

ESTUDIOS DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA

VOLUMEN XIII

**

Editoras

Magalí Civera Cerecedo
Martha Rebeca Herrera Bautista



Instituto Nacional
de Antropología
e Historia



Consejo Nacional
para la
Cultura y las Artes



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA
MÉXICO 2007

Comité editorial

Xabier Lizarraga Cruchaga
Abigail Meza Peñaloza
Florencia Peña Saint Martin
José Antonio Pompa y Padilla
Carlos Serrano Sánchez
Luis Alberto Vargas Guadarrama

Todos los artículos fueron dictaminados

Primera edición: 2007

© 2007, Instituto de Investigaciones Antropológicas
Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.

© 2007, Instituto Nacional de Antropología e Historia
Córdoba 45, Col. Roma, 06700, México, D.F.
sub_fomento.cncpbs@inah.gob.mx

© 2007, Asociación Mexicana de Antropología Biológica

ISSN 1405-5066

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización
escrita del titular de los derechos patrimoniales

D.R. Derechos reservados conforme a la ley
Impreso y hecho en México
Printed in Mexico

LA CULTURA INSTITUCIONAL VS LA CULTURA
DE LA PERSONA CON DIABETES. DEFORMACIÓN
EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Marco Antonio Cardoso Gómez
Rafael Pascual Ayala
María Enriqueta Figueroa Rubio*
Gloria Marina Moreno Baena*
Leticia Orozco Cuanalo*

FES Zaragoza-IIA/UNAM

**FES Zaragoza/UNAM*

RESUMEN

Se presenta un análisis conceptual sobre la deformación de la formación profesional del personal de salud que atiende a personas con diabetes, y se señala que dicha deformación es producto de la cultura institucional de la que fueron objeto. También se muestra cómo influye la cultura institucional para imposibilitar el control de la enfermedad, aun cuando se cuenta con los conocimientos científicos y tecnológicos para ello. El análisis es producto de estudios realizados en dos comunidades: Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, e Ixhuatlancillo, Veracruz.

PALABRAS CLAVE: formación profesional, cultura institucional, cultura de la persona con diabetes.

ABSTRACT

Here we present a conceptual analysis about the deformation of the professional training of health personal attends persons with diabetes, and it is shown that

such deformation is product of the institutional culture. We also demonstrate how the institutional culture disables the control of the disease, even though it counts with the scientific and technological knowledge for this. The analysis is accomplished in two communities: Ciudad Nezahualcoyotl, State of Mexico, and Ixhuatlancillo, Veracruz.

KEY WORDS: professional training, institutional culture, culture of the person with diabetes

INTRODUCCIÓN

La diabetes es reconocida como una epidemia mundial (Secretaría de Salud 2003). En México es la primera causa de muerte general (Secretaría de Salud, Principales causas de mortalidad general 2003). Según la Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes 2001 (NOM-015-SSA2-1994, 2001), hasta finales del año 2000, alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padecía diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados desconocía que la tenía. Actualmente, se calcula que la prevalencia en la población mexicana de 20 a 69 años de edad es de 10.7%, en tanto que en las personas mayores de 50 años supera el 20% (Secretaría de Salud, comunicado de prensa No. 058 2003).

En consecuencia, la diabetes representa la principal demanda de atención médica y es una de las causas más importantes de hospitalización en México, pues es el primer motivo para la amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal. También es uno de los factores de riesgo más significativos para las enfermedades cardiovasculares (Hernández y Olaíz 2002). Por si no fuera suficiente, los costos económicos asociados con el tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para las personas que la padecen (NOM-015-SSA2-1994, 2001), pues el costo del tratamiento para un paciente sin complicaciones puede ser de mil a cuatro mil pesos mensuales y los costos indirectos y directos de la enfermedad son de 330 y de 100 millones de dólares anuales, respectivamente (SSA, comunicado de prensa No. 027, 2002).

