



# TLX

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS  
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

## CEAM

COMISIÓN ESTATAL  
DE ARBITRAJE MÉDICO



REVISTA DIGITAL DE  
**CONCILIACIÓN  
Y ARBITRAJE**

# CONCILIACION Y ARBITRAJE

Revista de Divulgación Científica Multidisciplinaria

---

## *DIRECTOR*

DR. CARLOS SANTIAGO ALONSO  
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO DE TLAXCALA

## *EDITOR*

DR. EDMUNDO VICTOR DE LA ROSA MORALES

## *COMITÉ EDITORIAL*

LIC. EDMUNDO PEREZ GARCIA  
DR. SERGIO CARMONA ISLAS

# Contenido

Volumen: 1    Número: 3    Meses: Julio - Diciembre    año: 2020

## *EDITORIAL*

*EL CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO*

*LEXARTIS-ADHOC VS DELITO*

*IGUALDAD DE GÉNERO*

*EL PROFESIONAL DE SALUD, LA COMUNIDAD,  
EL VIRUS Y LAS ACCIONES ESPECÍFICAS*

*LAS EPIDEMIAS EN TLAXCALA.*

*INFORMACION PARA LOS AUTORES*

# Editorial

*El encuentro del personal de salud y el usuario se realiza en el marco del examen clínico, y con el se inicia el estudio del problema de salud, sin embargo no solo es el punto de partida del interrogatorio y exploración física tomando en cuenta los avances científicos y tecnológicos que culminen en un diagnóstico y tratamiento adecuado, el encuentro entre el personal de salud y el usuario, es algo más valioso, más trascendental para el ser humano, es crear un clima de afecto donde se hagan presentes la confianza del paciente y la conciencia de ser médico. Es darnos cuenta que no estamos ante una enfermedad solamente, es algo más, estamos ante un ser humano que sufre, un semejante que necesita ayuda, necesitamos tener presente que la ciencia es fría, impersonal, y que solo aclara en forma parcial el complejo fenómeno que constituye un ser humano enfermo.*

*El médico no es un mecánico que arregla un órgano enfermo, como una máquina cualquiera; parafraseando al maestro Ignacio Chávez, cuando decía: el médico es un hombre que se asoma a otro hombre, en un afán de ayuda, ofreciendo lo que tiene, un poco de ciencia y mucho de comprensión y simpatía. Esto no es de la ciencia, tiene raíces más profundas que deben ser parte de nuestra cultura médica.*

*¿Por qué estas reflexiones? La respuesta es simple, el panorama de la medicina ha cambiado, ya no es el médico aislado ahí en su comunidad, en un diálogo cálido con su paciente y sus familiares, aquel médico de cabecera ha pasado ser parte de la historia, una historia que se antoja romántica en nuestros días.*

*La medicina actual se ha masificado, se ha despersonalizado, se ha vuelto fría, se ha reducido a números y máquinas, donde el rigor científico es el paradigma a seguir, es el Dios omnipotente a quien todos deben reverenciar. ¿Y donde quedó el ser humano? Donde esta nuestra responsabilidad moral, donde están los valores bioéticos, donde nuestra conciencia.*

*El médico le debe a su paciente todos los recursos de su conocimiento, de su ciencia y algo más profundo, más trascendental, su devoción.*

*“La salud de mi enfermo será mi preocupación primera”, así dice la Declaración de Ginebra; ¿Que debo entender con este concepto en esto tiempos modernos del principio del siglo XXI, donde los avances científicos nos rebasan a diario? Debo entender que no todo lo puedo, que no todo lo sé, que tengo que reflexionar sobre mis limitaciones.*

*No entiendo que un ser humano se escude en la medicina para lucrar con ella, se es médico para salvar vidas, para mitigar el dolor, para consolar siempre, esto es la esencia del ser humano y la medicina es eminentemente humanista. Ningún médico esta obligado a ser siempre infalible, pero si esta obligado a ser un profesional responsable, a ser un profesional útil a la sociedad y si su conocimiento no es suficiente en algunas circunstancias, debe cumplir con un principio ético, que la medicina exige: “saber pedir ayuda”, tener la humildad de reconocer sus limitaciones, y eso lo hace más grande, más digno, lo hace merecedor de pertenecer a la disciplina científica más humanista, “la medicina”.*

