención médica con la prevención de servicios sociomédicos para realizar las actividades anteriormente señaladas, de forma que los pacientes adquieran estilos de vida más sanos, asimismo para fomentar la participación individual y la colaboración de la familia y la comunidad en el manejo de la enfermedad<sup>164</sup>, fundamentado en el enfoque de educación para los adultos.<sup>165</sup>

Los grupos de autoayuda son un medio práctico de hacer llegar mensajes educativos a conjuntos de personas con necesidades de informaciones comunes. Son útiles para mejorar la motivación de las personas, en la búsqueda de la solución de un problema. En este grupo de personas comparte un problema, algunos de los

---

<sup>164</sup> Ídem, pp. 65-73.

<sup>165</sup> Ídem, pp. 230.

individuos sirven de estímulo positivo a otros y todos se ven beneficiados por esta dinámica. Los grupos son guiados casi siempre por individuos no-profesionales y no directivos.

Estos grupos de autoayuda tienen como objetivo lograr en los pacientes con obesidad, hipertensión arterial y diabetes, entre otros, que tengan un cambio en los estilos de vida para mejorar el nivel de salud, de tal manera que se fortalezca: la modificación de los hábitos alimentarios, de la actividad física, elevar la proporción de pacientes controlados, así como disminuir la proporción de estas enfermedades antes mencionadas, mejorar el nivel de bienestar psicosocial, la satisfacción del usuario y la satisfacción de los prestadores de servicios.

Los grupos de autoayuda buscan vincular y apoyar la comunicación entre los integrantes de un grupo y el equipo de salud, de tal manera que se permita la retroalimentación, compartir experiencias para ayudar a vencer temores, que cada integrante del grupo se conozcan y se evalúe, así como que se logre el estímulo y fortalezca la actividad grupal.

Tiene además, la posibilidad de la reflexión colectiva en la resolución de problemas compartidos, el apoyo y la presión de ambos para promover el cambio hacia conductas más saludables y el intercambio de experiencias entre miembros de diversos niveles de conocimientos y de tiempo de vivir con la enfermedad.<sup>166</sup>

---

<sup>166</sup> Alpizar, M., *op. cit.*, pp. 558-558.

Lo importante de estos grupos es que los pacientes asistan convencidos a las sesiones, que conserven su autonomía, que aprendan a valerse por sí mismos el máximo tiempo posible, ya que al aumentar su autoestima e identificar sus redes de apoyo. –su familia y el equipo de salud-, su participación se reflejará en el autocuidado de su salud.

Con esta estrategia se pretende favorecer la rehabilitación social de las enfermas, que le permita su desarrollo, y facilite la relación entre pacientes, familiares y representantes del equipo de salud, especialmente del médico familiar, al ponerse en contacto para que intercambien experiencias, se fortalezcan y se apoyen mutuamente.<sup>167</sup>

Esta actividad permite compartir los conocimientos ya existentes en algunas personas, reforzando la autoestima del grupo y facilitar la definición de objetivos, metas individuales y grupales.

Es necesario tener claro que los médicos familiares pueden llegar a ser expertos en el manejo de padecimientos crónicos como la obesidad, la diabetes o la hipertensión arterial, pero, sólo los pacientes pueden ser expertas en la dirección de sus propias vidas.<sup>168</sup>

Uno de los motivos de atención fue seleccionado debido a su importante prevalencia entre la población mexicana, su relación con el proceso de cronicidad y disfuncionalidad, la relevancia de acción de prevención y de promoción de la salud

---

<sup>167</sup> García, C., Muñoz, O., Durán, L., Vázquez, F., *op. cit.*, pp. 232-233.

<sup>168</sup> Ídem, pp. 235.

en la aparición, evolución y desarrollo de la enfermedad, así como por el incremento del gasto público en salud, debido a la transición demográfica y epidemiológica en México.

Dicha transición está generando un incremento de las enfermedades crónicas asociadas al proceso de envejecimiento, y por tanto, nuevas situaciones personales, familiares y comunitarias, con un cambio, una demanda de atención integral a la salud que incluya, no solo los aspectos físicos de la enfermedad, sino también en aspectos psicológicos y sociales relacionados con la pérdida de la salud personal.<sup>169</sup>

El concepto de medicina familiar se puso en práctica en Inglaterra en 1948, al implantarse el Servicio Nacional de Salud y establecerse que la medicina general era una forma de práctica médica que debería de fomentarse en principio de orden general y en estudios de posgrado. Después de varios intentos en 1952 se inició el primer programa académico de posgrado con duración de 3 años, dirigido a la formación de los médicos generales.

La formación del Colegio Canadiense de Médicos Familiares de 1954 constituyó otro antecedente importante, en la pretensión de una práctica médica generalista. Dicho organismo fue creado para garantizar la capacitación adecuada en los médicos generales de ese país.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se propuso desarrollar el sistema médico familiar en 1954, sin embargo tropezó con varios obstáculos y fue hasta 1959

---

<sup>169</sup> Ídem, pp. 86.

cuando se logro implantar con el propósito de brindar atención médica a niños y adultos. La división de la población en esos sectores se hizo en la búsqueda de una relación más efectiva y de confianza entre médico y paciente, en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales.