El problema es de tal magnitud que, por ejemplo, un niño de siete años que desarrolle diabetes deberá afrontar un costo acumulado de

52 mil dólares, de acuerdo con el actual valor, hasta los 40 años como consecuencia de este padecimiento. El incremento está relacionado directamente con los daños que en el organismo se vayan ocasionando (SSA, comunicado de prensa No. 058, 2003). Falta mucho por conocer acerca de esta enfermedad, por ejemplo, qué la provoca. Sin embargo, se cuenta con los conocimientos científicos y tecnológicos necesarios para controlarla, los cuales, al menos en teoría, son asequibles a las personas que la padecen: dieta balanceada, ejercicio físico, hipoglucemiantes e insulina externa como auxiliares (Mercado 1966). Esto significa que con dichos recursos debería ser suficiente para que una persona con diabetes pudiera vivir sin que su enfermedad le generara complicación alguna, o que por lo menos las complicaciones pudieran ser retardadas, de tal suerte que su padecimiento no le impidiera desarrollar sus actividades cotidianas. Se supone que si ella hiciera uso de estos recursos, regularía sus niveles de glucosa en sangre y, con ello, controlaría su enfermedad. Sin embargo, los enfermos no los usan, por lo que favorecen que el padecimiento los perjudique. Tal pareciera que prefieren las complicaciones antes que llevar una dieta balanceada.

LA DEFORMACIÓN EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en el ámbito médico institucional la respuesta habitual a este hecho ha sido responsabilizar al propio enfermo por no cumplir el tratamiento prescrito (Organización Mundial de la Salud 2003) y, por ende, se le ha calificado como desobediente, negligente, necio o irracional, entre otros epítetos (Mercado 1996). Sin embargo, como declara la Organización Mundial de la Salud, no hay duda de que los equipos de atención sanitaria están fracasando en cuanto a la prestación de apoyo al comportamiento de las personas con una enfermedad crónica como la diabetes, tarea para la cual no han sido entrenados. Además, los sistemas de salud no permiten a los profesionales sanitarios respaldar los cambios de comportamiento de los enfermos, función para la cual no han sido diseñados (Organización Mundial de la Salud 2003). De estas declaraciones se deduce que un problema esencial es persuadir al enfermo para que persista en el aprovechamiento de los recursos institucionales y así

regular sus niveles de glucosa en sangre, y para tal efecto es imprescindible evitar el antagonismo entre profesionales de la salud (PS) y personas enfermas, provocado por los primeros al preceptuar cambios radicales para el enfermo. Esta práctica se debe a la formación profesional de la que han sido objeto, la cual los ha conducido a atender las enfermedades crónicas conforme al modelo de atención para enfermedades agudas o infecto contagiosas, que no ha sido lo óptimo.

Si bien dicha formación propició grandes avances en la atención de este tipo de enfermedades, empero para la atención de la diabetes, una enfermedad crónica, se ha convertido en un inconveniente ya que deforma la formación comprensiva y sensible a los infortunios ajenos, imprescindible en los PS. La formación profesional sustentada sobre una cultura institucional ha generado que los profesionales de la salud se expliquen el mundo y se conduzcan de una forma completamente incompatible con la propuesta por su interlocutor. En consecuencia, un modelo alternativo de atención debe considerar la cultura institucional y la de la persona enferma porque “cada cultura realiza ciertos enfoques de lo infinitamente posible y hace que otros enfoques resulten imposibles o incomprensibles” (Le Shan y Margenau 1996: 198).

LA CULTURA INSTITUCIONAL VS LA CULTURA DE LA PERSONA CON DIABETES

Lotman y Uspenskij (1979) conciben la cultura como “memoria no hereditaria de la colectividad, expresada en un sistema de prohibiciones y prescripciones” (1979: 71), y proponen conceptualizarla en dos tipos: las centradas predominantemente en la expresión y las centradas primordialmente en el contenido (cuadro 1).

