

## Análisis

Medwave 2013;13(4):e5666 doi: 10.5867/medwave.2013.04.5666

# La salud colectiva para el análisis de la medicina familiar

## Collective health and family medicine

**Autores:** Donovan Casas Patiño<sup>(1,2)</sup>, Edgar Jarillo Soto<sup>(3)</sup>, Georgina Contreras Landgrave<sup>(1)</sup>, Alejandra Rodríguez Torres<sup>(4)</sup>

**Filiación:**

<sup>(1)</sup>Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, México

<sup>(2)</sup>Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Unidad Médico Familiar (UMF) Valle de Chalco, México

<sup>(3)</sup>Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, Departamento de Atención a la Salud, México

<sup>(4)</sup>Instituto Mexicano de Diagnóstico por Imagen (IMDI), Cuernavaca, México

**E-mail:** [capo730211@yahoo.es](mailto:capo730211@yahoo.es)

**Citación:** Casas D, Jarillo E, Contreras G, Rodríguez A. Collective health and family medicine.

Medwave 2013;13(4):e5666 doi: 10.5867/medwave.2013.04.5666

**Fecha de envío:** 19/3/2013

**Fecha de aceptación:** 5/5/2013

**Fecha de publicación:** 22/5/2013

**Origen:** no solicitado

**Tipo de revisión:** con revisión por dos pares revisores, a doble ciego

## Resumen

En México, el espacio social de la práctica clínica ha sido influido en su organización por la toma de decisiones que buscan mejorar los indicadores de salud transformando al paciente en un número. La medicina familiar se ha practicado dentro de los límites de un modelo biomédico institucional donde el proceso salud-enfermedad es visto desde una perspectiva biologicista. Por otra parte, la salud colectiva aborda este proceso desde lo colectivo con reflexiones sociales y biológicas, otorgándole un peso importante a la sociedad. De igual forma, sitúa a la política como determinante de la mejora en salud social vinculando los asuntos políticos como asuntos de salud. La medicina familiar debe ser el eje que atienda las necesidades en salud asociadas a las condicionantes sociales que embargan a cada individuo en su familia, englobando a las colectividades desde una mirada transdisciplinaria y no sólo acotada al perfil biomédico. En este contexto, la salud colectiva brindará aportes teóricos para el debate de la medicina familiar en los próximos años.

## Abstract

In Mexico, the arrangement of clinical practice has been influenced by a decision-making process that seeks to improve health indicators, thus transforming the patient into a number. Family medicine has been practiced within the limits of an institutional biomedical model where the health-disease process is approached from a biologist perspective. On the other hand, collective health understands this process as stemming from the collective sphere and includes social and biological perspectives, giving an important standing to society. Likewise, it puts policy as a determinant in bettering social health bringing together public policy with health matters. Family medicine must become the axis around which health needs are catered to, together with social conditioning factors that affect families and individuals. This leads to a trans-disciplinary approach to communities set free from a mere biomedical profile. In this context, collective health provides theoretical support to the upcoming debate on family medicine.

## Introducción

En el ámbito de la atención primaria dentro del ejercicio profesional de la medicina familiar, si bien el médico utiliza su acervo técnico-científico donde se manifiestan sus competencias adquiridas dentro de las ciencias

biomédicas, también requiere de otras competencias como las que aportan las disciplinas sociales y conductuales. Las mismas que le permitan establecer una adecuada relación médico-paciente-familia y poder brindar una medicina humanista.

En esta relación, el médico se rige por diversos valores que su ética profesional le exige y debe extender más allá su sentido común e interpretar el sentimiento colectivo que se evidencia a través de un individuo: su paciente. En él percibe la esperanza de recuperar el estado de salud o el desaliento ante diagnósticos no favorables, por lo que ¿cómo interpretar expresiones de sentido común? ¿Cómo interpretar un sentimiento colectivo? ¿Cómo discernir entre la desesperanza y el desaliento? Sólo es posible hacerlo desde una perspectiva positivista para quien la objetividad es uno de los elementos más importantes para otorgarle credibilidad científica. Aunque el sentido común no necesariamente es conocimiento científico, está lleno de sentido práctico.