En América Latina. México fue el primer país que inicia el programa de residencia de Medicina Familiar el 1 de marzo de 1971, en la clínica 25 del IMSS, en la Ciudad de México con un total de 30 alumnos: la duración del curso era de dos años. En 1974 se obtuvo el reconocimiento universitario como curso de posgrado por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

### **La misión del médico familiar**

El médico familiar es el médico especialista que otorga la atención integral a, oportuna y continua en el proceso de salud enfermedad del individuo y su familia, con un enfoque preventivo y de riesgo, para mantener y/o recuperar la salud con un alto sentido humanista, apegado a la ética profesional, bajo una solida conciencia social, en el primer nivel de atención.

Las acciones del médico familiar se diferencian de las otras especialidades por la forma de abordar la problemática de salud, por la oportunidad y amplitud de sus conocimientos y por las acciones terapéuticas que realiza.

El área de trabajo del médico familiar lo constituyen las unidades de medicina familiar y demás áreas del primer nivel de atención, así como el domicilio del

paciente, lugar donde lleva a cabo sus funciones con los integrantes del núcleo familiar y constituye el acceso del sistema de atención médica.

En el primer nivel de atención es el responsable directo de la atención integral y continua de todos los miembros de la familia, tanto en el estado de salud como en el de enfermedad.

El médico familiar entra en el sistema de control entre lo que se debe y no se debe hacer. Tal situación va minando la moral y el compromiso, ya que da lo mismo hacer las cosas con despreocupación que realizarlas con acuciosidad y compromiso, lo que implica menos esfuerzo suele dominar en la conducta colectiva. Así las cosas, en el IMSS los ambientes donde trabajan los médicos familiares están estancados en una rutina perversa, de tal manera considerando que la medicina familiar que se aprende no es la medicina que se hace, la formación del médico familiar, difícilmente puede escapar de ese ambiente laboral mecanizado, satanizado y burocrático.

Perspectivas. Cuando la educación impulsa a los alumnos, a reflexionar sobre su propia experiencia, a dudar o a cuestionarla, es decir a interrogarse a cerca de qué, el cómo, el porqué, se va llevando por un camino de búsqueda e indagación donde surgen alternativas a los usos y costumbres que pueden ponerse a prueba.<sup>170</sup>

Para poder explicar los motivos del trato que reciben las pacientes con obesidad por sus médicos familiares y hacer un análisis del sistema de salud que las atiende, y las consecuencias que resultan de ello, se tendrán que comprender lo que

---

<sup>170</sup> Ídem, pp. 145-151.

ya ha sido mencionado, las debilidades y las fortalezas del Sistema de Salud en México que atienden a la mayoría de la población y sobre todo del sistema de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Como una muestra de los daños a la salud que se desarrollan libremente desde hace dos décadas, tenemos que la primera causa de mortalidad en México, es la diabetes Tipo 2 con más de 70,000 fallecimientos anuales, además de ser el padecimiento de mayor costo en la atención médica en todos los niveles de atención. La segunda causa de muerte, son los padecimientos isquémicos del corazón con más de 55,000 muertes por año y en tercer lugar las enfermedades cerebro-vasculares, con más de 27,000 defunciones. Reiteramos que los anteriores daños, en su mayoría coexisten o se originan con un estado de obesidad sin control, que afecta mayormente a las mujeres en las edades de más de cincuenta años.

### **La calidad como un fenómeno de nuestro tiempo**

La calidad es inherente al ser humano, lo que considera mejor para él, lo que se identifique con su dignidad, lo más cercano a su comodidad, y lograr un estado de plenitud.

Tener acceso a la atención médica es un derecho, por lo que ésta, debe ser con calidad. Los médicos y el Estado consideraron que las comunidades con escasos recursos económicos, debían ser atendidas, no sólo como un acto de caridad, sino como un deber legal y humanitario que debía establecerse en las leyes.

La calidad de la atención médica está ligada a un deber ético, a los juramentos y a una necesidad de la sociedad. La atención a la salud es un merecimiento de cualquier persona. Sin embargo, el demérito de la calidad ha sido la institucionalización de la medicina, la cual proporciona una asistencia masiva para resolver la demanda sin importar la calidad.

De pronto, se exige de manera oficial, y con sentido normativo que las instituciones de salud proporcionen atención médica de calidad. Cuando la estructura está hecha para resolver la productividad. Lo que requiere un giro de 180 grados, lo cual, es muy complicado, al modificar la cultura organizacional y las actitudes, que tienen una estructura administrativa sin la sensibilización para el cambio y mucho menos para contemplar la participación de fundamentales aspectos bioéticos como la dignidad, la autonomía y la responsabilidad.

El concepto de calidad ha evolucionado: Control de calidad, aseguramiento de la calidad, control total de calidad, mejora continua de la calidad, no son cambios fortuitos sino a la depuración del concepto y de sus programas aplicativos, en sentido de mayor respeto y atención a las personas. Un sistema diseñado a dar productividad no puede cambiar de un día a otro sus procedimientos. Los servicios se encuentran saturados, la demanda de atención médica no se ha podido regular, no ha podido someterla a control por medio de métodos preventivos y de fomento a la salud, sino que está saturada por la cantidad no importando la calidad, el número de atención de pacientes, de 20 a 30 por jornada, los horarios, y el paciente que no elige a su médico, hay una falta de instrumentación técnica de calidad, no hay una cultura de la



calidad, los procedimientos de evaluación del desempeño según Deming (la tercera enfermedad mortal en una organización),<sup>171</sup> se ha perdido el concepto de Cortés Gallo; el acto médico como un acto moral.<sup>172</sup> Modificar la estructura tiene un alto costo, no se puede adecuar con ajustes sino que necesita “cirugía mayor”.<sup>173</sup>

La calidad de la atención médica incluye a la bioética, la calidad y la calidez es una redundancia si está incluida en una base de reflexión ética, la calidad comprende de manera implícita una atención humana con calidez.