De acuerdo con la conceptualización de Lotman y Uspenskij, y con base en las creencias (forma de explicarse el mundo y la enfermedad) y el comportamiento derivado de éstas, tanto de los PS como de las personas con diabetes, a quienes atienden, como indica Cardoso (2000), la cultura institucional puede concebirse como predominantemente centrada en la expresión; en cambio la cultura de la persona enferma de diabetes puede concebirse como primordialmente centrada en el contenido (cuadro 2), porque:

a) La cultura institucional está determinada con anticipación, se adquiere por medio de la formación profesional y es considerada la verdadera. En ella existe una correlación biunívoca y no arbitraria entre expresión y contenido, y *a priori* admite que la forma de expresión influye en el contenido. En esta cultura predomina una ritualización rígida de las formas de comportamiento. Se determina por un conjunto de textos regulados y fundamentalmente se presenta y se transmite por signos, o sea, por medios escritos. Las categorías de análisis para este tipo de cultura son: lo correcto contra lo erróneo, lo verdadero contra lo falso y la cultura contra la anticultura. Además, tiende a preservar su hegemonía, se cierra y rechaza todo aquello que le es opuesto. Una

Cuadro 1

Características de las culturas centradas predominantemente en la expresión o en el contenido

Culturas primordialmente centradas en la <i>expresión</i>	Culturas primordialmente centradas en el <i>contenido</i>
1. Contenido determinado con anticipación	1. Libertad de elección de contenido y de su expresión
2. Correlación biunívoca y no arbitraria entre expresión y contenido. Influencia de la expresión sobre el contenido	2. Expresión exterior y relativamente arbitraria de un contenido
3. Ritualización rígida de las formas de comportamiento	3. Libertad de decisión sobre los comportamientos prohibidos y prescritos
4. Conjunto de textos regulados	4. Sistema de reglas
5. Signos	5. Símbolos
6. Correcto <i>vs</i> erróneo	6. Ordenado <i>vs</i> no ordenado
7. Verdadero <i>vs</i> falso	7. Cultura <i>vs</i> naturaleza
8. Cultura <i>vs</i> anticultura	8. Cultura <i>vs</i> no cultura
9. Tendencia a no salir de su propio ámbito y a atrincherarse contra todo aquello que le es opuesto	9. Se concibe a sí misma como un principio activo que debe propagarse
10. Victoria sobre la mentira	10. Difusión del conocimiento
11. La ciencia se contrapone a la religión	11. La ciencia no se contrapone abiertamente a la religión.
12. El autor de los textos ocupa un lugar jerárquicamente más alto que el autor de las reglas	12. El autor de las reglas ocupa un lugar jerárquicamente más alto que el autor de los textos

Según Lotman y Uspenskij, tomado de Cardoso (2000).

premisa básica para esta cultura es la victoria sobre la mentira, pues antepone la supremacía de sus conocimientos sobre las prácticas religiosas como medio preponderante para el control de la enfermedad. Finalmente, para la cultura institucional, el creador de los textos ocupa un lugar jerárquicamente más alto que el autor de las reglas.

b) En cambio, la cultura de la persona con diabetes promueve que, para el enfermo, la cultura institucional no sea la verdadera ni la única que genera la salud. Para este tipo de cultura, la expresión es exterior y relativamente arbitraria del contenido. La prescripción institucional es sólo una forma, entre varias, de atender un problema y prevalece una libertad de decisión sobre los comportamientos prohibidos y prescritos. Esta cultura se determina por un sistema de reglas, está compuesta fundamentalmente de símbolos y se transmite esencialmente de forma oral, por medio de consejos, metáforas, reglas, etcétera. Su categoría de análisis comprende lo ordenado contra lo no ordenado, la cultura contra la naturaleza y la cultura contra la no cultura. La cultura del enfermo concibe a la cultura institucional no como oposición sino como ausencia de cultura, y se piensa a sí misma como un principio activo que debe expandirse. Sus premisas son consideradas principios activos que merecen y deben ser propagados. En este tipo de cultura es aprobado y hasta recomendado que todo conocimiento sea difundido y tanto las prescripciones de los PS o de otros, o práctica religiosa, son consideradas con el mismo valor. Finalmente, para la cultura del enfermo el de las reglas ocupa un lugar jerárquicamente más alto que el autor de los textos.