El sentido común es un fondo de evidencias que comparten las personas que garantiza dentro de su universo social el diálogo, el conflicto, la competencia y los comportamientos cotidianos, los cuales manifiestan oposiciones como malo/bueno, válido/inválido, correcto/incorrecto, entre otros. Con ello se garantiza un cierto ordenamiento de la organización de la sociedad, al mismo tiempo que da un orden social. El sentido común actúa como una estructura-estructurante<sup>1</sup>, entonces se trata de observar lo cotidiano para ver el Mundo Operandi.

Se hace necesario observar las interacciones cotidianas de las personas como parte del espacio social, el día a día que converge entre desesperanza y desaliento; observar la realidad institucional del entorno laboral, no sólo los planteamientos formales sino la realidad que opera; no la realidad del discurso oficial sino observar la forma como se realiza la práctica médica en el espacio institucional. La referida práctica médica ha quedado a merced de una realidad en papel, interpretada por el indicador mercantil-institucional. Se ha olvidado de la salud social la cual le dio su origen y es hoy una práctica clínica y asistencia médica que ha pasado a un espacio social con el objetivo final de satisfacer dicho indicador.

El espacio social de la práctica clínica ha sido influido en su organización por la toma de decisiones de los administradores que se basan en mejorar los indicadores de salud. En otras palabras, el administrador en salud no médico de formación priorizará la eficiencia por medio de indicadores y no la eficacia. Los administradores en salud toman cada final de año decisiones en salud a partir de evaluaciones sustentadas en las variables que establecieron, muchas veces alejados de la eficacia del resultado de las actividades de los profesionales de la salud. Cabe mencionar sólo algunos ejemplos claros:

- a) Abatir la tasa de mortalidad materno-infantil, para ello se otorga consulta médica a la embarazada cada 7 días o cada 15 días.
- b) Aumentar el indicador de número de consultas mensuales por médico. Se agendan pacientes cada 5 o 10 minutos.
- c) Para garantizar el número de asistencias médicas al año por médico se ha establecido el bono de productividad.

d) Para disminuir la referencia de pacientes al segundo o tercer nivel, el número de envíos autorizado sólo es de dos por médico por día, independientemente de la patología de base.

e) Para disminuir la prescripción el número de recetas por médico es de dos tipos: manual y electrónica, además de bloquear el acceso electrónico a prescripción de medicamento cuando se requiera de supervisión.

f) En el indicador de "control de paciente" diabético e hipertenso, el número de consultas médicas se ha aumentado a cada paciente pretendiendo con esto garantizar su control.

g) Los minutos de espera en sala se han cambiado por el momento de ingreso del paciente a consulta médica.

h) La mejora de la captura de diagnósticos clínicos se inicia con la nota médica electrónica no importando la eficacia terapéutica, sólo el indicador diagnóstico de cada paciente.

En estos ejemplos el paciente se convierte en indicador, un número. Se reproduce así una práctica médica institucional, la cual determina códigos y significados dentro de las instituciones de salud y se establece una estructura que le confiere complejidad.

La preeminencia del cumplimiento de indicadores de desempeño ha adquirido mayor presencia a partir de los procesos de reforma en el sector salud iniciados con las políticas gestadas desde el neoliberalismo. Esto puede constatarse en países como Colombia y Chile, donde esta práctica se erigió en forma hegemónica y muchas veces el apego a programas o lineamientos que maximizaron el beneficio ha producido un habitus médico deformado, no siempre dirigido a los principios de capacidad resolutive en la intervención técnica y científica de la práctica de los profesionales con una mirada en la acción humanista para ser mucho más cercano a los valores de desempeño dominados por el mercado de servicios médicos.