El sustrato y la finalidad del acto de atención por el personal de salud es: El trato de un ser humano en auxilio a otro ser humano en desgracia, por tanto, debe darse con todas sus consideraciones.

Nuestra pregunta entonces es: ¿Cómo evaluar los aspectos bioéticos dentro de la calidad de la atención médica?: debe hacerse con base a los indicadores objetivos, hechos concretos que nos traduzcan lo subjetivo como el tiempo de espera nos dice, que en un tiempo prolongado, afecta la dignidad y el valor de responsabilidad no está haciendo bien aplicado por las instancias o las personas responsables, además que el riesgo de espera o la menor oportunidad puede afectar el estado de salud de la persona.<sup>174</sup>

---

<sup>171</sup> Walton, M., *Como Administrar con el Método Deming*, Ed. Norma, 1992, pp. 41

<sup>172</sup> Cortes, G., G., *El acto médico como acto humano moral*, México, Rev. CONAMED, Vol. 11 Núm. 3, Jul-Sept, 2005, pp. 12-15.

<sup>173</sup> Domínguez, O., *Bioética y la Calidad en la Atención Médica*, Ed. Distribuidora Editorial Mexicana S.A. de C.V., México, 2008, pp. 30.

<sup>174</sup> Ídem, pp. 29-30.

En conclusión. Las debilidades del sistema nacional de salud y particularmente del I.M.S.S son:

El modelo no responde a las necesidades, la dispersión de esfuerzos hace más difícil su control, no dan prioridad a las acciones de fomento de la salud, no hay vinculación de la bioética con los procesos de calidad en la atención médica, no se respetan las políticas de salud, no hay un debido cumplimiento operativo de las disposiciones en materia de salud. Ni el mínimo acatamiento (Las Normas Oficiales Mexicanas), las políticas no está entrelazadas, ni vinculadas con otras políticas de salud, todo lo anterior hace un sistema claramente débil. Con una atención deficiente, trato diferente al esperado. Que además, en los datos recolectados en las encuestas, nos da claridad de cómo se sienten las pacientes al ser tratadas por los médicos familiares. No se tratan en forma integral, el equipo de salud no está interrelacionado y no existe referencia ni contra referencia de las pacientes enviadas a nutrición, no se realizan grupos de autoayuda, para tener una adherencia al grupo y de esa forma poder tener los apoyos para su mejoría.

Finalmente, la calidad como fenómeno de nuestro tiempo, inherente al ser humano, que siempre se ha deseado lo que se considera mejor para él, lo que se identifique con su dignidad, lo más cercano a su comodidad y a un estado de plenitud.

## **Capítulo VI. Resultados, conclusiones del estudio, y propuesta bioética para resolver la atención de las pacientes con obesidad**

### **Resultados del estudio**

Los resultados se realizaron en base al análisis de contenido, esta es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de manera objetiva y sistematizada (Berelson, 1971). En 1980 Krippendorff refiere que es una técnica de investigación para hacer inferencias válidas y confiables de los contextos.

Esta técnica es útil para analizar los procesos de comunicación, que se puede aplicar virtualmente a cualquier forma de comunicación, también es útil para analizar la personalidad de alguien, conocer las actividades de un grupo de personas mediante el análisis de sus expresiones verbales o escritas, indagar sobre sus preocupaciones o averiguar sus intenciones.<sup>175</sup>

Para conocer los resultados debemos responder a la pregunta que nos hicimos en un principio: ¿El trato que reciben las pacientes con obesidad de la Asociación de Jubilados del IMSS por su médico familiar en la consulta externa contribuye a resolver el problema de la obesidad?

La respuesta es: el trato que reciben las pacientes con obesidad de la Asociación de Jubilados del IMSS por su médico familiar en la consulta externa no contribuye a resolver el problema de la obesidad.

---

<sup>175</sup> Hernández, R. C., Fernández, P., B., *op. cit.*, pp. 412

La respuesta que se dió anteriormente es por la serie de testimonios descritos y argumentados en los casos del trato que reciben las pacientes con obesidad por los médicos familiares en la consulta externa y afirmado ese maltrato por ellos mismos.

Para llevar a cabo el estudio, primero se ubico el lugar y el escenario que se deseaba estudiar, se identifico el grupo de los involucrados con quien se llevaría a cabo la investigación.

Demostrando que la población mayor de La Asociación de Jubilados del IMSS es entre 55 y 60 años de edad, su población es con un grado alto de obesidad en hombres 34.6% y en mujeres el 43.3 %, esto revela que las mujeres padecen obesidad más que los hombres y que esta enfermedad aumenta con la edad, como lo refieren la estadística internacional y nacional.

Se analizaron los cinco casos de las mujeres mayores de edad con obesidad, las cuales desearon colaborar en la investigación, tenían diferentes grados de escolaridad, una solo tenía secundaria, dos tenían secundaria y comercio, otra era enfermera auxiliar y la última tenía licenciatura en enfermería general. Todas mayores de edad jubiladas del IMSS, contaron con diagnóstico médico de obesidad por el método de Quetelet o de IMC mayor de  $30 \text{ Kg/m}^2$ .