Todo lo anterior significa que, en la cultura institucional, tanto las prescripciones como la forma en que son expresadas resultan consecuentes y claras, e inclusive dan por establecido que la autoridad que les confiere el reconocimiento institucional garantiza la aceptación, por parte del enfermo, del tratamiento prescrito. Para los PS, las conductas que prescriben deben seguirse al pie de la letra porque de lo contrario el tratamiento no tendrá éxito. La cultura institucional está determinada y legitimada por el conocimiento proporcionado fundamentalmente por los libros.

Para los PS, la transmisión de conocimientos se da expresamente por libros, y éstos son el único medio válido para brindar consejos. En la cultura institucional, la prescripción de los PS es la correcta y el

comportamiento del enfermo es incorrecto, por lo que éste es quien debe ser corregido y conducido al cambio. Los PS se consideran poseedores del conocimiento verdadero y cualquier opinión del enfermo que no esté dentro del criterio de su paradigma es considerada falsa. La cultura institucional se considera a sí misma como “la cultura”, y todo aquello que no coincida con sus premisas se toma como la anticultura, como lo falso que se opone a lo verdadero y correcto, lo que implica, en consecuencia, un rechazo rotundo de esta última. Los PS no aceptan la cultura del enfermo porque creen que su conocimiento no es objetivo, por tanto es una mentira que debe ser destruida. Finalmente, en la cultura institucional el conocimiento científico y sus generadores representan el nivel de confianza más alto.

En cambio, para la cultura de la persona con diabetes las prescripciones hechas por los PS no garantizan que el enfermo las acepte, es más, en numerosas ocasiones la prescripción llega a influir negativamente, de tal suerte que el enfermo no quiere el tratamiento prescrito. Para esta cultura, el enfermo está en libertad de elegir qué tipo de indicaciones, de quién escucharlas y cuándo puede realizarlas, porque concibe que existen varios tipos de tratamiento y todos son valiosos. Para él existe libertad de elección de contenido y de su expresión, porque su cultura está determinada por reglas sociales que son transmitidas mediante prohibiciones y prescripciones legitimadas por la aceptación de la comunidad. Él acepta que la forma idónea de transmisión de conocimientos es a través de consejos de personas con reconocimiento de su comunidad, lo mismo puede ser un médico que un sacerdote, un profesor o hasta un chamán.

Las personas con diabetes consideran que su comportamiento no está totalmente mal, sino que únicamente deben modificar algunos aspectos, por lo que cuando los PS les solicitan que cambien ellas conciben dicha petición como radical en su vida, lo que está muy lejos de sus pretensiones y posibilidades inmediatas. Estas personas, en vez de relegar su propia cultura, tratan de integrar a su concepción las prescripciones de los PS, porque consideran que su cultura es digna de transmitirse; por tanto, lejos de abandonarla, procuran compartirla. Ellas creen que cualquier conocimiento que represente una opción para controlar su enfermedad debe ser aceptado e incluso difundido, verbigracia, las prácticas chamánicas. Piensan que las personas de mayor

edad, con más experiencia en la vida o aquellas que han heredado y son depositarias de un saber social tradicional representan el nivel más alto de confianza. Es por esta razón que cuando las prescripciones de los PS son antagónicas con los consejos proporcionados por un personaje importante de su familia, o de su comunidad, prefieren los de este último. Por ejemplo, sustituir algún medicamento para controlar el nivel de glucosa en sangre, como los hipoglucemiantes orales, por algún té de cualquier hierba, como el de cáscaras de tomate, entre otros.