No cabe duda que hoy día se toman decisiones operativas para mejorar el desempeño, con mirada centrada en indicadores. Pero se olvida que en el espacio social, en este caso las instituciones de salud, se procede con mucha mayor complejidad lo que incluye otros elementos como la reproducción médica. Ésta se ha transformado en una producción mecanizada-acrítica para satisfacer el cumplimiento de los indicadores en salud, una situación que se ha convertido en una forma de dominación institucional, basada en relaciones de producción de los servicios de salud. No se piensa que está en disputa el prestigio médico, el reconocimiento médico, la confianza en el médico institucional, la fe al médico, el ethos médico, la vocación médica. Y si se omite ese reconocimiento en este espacio social, el facultativo continuará perpetuando su práctica médica institucionalizada de una manera de modelo hegemónico impuesto por la institución de salud, otorgando reconocimiento irracional a las relaciones de producción establecidas entre el médico, el paciente y la institución médica, perpetuando un imaginario patológico.

Por la complejidad que encierra un problema de este tipo, debe ser comprendido y analizado fuera de referentes circunscritos a las ciencias biomédicas, porque no solamente comprenden situaciones propias de la salud-enfermedad orgánica. Tampoco puede basarse en los límites de la salud pública y menos aún en el plano de la administración, aun cuando con el reconocimiento que desde esas y otras disciplinas es posible desentrañar algunos elementos valiosos.

Una perspectiva exhaustiva e integral requiere una multiplicidad de conceptos y procesos metodológicos diversos. Ante esto, se plantea un abordaje desde la salud colectiva porque la dimensión social del problema en cuestión es parte de las prácticas en salud. Así el análisis desde la salud colectiva se basa en una corriente de pensamiento multidisciplinario desde una perspectiva académica, de instituciones de salud, institutos de investigación en salud y de asociaciones sociales, que se articulan sustentadas en las ciencias sociales para comprender la salud-enfermedad y las respuestas sociales para enfrentarla. La salud colectiva aborda las relaciones económicas y políticas de la sociedad con repercusiones en la salud de la colectividad y de los individuos, convirtiéndose en una mirada multidisciplinaria para el análisis de los problemas sanitarios con transversalidad.

La salud colectiva surge de los debates que se abrieron en Latinoamérica en los años setenta respecto a qué es salud. Desde una concepción del derecho humano fundamental, nuevos aportes teórico metodológicos planteados en Brasil por un grupo de profesionales progresistas dieron lugar a una concepción social identificada como salud colectiva. Desde sus inicios esta corriente de pensamiento propone que la intervención no sea sobre meros individuos, sino en sujetos sociales y centrarse en una práctica de la salud<sup>2</sup>.

Actualmente la salud colectiva es un nuevo campo de conocimiento que aún se encuentra en construcción y desarrollo, que demanda categorías epistemológicas, nuevos modelos o modelos teóricos como la teoría del caos y formas lógicas de análisis. Es un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas con el fin último de mejorar las condiciones de salud de las colectividades y las formas de práctica que instrumentan las sociedades.

La salud colectiva aborda la salud-enfermedad desde lo colectivo con reflexiones sociales y biológicas de este proceso, otorgándole un peso importante a la sociedad respecto al proceso de salud-enfermedad. *"El mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales"*<sup>3</sup>. Estos cambios deben surgir desde los sujetos sociales, repercutiendo en última instancia en condiciones sociales de cambio.