Revelan que la obesidad no respeta niveles socioeconómicos, multifactorial, que contribuye la herencia, la edad, educación, los estilos de vida, el sedentarismo, la falta de ejercicio físico, la alimentación rica en carbohidratos y grasas animales, el estrés, la angustia, ansiedad, baja autoestima, frustraciones entre otra.

Son víctima de estigmatización por la familia; la pareja, los hijos la sociedad y por los servidores de la salud en especial por el médico familiar. Las tachan de gordas, feas marranas, su pareja las maltrata física y psicológicamente, las desprecian, son forzadas a tener relaciones sexuales y en ocasiones violadas.

Se sienten devaluadas, con pobre autoestima, agredidas, sienten pérdida de su dignidad, víctimas de maleficencia, de injusticia y no les favorece la beneficencia.

Sufren las consecuencias tanto de la obesidad como del maltrato, con dolores de rodillas, dolores musculares, cansancio, fatiga, dolor torácico, falta de aire, alteraciones metabólicas, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, entre otras.

Las respuestas de los médicos familiares son que existe un vacío de legalidad, una pobre organización de trabajo, que permite ese trato a las mujeres con obesidad.

En los servicios de salud y en especial el médico familiar las discrimina por ser obesas, las regañan continuamente, las tachan de “*gordas*” por no tener fuerza de voluntad para bajar de peso y las envían con la dietista o con la nutrióloga (o) para el control de peso, el médico familiar no las ve en forma integral, refieren que no les dan las herramientas suficientes para bajar de peso, si acaso, da recetas o dietas iguales para todas, cuando las tratan bien es porque él médico también es obeso, Uno de los problemas que notan las pacientes es que el médico familiar tiene mucha gente, las ven en 5 o 10 minutos, porque las autoridades, los presionan para cubrir metas, sólo les importa la cantidad y descuidan la calidad. No tienen el tiempo suficiente para responder a las preguntas sobre su obesidad o las técnicas para bajar

de peso. Y cuando contestan es para decirles, *que se dedique con la (el) dietista, ellos solo se abocan a las consecuencias de su salud* (control de la diabetes tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad metabólica, insuficiencia vascular, alteraciones, dislipidemias, alteraciones ginecológicas entre otras).

Este estudio es una aproximación del problema del maltrato que sufren la pacientes con obesidad de la Asociación de Jubilados y Pensionados del IMSS. Cada caso que se registra es único, con similitud y consideraciones en el maltrato en la familia; con su pareja, los hijos, la sociedad y por el médico familiar que las atienden. No se pretende hacer una generalización, sino se trata de hacer una aproximación del estudio del fenómeno complejo del maltrato de estas mujeres, y nos permite conocer el conjunto de realidades que derivan del maltrato que viven cotidianamente dichas mujeres jubiladas y pensionadas con obesidad con serias repercusiones para su salud.

Es necesario aclarar que el diagnóstico de obesidad se puede hacer por cualquier médico familiar que esté relacionado con la enfermedad. El desconocimiento de la enfermedad por el personal de salud aún por el médico familiar ha ocasionado un mayor daño emocional y físico a las pacientes con este padecimiento, en caso de hacer diagnósticos equívocos o señalamientos deliberados, que las pacientes con obesidad son conflictivas y que tiene severos problemas emocionales.

Es importante reconocer que a medida que las pacientes con obesidad conozcan más del tema de obesidad en su vida personal, entenderá el proceso de la enfermedad, y sabrán participar y aprenderán a vivir con su enfermedad.

La revisión de los casos de las mujeres con obesidad nos obliga a que todos nos debemos hacer responsables del sufrimiento que provoca y que también debemos evitar prolongar ese sufrimiento.

### **Conclusiones del estudio.**

Las conclusiones a las que llega este estudio, expresadas someramente son:

1. Las pacientes con obesidad no son bien vistas ni por su familia, ni por la sociedad. Expresando así, una manifestación de violencia de género.
2. Se agrega a lo anterior el maltrato que reciben de los Servicios de Salud, principalmente por su médico familiar.
3. Pretextando múltiples ocupaciones. Además de la exigencia de sus superiores para ver y tratar el mayor número de pacientes en el menor tiempo posible.
4. Los médicos, con frecuencia ignoran el estado de ánimo (autoestima) de las pacientes con obesidad, sin interesarse por la depresión con que llegan al consultorio, después de haber sido ofendidas y ultrajadas en sus casas por sus parejas y sus hijos.
5. El estado de obesidad de estas personas, objeto de nuestro estudio, es muy elocuente. Con todo el riesgo para padecer graves consecuencias, como presión arterial alta, diabetes, dislipidemias y artropatías entre otras enfermedades.

6. El maltrato a las mujeres con obesidad, es un factor muy importante para favorecer las complicaciones antes mencionadas.
7. Lo anterior las predispone a ser estigmatizadas y agredidas en sus principios y valores (libertad, dignidad, autonomía)
8. El principio de responsabilidad, se aprecia muy deficiente, tanto en la organización institucional como en la atención del médico familiar, quien no asume su responsabilidad para otorgar una atención integral.
9. Se da una grave repercusión en déficit de responsabilidad, por parte de las pacientes, quienes frecuentemente pierden adherencia al tratamiento.