CONCLUSIONES

La diabetes actualmente debería estar controlada, pues se cuenta con los recursos científicos y tecnológicos suficientes para tal efecto. Mucho se ha criticado la forma de atención de los profesionales de la salud, particularmente la médica, incluso la Organización Mundial de la Salud reconoce que dichos profesionales no están apoyando a las personas que padecen una enfermedad crónica en la realización de los cambios de comportamiento necesarios para controlar su enfermedad. La crítica se ha dirigido específicamente hacia señalar la falta de sensibilidad y de habilidad en el trato. Y se ha hecho de tal forma que pareciera que la negligencia profesional es voluntaria y propositiva. Sin embargo, una conclusión del presente análisis es que la deformación de la formación profesional para atender a personas con diabetes es propiciada por la cultura institucional, con características específicas contrarias a la cultura de esta gente, que ha contribuido a la pérdida de la comprensión y de la sensibilidad a las necesidades, intereses, valores e infortunios de las personas que atienden. Los PS al responder de acuerdo con los cánones indicados por su cultura, la institucional, presentan comportamientos que complican el entendimiento con los pacientes que atienden y en consecuencia se les dificulta apoyarlos para lograr el control de la diabetes.

Como la cultura es el filtro por el que cada uno de ellos se explica su realidad, ese filtro, la cultura, conduce sus acciones. Ellos responden conforme los diferentes filtros; entonces, no se establece la comunicación y, por ende, tampoco se da el entendimiento: ni los PS pueden transmitirle a la persona con diabetes lo que para ellos es importante, ni ella logra

Cuadro 2
**Características de la cultura institucional y de la cultura
 de las personas con diabetes**

Cultura institucional	Cultura de la persona con diabetes
1. La cultura institucional se adquiere por medio de la educación institucional y es considerada la verdadera.	1. La cultura institucional no es ni la verdadera ni la única que genera la salud, condición que lo lleva a escuchar y creer en diversas recomendaciones.
2. Las prescripciones y la forma de expresarlas son consecuentes y no hay ambigüedad. Se da por establecido que la autoridad que confiere un título institucional garantiza la aceptación del tratamiento.	2. La prescripción de los PS es solamente una forma, entre varias, de atender el problema. El hecho de que la dicten ellos no garantiza que la persona la acepte.
3. La prescripción terapéutica debe seguirse al pie de la letra.	3. Existen varios tipos de tratamiento y todos son valiosos, por tanto se puede elegir de entre todos ellos.
4. Determinación y legitimación del conocimiento institucional proporcionado fundamentalmente mediante los libros.	4. Determinación por reglas sociales que son transmitidas mediante prohibiciones y prescripciones legitimadas por la aceptación de la comunidad.
5. Transmisión de conocimientos expresamente por el único medio válido: los libros.	5. Transmisión de conocimientos través de consejos de personas con reconocimiento de su comunidad.
6. La prescripción institucional es la correcta y el comportamiento de la persona con diabetes es incorrecto, por lo que debe ser corregido.	6. Su comportamiento no está totalmente mal, sino desordenado, por lo cual únicamente debe modificar algunos aspectos.
7. Los PS se consideran poseedores del conocimiento verdadero y cualquier opinión del enfermo, que no esté dentro del criterio de su paradigma, es considerada falsa.	7. Las costumbres, hábitos, valores, creencias, etcétera, que significan el conocimiento social heredado se contraponen a las prescripciones de los PS que representan el conocimiento científico de las leyes de la naturaleza.
8. La cultura de la persona con diabetes es considerada como la anticultura, como lo falso que se opone a lo verdadero y correcto, por tanto, la anticultura debe desaparecer.	8. Concibe a la cultura institucional no como oposición sino como ausencia de cultura, por lo que considera que sus costumbres, creencias, valores, etcétera, deben difundirse y transmitirse.
9. La cultura institucional tiende a preservar su hegemonía y se cierra y rechaza todo aquello que le es opuesto.	9. La cultura de la persona con diabetes se concibe a sí misma como un principio activo que merece y debe ser propagado.
10. La cultura de la persona con diabetes, sobre la enfermedad, es considerada una mentira que debe ser destruida.	10. Cualquier conocimiento que represente una opción para controlar la enfermedad debe ser aceptado e incluso difundido.
11. La cultura institucional antepone la supremacía de sus conocimientos sobre las prácticas religiosas como medio preponderante para el control de la enfermedad.	11. Tanto las prescripciones de los PS como cualquier otra, o práctica religiosa, son consideradas con el mismo valor y complementarias para el control de la enfermedad.
12. El conocimiento científico y sus generadores representan el nivel de confianza más alto.	12. El autor o representante de las reglas ocupa un lugar jerárquicamente más alto que el científico o el autor de libros.

hacer que se le reconozcan aquellas condiciones con las que cuenta para enfrentar su enfermedad y que, desde luego, son de suma importancia.