Breilh la define como *"instrumento clave de la práctica social, corresponde a todo ese vasto conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer*

*su salud y transformarla y no se reduce por tanto a sus expresiones institucionales, ni peor aún a los servicios asistenciales de la administración pública"*<sup>4,5</sup>. No sólo es necesario que la salud la garantice el Estado, sino que éste con sus intervenciones determine las condiciones de salud de la colectividad. Por ejemplo, la obesidad está determinada por factores sociales que influyen en la presencia de esta patología. En cambio se responsabiliza a las escuelas de vender productos chatarra a los niños sin examinar los intereses económicos que existen detrás y la utilización de la fuerte mercadotecnia para lograr el consumo alto de carbohidratos (Burger-King, Coca-Cola, Mac Donald, Donuts, etc.). De manera complementaria no existe el cumplimiento de los objetivos de programas escolares de activación física, ni áreas verdes y seguras donde los niños puedan practicar algún deporte. Aunado a esto, ambos padres trabajan en horarios de más de 12 horas al día dejando el cuidado de sus hijos a terceros, en muchos casos a sus abuelos quienes cansados y con múltiples patologías brindan alimentos rápidos de preparar y consumir con un alto contenido de carbohidratos o bien son "entretenidos" con la televisión en donde se dirige y refuerza la inducción al consumo de los productos hipercalóricos. Así, para entender las causas de la obesidad no puede circunscribirse al nivel metabólico y equilibrio entre ingesta y gasto energético. Se requiere ubicarla en las determinaciones y las condicionantes económicas y sociales de la comunidad en que una manera de explicarlo es la salud colectiva.

Desde esa perspectiva, el análisis que se puede realizar de la forma que adopta la práctica profesional de la medicina en un contexto institucional y que perfila características concretas a las que están sujetos los profesionales que allí laboran. Puede interpretarse con la noción de medicina institucional, una forma de la práctica de la medicina entendida como práctica social<sup>6,7</sup>.

La medicina familiar es una práctica social que se instala en la atención primaria de salud<sup>8,9</sup>, la cual está condicionada por reglas y normas de estructuras de las instituciones sanitarias donde existe y que a su vez forman parte de estructuras sociales. En este nivel se realizan y conforman acciones preestablecidas para la atención médica integral de primer contacto basada en el modelo biomédico que se ejerce de manera más o menos uniforme en las unidades médicas de atención primaria. Este modelo hegemónico se construyó a partir de condicionantes sociales, económicos y políticos de un momento histórico. Las reglas que surgieron en ese momento asegurarían a la sociedad la accesibilidad a la salud y hasta la fecha este modelo no ha podido dar respuesta clara a las necesidades de atención médica de las colectividades a las que sirven.

La medicina familiar ha sido practicada dentro de los límites de un modelo biomédico institucional donde el proceso salud-enfermedad es visto desde una perspectiva biologicista, que en su búsqueda de identidad ha tratado de tener una mirada diferente: la terapia familiar. El médico familiar se convierte en terapeuta familiar llenando así el vacío psicosocial de esta especialidad en

México. A la familia se le instituye como el objeto de estudio en su acercamiento a la terapia familiar. En el Instituto Mexicano del Seguro Social no se tiene una apuesta multidisciplinaria que vislumbre los niveles macro, meso y micro en que se puede ubicar a la medicina familiar, ya que presenta una complejidad originada por los condicionantes sociales, económicos y políticos que existen en las Unidades de Medicina Familiar donde se le practica como parte de la estructura organizacional del Instituto. Esta estructura es a la vez compleja y local con la reproducción de procesos dominantes a nivel nacional.

El concepto de medicina familiar puede ser comprendido en el marco de las organizaciones complejas ya que por su magnitud, requieren la instauración de procesos normalizados que permitan alinear todas las acciones individuales bajo una orientación específica. De esa forma definen la actuación de los profesionales de la medicina, matizando y orientando sus acciones técnicas, sin dejar de responder a la función específica de esa forma de práctica social<sup>10</sup>, articulando así los procesos determinados por la institución para normar sus mecanismos de atención médica.