### **Propuesta bioética para resolver la atención de las pacientes con obesidad**

Los ejemplos observados del maltrato a las pacientes con obesidad por su familia, la sociedad y por sus médicos familiares son diversos y multifactoriales, sin embargo se puede afirmar que intervienen aspectos culturales, sociales, económicos, de educación y físicos para que se dé el maltrato, además de las políticas Institucionales que están sostenidas por la complejidad.

Los cinco casos muestran que existe insatisfacción de las pacientes con obesidad por la atención que reciben por parte del médico familiar del IMSS. Así también de sus familiares y de la sociedad.

Las relaciones humanas y de trabajo son temas complicados por la interacción de la diversidad cultural que ello implica. En el caso de esta investigación se



conjugan además, una serie de aspectos como son: los sentimientos, frustraciones, e ideas.

La propuesta que se plantea consiste en aspectos concretos y factibles para mejorar el desempeño de los médicos familiares ante las pacientes con obesidad, y tiene dos opciones con el **común denominador de la capacitación específica en bioética para los médicos familiares:**

#### OPCIÓN A.

- Ampliar el tiempo de consulta del médico familiar para atender integralmente a las pacientes con obesidad. Y de esa forma elevar la calidad de la atención, eliminando el mal trato, mejorando la adherencia terapéutica limitando así, las numerosas complicaciones.
- Proporcionar de manera ineludible una capacitación específica en bioética y para la formación y desarrollo de grupos de autoayuda a los médicos familiares.
- Apoyar las acciones del médico con el fortalecimiento de los grupos de autoayuda.

#### OPCIÓN B.

- En caso de no poderse ampliar el tiempo de consulta, centrarse en la formación y desarrollo de grupos de autoayuda: Si no hay grupos de autoayuda integrarlos, si ya existen fortalecerlos, con una evidente disponibilidad para llevarlos a cabo. Es decir, impulsar el cambio de estilo de vida por medio de los grupos de autoayuda.

- Esta opción, por supuesto involucra la capacitación específica en bioética y en la formación y desarrollo de grupos de autoayuda, no sólo para los médicos familiares, sino ampliando esta capacitación al personal de salud, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos.

## **Bibliografía**

1. Gracia, D., *Fundamentos de la bioética*, Ed. Búho LTDA, México, 1989.
2. Gracia, D., *Bioética clínica, Aspectos bioéticos de la medicina*, El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 71-74.
3. Villalpando, J. J., Ferreira, E., *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, con el tema Fomentemos el trato digno al paciente y su familia*, México, Segunda Época, 2007, pp. 239-240.
4. Domínguez, O., *Bioética, objeción de conciencia en los servicios de salud*, México, Distribuidora y Editora Mexicana S. A. de C. V., 1999, pp. VIII.
5. Domínguez, O., *Bioética y la Calidad en la Atención Médica*, México, Distribuidora Editorial Mexicana S.A. de C.V., 2008, pp. 26.
6. Gracia, D., *Profesión médica, Investigación y Justicia Sanitaria*, México, El Búho, 1ª. Edición, 1998, pp. 57.
7. Luna, I., *Avances en Psiquiatría Biológica*, Vol. 8, México, 2007, pp. 58-59.
8. Ídem, pp.73.
9. Alpizar, M., *Guía para el Manejo Integral del Paciente Diabético*, México, Alfil, 2008, pp. 7, 14-19.
10. Luna, I, *op. cit.*, pp. 70-74.
11. Villalpando, J. J., *op. cit.*, pp. 239.

12. Papalia, D. E. & Wendkos, O. S., *Desarrollo Humano*, México, Mc Graw Hill, 4ª edición, 1992.
13. Luna, I., *op. cit.*, pp. 60-65.
14. Sepúlveda, J., Olaiz, G., Rojas, R., Barquera, S., *et. al. Encuesta Nacional 2000*, México, Instituto Nacional de Salud, 2003, pp. 37.
15. Sepúlveda, J., Olaiz, G., Rojas, R., Barquera, S., *et. al.*, *Encuesta Nacional 2000*, México, Instituto Nacional de Salud, 2006, pp. 77.
16. Alpizar, M., *op. cit.*, pp. 11-14.
17. Luna, I., *op. cit.*, pp. 73-74.
18. Ídem, pp. 54.
19. Ídem, pp. 63.
20. Falcón, H., *Historia de la obesidad en el mundo*, Monografía, Universidad Latino Americana, 2009, pp. 4
21. Morín, R., *Obesidad y sexualidad. Academia de la Voz de los expertos*, Rev. Trabajo Social No. Dieciocho, México, 2008, pp. 5
22. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, *Para el Manejo Integral de la Obesidad*, México, 1998.
23. Castro, A., *Epidemiología de la obesidad en México*, Universidad Autónoma de Guadalajara A. C., México, 2008, pp. 1.
24. Falcón, H., *op. cit.*, pp. 9.