La consecuencia es que al tratar de controlar la diabetes, como hasta ahora se ha intentado, se está presentando en cada ocasión un enfrentamiento entre dos culturas diferentes, que lleva al fracaso de los propósitos loables de la práctica institucional. En cambio, si se considerara la cultura de la persona con diabetes en el tratamiento que se le prescribe, se propiciaría que la terapéutica dejara de ser un obstáculo a vencer para convertirse en un comportamiento fácil de realizar, ya que estaría dentro de sus creencias, comportamientos y emociones. En cuanto a los PS, si se considera su cultura y se les hace conscientes de ella, se facilitaría que ellos respondieran más consecuentemente con las expectativas de las personas que atienden.

Por tanto, en el tratamiento institucional de la diabetes se debiera recapacitar sobre el enfrentamiento de dos culturas: la institucional y la cultura de la persona con diabetes. Esto es, debiera tomarse en cuenta que tanto los PS como el enfermo tienen formas diferentes de explicarse la vida y, en consecuencia, actuar ante ella. No debiera menospreciarse que la falta de conciliación entre esas formas seguirá llevando a un enfrentamiento no consciente e involuntario que favorece que el tratamiento, en lugar de ser un proceso en asociación o una alianza, se convierta en una oportunidad de lucha: ganar o perder. Se genera, pues, una justa entre dos rivales, en la cual siempre pierde el paciente.

Agradecimientos

Se agradece el apoyo otorgado por la DGAPA-UNAM para la realización de los estudios: Formación de profesionales para la atención multidisciplinaria a personas con diabetes (PAPIME EN211203) y Antropología de la región de Orizaba. Población, cultura y salud (PAPIIT-IN307603).

REFERENCIAS

CARDOSO, M.

- 2000 La confrontación cultural, factor determinante para el control de la diabetes mellitus tipo 2. Una perspectiva multidisciplinaria, *Investigación en salud*, vol. II, no. 2. México.

HERNÁNDEZ, M. Y G. OLAÍZ

- 2002 La diabetes y el mexicano: un reto para la salud pública, *Ciencia: revista de la Academia Mexicana de Ciencias*, 53(3): 8-17.

LE SHAN, L. Y H. MARGENAU

- 1996 *El espacio de Einstein y el cielo de Van Gogh*, Editorial Gedisa, España.

LOTMAN, J. Y B. USPENSKIJ

- 1979 Sobre el mecanismo semiótico de la cultura, *Semiótica de la cultura*, Editorial Ediciones Cátedra S. A., Madrid.

MERCADO, F.

- 1996 *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*, Editorial Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

MODIFICACIÓN DE NORMA OFICIAL MEXICANA (NOM-015-SSA2-1994) PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES

- 2001 publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 18 de enero de 2001, página web de la Secretaría de Salud, obtenida el 21 de febrero de 2002 de <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-bin/wxis/unidades/cdi/data/iah/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- 2003 Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action, página de la Organización Mundial de la Salud, obtenida el 1 de septiembre de 2004 de http://www.who.int/chronic_conditions/en/1_7_2003_prsp.pdf

SECRETARÍA DE SALUD

- 2001 *Principales causas de mortalidad general*, México, julio de 2003, página web del Sistema Nacional de Información en Salud de México, obtenida el 4 de julio de 2003, de <http://www.salud.gob.mx/index.html>

- 2002 Comunicado de prensa no. 027, del 1 de marzo de 2002, página web de la Secretaría de Salud de México, obtenida el 23 de marzo de 2002, de http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-personas-con-diabetes.htm
- 2003 Comunicado de prensa no. 058 de marzo de 2003, página web de la Secretaría de Salud de México, obtenida el 20 de marzo de 2003, de <http://www.salud.gob.mx/>