De esta forma la salud colectiva es la herramienta de análisis que puede ayudar a explicar la dimensión compleja de la medicina familiar y de su práctica desde el nivel micro hasta el macro para poder entender su construcción como modelo hegemónico biomédico, su instauración en la atención primaria y sus relaciones en el momento actual. Se requiere del pensamiento complejo porque con él se puede comprender dentro de sí niveles de categorización socio-médicos hasta ahora poco comprendidos o soslayados. Éste es el pilar estratégico del conocimiento que puede vislumbrar los entramados de la dimensión política, en un marco de hegemonía institucional y no reducido al espacio médico, con su carga biologicista, tanto en la intervención diagnóstica como en la terapéutica donde se ha mantenido la medicina familiar.

Es así como se parte de una mirada transdisciplinaria para el análisis del significado de la práctica médica institucional, como el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social con la medicina familiar y la atención primaria de salud, con lo que se aspira para tener un acercamiento a ese problema no como un asunto técnico sino como un fenómeno social. Así se dispone de una interpretación general y específica de esta práctica institucional desde la mirada de la salud colectiva. Se le ubica como objeto de las políticas y prácticas en salud, parte de la salud colectiva, porque es la respuesta social que se articula desde el Estado quien define la existencia y controla los procesos de gestión y financiamiento de las instituciones de salud y estas a su vez ejercen un poder hegemónico sobre la práctica médica de los profesionales que se inscriben en la medicina familiar en esas instituciones. Esta relación de poder somete a los individuos y colectivos profesionales en sus acciones técnico-profesionales en la prestación del servicio médico entregado a la sociedad por parte del Estado. De esta forma, la medicina familiar se constituye en un proceso

subordinado de ejercicio médico institucionalizado. Las principales categorías en esa mirada multidisciplinaria de la salud colectiva son las siguientes:

- a) La mirada histórica y social.
- b) La complejidad.
- c) La determinación social.
- d) El análisis desde la teoría social.

Es aquí donde la medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social puede entenderse como resultado de un proceso histórico en el devenir del país y en conjunto con el desarrollo social acaecido en distintos momentos de la vida del país. Además la institución está inmersa en una estructura organizacional que, por su magnitud y procesos de todo tipo, le confiere complejidad. La práctica médica resulta así condicionada por una determinación social y esta a su vez actúa como condicionante en los individuos y la colectividad que atiende. Ello le vislumbra desde la salud colectiva un anclaje de análisis desde la teoría social.

Finalmente en tanto proceso social complejo, se recuperan los aportes de Silva y Almeida sintetizadas por Granda quien define a la salud colectiva como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma de salud<sup>11</sup>. En este sentido, la salud colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras. La salud colectiva como corriente de pensamiento propone una práctica de la salud a partir de los sujetos sociales, que en el caso de la medicina familiar se puede referir a la familia.

Laurell define a la salud colectiva desde la observación del proceso salud-enfermedad con reflexiones sociales y biológicas como partes de un mismo proceso, otorgándole un peso importante a la sociedad. El mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales<sup>3</sup>. El sujeto social como portador de una práctica social acercaría a la medicina estatal a un preámbulo donde las condiciones de salud jugarían el papel más importante en el proceso de salud-enfermedad.

Por otro lado, Breilh la define como instrumento clave de la práctica social. Corresponde a todo ese vasto conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer su salud y transformarla, por lo tanto no se reduce a sus expresiones institucionales, ni peor aún a los servicios asistenciales de la administración pública. El empoderamiento del sujeto social por parte de la salud colectiva<sup>4</sup> es una propuesta de transformación que implica un rumbo social diferente, donde las condiciones de salud tomen rumbos definidos no por la imposición de grupos de poder (económico, político), sino que son consecuencia del

consenso social sustentado en necesidades y derechos de todos los ciudadanos.