25. Alonso, A., *Alimentación y nutrición a través de la historia*, Ed. Glosa, Barcelona, 2005. pp. 326-331.
26. Falcón, H., *op. cit.*, pp. 9, pp. 15.
27. Castro, A., *op. Cit.*, pp. 1.
28. Falcón, H., *op. cit.*, pp. 25
29. Srunkand, A. J., LaFleur, W.R., Wadden, T.A., *Estigrnatization of obesity medieval times*, Int Jobes Relat Matab Disord, Asia and Europe, 1998, pp. 22,41,44.
30. Gómez, H. D., Vázquez, J. L. M., Fernández, S. C., *Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS*, Rev. Med. IMSS. 42 (3), México, 2004, pp.241.
31. Alpizar, M., *op. cit.*, pp. 1.
32. Ídem, pp. 5.
33. Sepúlveda, J., *op. cit.*, 2003, pp. 37.
34. Sepúlveda, J., *op. cit.*, 2006, pp. 77.
35. Garaulet, M., Puy, M., Pérez, F., Cuadrado, C., Leis, R., Moreno, M. de J., *Obesidad y ciclos de vida del adulto*, Rev. Esp. Nutr. Comunitaria, 2008; 14(3): 150-155.
36. <http://articulos.estudiame.com/2010/08/31/cobertura-de-la-cirugia-para-gordura-morbida-por-la-aseguradoras/> se consulto el 14 de octubre 2010.
37. <http://articulos.estudiame.com/2010/08/31/cobertura-de-la-cirugia-para-gordura-morbida-por-la-aseguradoras/>. Consultado: 14 de octubre 2010.

38. <http://articulos.estudiame.com/2010/08/31/cobertura-de-la-cirugia-para-gordura-morbida-por-la-aseguradoras/>. Consultado: 14 de octubre 2010.
39. <http://articulos.estudiame.com/2010/08/31/cobertura-de-la-cirugia-para-gordura-morbida-por-la-aseguradoras/>. Consultado: 14 de octubre 2010.
40. Alpizar, M., *op. cit.*, pp. 26-27.
41. García, C., C., Muñoz, O., Durán, L., Vázquez, F., *La Medicina Familia, en los albores del siglo XXI*, Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2006, pp. 225.
42. Alpizar, M., *op. cit.*, pp. 65.
43. Ídem, pp. 28.
44. Taddei, S., Ghiadoni, L., Salvetti, G., Viridis, A., Aalvetti, S., *Obesity and endothelial dysfunction*, *G. Ital Cardio*, 2006; 7 (11): 715-723.
45. Romero, C. E., *El síndrome metabólico*, *Rev. Med. Urug*; 2006. 22: 108-121.
46. López, A. J. C., González, G. L. T., *Enfermedades Asociadas a la Obesidad*, *Revista de Endocrinología* vol. 9. No.2., Abril-Junio 2001, pp. 77-85.
47. Dynnik, M. A., Lovchuk, M.T., Kedrov, B. M., Mitin, M. B. y Trajtenberg, O. V., *Historia de la filosofía*, Grijalbo S. A., Trad. Rusa, Sánchez, A. V., México, Grijalbo S. A., 2008, pp. 137.
48. Ferrer, J. J., Álvarez, J. C., *Para Fundamentar la Bioética*, Universidad pontificia, Comillas-Ed. Desclée De Brouwer, Madrid, 2003, pp. 21-24

49. Ídem, pp. 24.
50. Ferrer, J. J., Álvarez, J. C., op.cit., pp. 25-37.
51. Dynnik, M. A., Iovchuk, M.T., Kedrov, B. M., Mitin, M. B. y Trajtenberg O. V. *op. cit.*, pp. 115.
52. Kant, Kant, M., *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres Crítica de la razón práctica y la paz perpetua*, México, Porrúa, Decima quinta, 2007, pp. 48-49.
53. Boladeras, M., 1999, *Bioética, Deontología Médica*, Ed. Síntesis, Thémata, Madrid, 1999, pp. 223- 224.
54. Ídem, pp. 223-225.
55. Engelhardt, T., Arias, I. y Cols, *Los fundamentos de la bioética*, Paidós, Barcelona, 1995, pp. 108.
56. Boladeras, M., *op. cit.*, pp. 223-228.
57. Gracia, D., *Profesión médica investigación y justicia sanitaria, Ética y responsabilidad profesional*, Colombia, El búho LTDA, 1998, pp. 39-57.
58. Boladeras, M., *op. cit.*, pp. 7-8.
59. Stephen, G. Post., *Encyclopedia of bioethics*, 3ª. Ed., Nueva York, 2004.
60. Boladeras, M., *op. cit.*, pp. 7-13.
61. Kant, M., *op. cit.*, pp. 48.
62. Ídem, pp. 48-49.
63. Gómez, P.V., *La dignidad*, Ed. Paidós, México, 1995, pp. 31

64. Kant, M., *op. cit.*, pp. 53-57.
65. Ídem, pp. 201.
66. Gracia, D., *Fundamentos de la bioética*, Ed. Búho LTDA, México, 1989.  
[www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm](http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm). Consultado: 10 de octubre 2010.
67. Beauchamp, T., Childress, J., *Principles Of Biomedical Ethics*, Oxford, Fifth Edition, New York, 2001, pp. 57-205
68. Gracia, D., *Fundamentos de la bioética*, Ed. Búho LTDA, México, 1989, pp. 7, [www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm](http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm). Consultado: 10 de octubre 2010.
69. Idem.
70. Casado, A., *Bioética para legos, Una introducción a la ética asistencial*, Ed. Plaza y Valdés, Madrid-México, pp.32.
71. [html://file:/BIOETICA/fundamentacióndeLaBioéticadeDiegoGracia.Mht](http://file:/BIOETICA/fundamentacióndeLaBioéticadeDiegoGracia.Mht), 1989, pp. 7. Consultado 10 sept. 2010.
72. Casado, A., *op. cit.*, pp.32
73. [html://file:/BIOETICA/fundamentacióndeLaBioéticadeDiegoGracia.Mht](http://file:/BIOETICA/fundamentacióndeLaBioéticadeDiegoGracia.Mht), 1989, pp.7. Consultado 10 sept. 2010.
74. Couceiro, A., *Informe Belmont, en Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid, 1999, 313-318.



75. <html://file:/BIOETICA/fundamentacióndeBioéticaDiegoGracia.Mht>, 1989, pp. 7-8. Consultado 10 sept. 2010.
76. Gracia, D., *Profesión médica, Investigación y justicia sanitaria*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 39.
77. Campus, Victoria., *Una Vida de Calidad, Reflexiones sobre bioética*, Ares y Mares, Barcelona, 2001, pp.103-104.
78. Gracia, D., *Profesión médica, Investigación y justicia sanitaria*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 40-41
79. Gracia, D., *op. cit.*, pp. 50.
80. Santos, D. A., *La comunicación médico-paciente*, II Congreso Nacional de Bioética, Memorias, Comunicación Nacional de Bioética, México, 1991, pp. 256-262.
81. Gracia, D., *Profesión médica, Investigación y justicia sanitaria*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 41-44.
82. Ídem, pp. 45-54.
83. Ídem, pp. 54-55.
84. Casado, A., *op. cit.*, pp. 21
85. Ídem, pp. 57.
86. Gracia, D., *Bioética clínica*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 69.
87. Ídem, pp. 70.

88. Ídem, pp. 78-79.
89. Gómez, L. V., Gómez L. E., *El consentimiento informado en el Hospital de Ortopedia Victorio de la Fuentes Narváez*. II Congreso Nacional de Bioética, Memorias, Comunicación Nacional de Bioética, México, 1991, pp. 454.
90. Gracia, D., *Bioética clínica*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 77-79.
91. Gracia, D., *Bioética clínica*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 82-83
92. Ídem, pp. 82-83.
93. Gracia, D., *Ética de los confines de la vida*, Ed. El búho LTDA, Colombia, 1998, pp. 237-239.
94. Ídem, pp. 237-247.
95. Rosas, P. M., Lara, E.A., Pastelin, H. G., et al., *Re-encuesta Nacional del Hipertensión Arterial (RENAHTA) Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgos Cardiovasculares. Cohorte Nacional de Seguimiento*, Rev. Arch. Card. Méx., México, 2006, 75. (1): 96-111.
96. Domínguez, O., *Bioética y la Calidad en la Atención Médica*, Ed. Distribuidora Editorial Mexicana S.A. de C.V., México, 2008, pp. 37-40.
97. Ídem, pp. 47-49.
98. Jiménez, A., C., *Estigmatización de la obesidad*, Universidad de baja California, México, 2008, pp. 1-2.

99. Mirandola, P., *Oración on the dignity of man*, Gateway Edition 95, Chicago, Sixth printing, 1971.
100. Kant, M., *op. cit.*, pp. 53.
101. Domínguez, O., *Bioética y la Calidad en la Atención Médica*, Ed. Distribuidora Editorial Mexicana S.A. de C.V., México, 2008, pp. 53-55.
102. Fromm, E., *El miedo a la libertad*, Paidós, México, 2004, pp. 148.
103. Morín, R., *Obesidad y Sexualidad*, Academia la Voz de los Expertos, Revista Trabajo Social número dieciocho, México, UNAM, 2008.
104. Godina, C., *La teoría de género en la perspectiva fenomenológica del cuerpo vivo*, UNAM, México, 2008.
105. Cazés, D., *La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*, México, 2000, pp. 20-21
106. Monsiváis, C., *Debates feministas No. 10 En cuero: Diferencias sexuales y Género*, México, 1994.
107. Cazés, D., *op. cit.*, pp. 20.
108. [www.stjteresianas.pcn.net/.../Teoría de Género. Mujeres que teje la vida](http://www.stjteresianas.pcn.net/.../Teoría de Género. Mujeres que teje la vida), San José Costa Rica. Consultado: 2 de octubre 2010.
109. Del Campo, A.M. N., *El Sistema Patriarcal, Desencadenante de la Violencia de Género*, 2009, pp.4 <http://www.amnistia-infantil.org/laignoranciaesatrevida.pdf>. Consultado: 31-03-2011

110. [www.stjteresianas.pcn.net/.../Teoría de Género. Mujeres que teje la vida](http://www.stjteresianas.pcn.net/.../Teoría de Género. Mujeres que teje la vida), San José Costa Rica. Consultado: 2 de octubre 2010
111. Ídem.
112. Izquierdo, M. J., *Estructura y acción en la violencia de género*, Barcelona, pp. 7, <http://www.moviments.net/espaimarx/docs/aa486f25175cbdc3854151288a645c19.pdf>, Consultado: 31-03-2011
113. [www.stjteresianas.pcn.net/.../Teoría de Género. Mujeres que teje la vida](http://www.stjteresianas.pcn.net/.../Teoría de Género. Mujeres que teje la vida), San José Costa Rica., Consultado: 2 de octubre 2010.
114. Cazés, D., *op. cit.*, pp. 110-111.
115. Luna, F., Arleen, S., *Mujeres en América: Algunos desafíos éticos*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2008, pp. 417-429.
116. Hirigoyen, M. F., *Mujeres Maltratadas, Los mecanismos de la violencia en la pareja*, Ed. Paidós, México, 2006, pp. 24-55.
117. Castanyer, O., Giocoechea, P., Horno, A., E., Monjas, I., *La víctima no es culpable*, Ed. Descleé de Brouwer, Bilboa, 2009, pp. 55-75
118. Hernández, R. C., Fernández, P., B., *Método de La Investigación, Cuarta Edición*, Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, 2004, pp. 5-24 y 445-446.