Finalmente, López la define como la corriente del pensamiento médico social en Latinoamérica que cuestiona la insuficiencia de los planteamientos de la salud pública dominante de tradición positivista para los que las colectividades son solamente sumas de individuos con características demográficas similares como edad, sexo, ocupación, lugar de residencia, ingreso, escolaridad. También discute el reducido impacto de las prácticas clínicas y hospitalarias sobre la distribución desigual de la salud, enfermedad, representaciones, respuestas sociales y la perspectiva funcionalista<sup>12</sup>. La salud colectiva surge con múltiples frentes, enriquecida por su propuesta social en beneficio de la colectividad y llena de expresiones históricas entendidas como respuestas sociales. Aunado a lo anterior, agrega que la salud colectiva también reconoce que el proceso salud-enfermedad está determinado socialmente, lo que implica un posicionamiento sobre la configuración de la sociedad y una elección teórica para explicar su dinámica. Una plataforma de esta perspectiva es de base materialista histórica y gramsciana. Además reconoce que las formas de producción, consumo y su lógica distributiva son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales<sup>13</sup>.

La salud colectiva sitúa a la política como determinante de la mejora en salud social vinculando los asuntos políticos como asuntos de salud. Es decir, las decisiones políticas definen el curso de vida de grupos sociales –como la familia– y por ende sus procesos de salud, bienestar, enfermedad y muerte. La decisión política en salud está inmersa en el poder y es ahí donde el sujeto social debe tener una acción social para la mejora de las condiciones de salud.

Estos autores se han abocado a proporcionar herramientas conceptuales valiosas para comprender problemas de la respuesta social organizada, dentro de la cual se ubica a la medicina familiar, la atención primaria de salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

## Conclusiones

La medicina familiar en México se debate entre la credibilidad propiciada por la población y las políticas en salud. Por otro lado en su existencia en los sistemas de salud, su aproximación a una derrota institucional en salud la sumerge cada día en las mismas instituciones sujeta a normas establecidas por el control hegemónico de la misma especialidad, sin permitirle una reflexión desde posturas críticas. La medicina familiar debe ser el eje que atienda las necesidades en salud asociadas a las condicionantes sociales que embargan a cada individuo en su familia, englobando a las colectividades desde una mirada transdisciplinaria y no sólo acotada al perfil biomédico. En este contexto, la salud colectiva brindará aportes teóricos para el debate de la medicina familiar en los próximos años.

## Nota

### Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

## Referencias

1. Bourdieu P. La distinción: criterios y bases sociales del gusto. Madrid, España: Editorial Taurus, 1988:67-78
2. Arango Y. Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. *Rev Cub Salud Pública*. 2008;34 (1):19-24. | [CrossRef](#) |
3. Laurell C. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: *Lo biológico y lo social, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101*. Washington D.C.: OPS-OMS, 1994:234-256.
4. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, Universidad Nacional de Lanús, 2003:67-89.
5. Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, 2006:161-162.
6. Hernández V, Ordoñez H. La mirada médica disciplinaria desde la perspectiva de la Medicina Social. *Salud Problema* 2011;4 (9):50-58. | [Link](#) |
7. Romero M, Muñoz S, García N. Implementación del proceso de mejora de medicina familiar. En: *La medicina familiar en los albores del siglo XXI*. México, D.F.: Editorial IMSS, 2006:105-115.
8. Irigoyen A. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. México D.F.: Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2002:90-102.
9. Irigoyen A, Morales H, Hamui A, Ponce R. La Medicina Familiar en Iberoamérica: una reflexión histórica. *Bol Mex His Fil Med*. 2006;9(2):48-51. | [Link](#) |
10. Jarillo EC. La profesión médica. Una construcción de la ideología profesional. En: *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007:327-346.
11. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Rev Cub Salud Pública*. 2004;30(2):34-43. | [Link](#) |
12. López O, Peña F. Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. En: *Tratado latinoamericano de sociología*. México D.F.: Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, 2006:178-201.
13. López O, Escudero JC, Carmona L. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller latinoamericano sobre determinantes sociales de ALAMES. *Medicina Social*. 2008;3(4):18-24. | [Link](#) |

**Correspondencia a:**  
Av. Bordo de Xochiaca s/n  
Col. Benito Juárez  
Nezahualcóyotl  
México



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.