119. Taylor, S. J., Bogdan, R., *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, Ed. Paidós, Barcelona, 2008, pp. 19-23.
120. Rodríguez, H., *Bioética y Psicología y Hermenéutica*, ISSN 1657-4702/ Volumen 8/Numero 1/ ed. 14/, pp. 122-123.
121. Villarroel, R., *Bioética hermenéutica*. Facultad de Filosofía y Humanista de la Universidad de Chile, Acta Bioética, Vol. VI, No. 1, Chile, 2000, pp. 145-146.
122. Macías, M.E., Aguirre, R. del B., *Hermenéutica y valoración: alternativas de la Bioética contemporánea*, Humanidades Médicas, Vol. 1, No.1, Enero-Abril. Cuba, 2001, pp. 3-4.
123. Balcázar, P., González, N. I., Gurrola, G. M., Moysén, A., *Investigación cualitativa*, Ed. Universidad Autónoma del Estado de México, México, 2007, pp. 33-34.
124. Balcázar, P., González, N. I., Gurrola, G. M., Moysén, A., *op. cit.*, pp. 57.
125. Hernández, R. C., Fernández, B. P., *op. cit.*, pp. 91, 97.
126. INEGI. 13. *Seguridad Social. Mujeres y Hombres en México*, México, 2007, pp. 314. [www.inegi.org.mx/prod.../bvinegi/.../mujeresyhombres/.../MyH\\_2009\\_4.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod.../bvinegi/.../mujeresyhombres/.../MyH_2009_4.pdf), consultado el 30 de enero 2011.
127. INEGI. *Mujeres y Hombres en México*, México, 2010, pp. 11.

128. Domínguez, O., *Bioética y la Calidad en la Atención Médica*, Ed. Distribuidora Editorial Mexicana S.A. de C.V., México, 2008, pp. 26-31.
129. *Carta de los derechos de los pacientes.*  
[http://www.conamed.gob.mx/interiores\\_2010.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/&destino=cartapacientes.php&seccion=22](http://www.conamed.gob.mx/interiores_2010.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/&destino=cartapacientes.php&seccion=22)  
Última modificación: 6 de Junio de 2008 por la Dirección de Informática. Consultado: 10-enero 2011.
130. *Carta de los derechos de los médicos.*  
[http://www.conamed.gob.mx/interiores\\_2010.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/&destino=cartamedicos.php&seccion=22](http://www.conamed.gob.mx/interiores_2010.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/&destino=cartamedicos.php&seccion=22)  
Última modificación: 6 de Junio de 2008 por la Dirección de Informática. Consultas: 10 enero 2011.
131. *DEONTOLOGÍA MÉDICA Y BIOÉTICA*, [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/deontologia.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/deontologia.pdf), Última modificación: 24 de Agosto de 2010 por la Dirección de Informática.: Consultado 10 de enero 2011.
132. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. México. 1998.
133. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, *Para el Manejo Integral de la Obesidad*, México, 1998.
134. *Código Civil para el Distrito Federal*, Ed. Porrúa, México, 1995, pp. 67-68.
135. García, C., Muñoz, O., Durán, L., Vázquez, F., *op. cit.*, 2006, pp. 44.

136. INEGI.13, Seguridad Social, *Mujeres y Hombres en México*, México, 2007, pp. 371.
137. *INEGI. Mujeres y Hombres en México*, México, 2010, pp. 5.
138. García, C., Muñoz, O., Durán, L., Vázquez, F., *op. cit.*, pp. 94-95.
139. Ídem, pp. 45-48.
140. Ídem, pp. 48-49.
141. Domínguez, O., *Bioética y la Calidad en la Atención Médica*, México, Distribuidora Editorial Mexicana S.A. de C.V., 2008, pp. 26-28
142. García, C., Muñoz, O., Durán, L., Vázquez, F., *op. cit.*, pp. 49-53.
143. Ídem, pp. 57-60.
144. Ídem, pp. 65-73.
145. Ídem, pp. 230.
146. Alpizar, M., *op. cit.*, pp. 558-558.
147. García, C., Muñoz, O., Durán, L., Vázquez, F., *op. cit.*, pp. 232-233.
148. Ídem, pp. 235.
149. Ídem, pp. 86.
150. Ídem, pp. 145-151.
151. Walton, M., *Como Administrar con el Método Deming*, Ed. Norma, 1992, pp. 41.
152. Cortes, G. G., *El acto médico como acto humano moral*, México, Rev. CONAMED, Vol. 11 Núm. 3, Jul-Sept, 2005, pp. 12-15.

153. Domínguez, O., *Bioética y la Calidad en la Atención Médica*, Ed. Distribuidora Editorial Mexicana S.A. de C.V., México, 2008, pp. 30.
154. Ídem, pp. 29-30.
155. Hernández, R. C., Fernández, P. B., *op. cit.*, pp. 412