**Dr. Carlos Santiago Alonso**  
**Presidente de la Comisión Estatal de Arbitraje**  
**Médico de Tlaxcala**

# EL CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

Dr. Sergio Carmona Islas  
Departamento de Arbitraje Médico  
CEAM Tlaxcala

El Consentimiento Informado es una parte relevante en el expediente clínico y en los protocolos de investigación. Este artículo se refiere al primer caso, sin embargo, el Consentimiento Informado tiene su origen en la investigación y por extensión en toda intervención en donde se realice algún procedimiento en seres humanos.

Dentro de los asuntos que atiende la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala se observa un llenado inadecuado de los expedientes clínicos. Siendo especialmente preocupante lo que ocurre con el Consentimiento Informado, un documento que forma parte del mismo y en donde las deficiencias observadas en su elaboración se repiten constantemente.

Estas deficiencias han sido: Que quien firma el documento es el familiar y no el paciente, cuando este está en condiciones de poder firmarlo, que solo aparece la firma del testigo o del médico tratante o del testigo, sin nombre. Y en algunos casos solo aparece la firma o nombre y firma del paciente en un documento en blanco.

Seguramente considerado como un documento de trámite impuesto por las autoridades, el personal de salud con el resabio de la actitud paternalista en la relación médico-paciente, aunado a los tiempos enjutos con que realiza su labor solo recaba la firma del paciente sin considerar que el Consentimiento Informado es un proceso que inicia desde el primer contacto médico-paciente y que después de que el personal de salud ha dado la información suficiente y respondido sus dudas es cuando el paciente firma el documento, como colofón del proceso. Por lo anterior el término correcto es el de Consentimiento Válidamente Informado.

¿Qué información se le debe dar al paciente? El procedimiento a que va a ser sometido, los riesgos, los beneficios, qué otras alternativas existen y por qué se eligió este procedimiento y no otro atendiendo a la *lex artis ad-hoc*.

También es importante hacer del conocimiento del paciente la situación probabilística y de incertidumbre de la medicina con la que no se aseguran resultados y con la posibilidad de tener que tomar otras alternativas en atención a la libertad prescriptiva del médico, cuando se presentan urgencias o complicaciones derivadas del acto médico autorizado.

El Consentimiento Válidamente Informado cumple así con el objetivo ético y jurídico necesarios, pero también comparte el paciente responsabilidades al asumir los riesgos promoviendo su participación y se mejora la relación médico-paciente. Su decisión, aceptando o rechazando el procedimiento es la expresión de su autonomía (principio bioético)

El Consentimiento Válidamente Informado no impone al médico cualquier cosa que desee el paciente y puede abstenerse de realizar procedimientos que dañen al paciente o que sean médicamente inútiles. Por ello las normas de buenas prácticas imponen restricciones.

## EL CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

Cuando se trata de un procedimiento electivo es conveniente que medie un tiempo desde que el paciente recibe la información hasta que signa el documento, se ha sugerido un tiempo de 24 hs. y en el caso de que decida tomar una segunda opinión ese tiempo debe ser de 72 horas. También se recomienda entregar una copia del Consentimiento al paciente y que la firme con el testigo. Finalmente el paciente debe estar enterado que puede revocar el Consentimiento en cualquier momento.

La redacción del documento debe estar redactado en términos sencillos y directos, no tener abreviaturas ni lenguaje técnico-médico, de acuerdo al nivel cultural del paciente (o en un nivel de educación primaria, como señala la Guía de los Comités de Ética en Investigación, respecto del Consentimiento para los protocolos de Investigación). Esta información debe ser proporcionada por el personal de salud tratante y ser él mismo quien recabe la firma del paciente y del testigo. (2)

Cuando el paciente acepta el procedimiento el personal de salud lo integra al expediente y de manera programada o en forma inmediata realiza el procedimiento. Es la conducta habitual esperada por el personal de salud, sin embargo si el paciente rechaza el procedimiento, expresa dudas o solicita un tiempo para meditarlo, comentarlo con sus familiares o consultar con otro médico, en busca de una segunda opinión, es probable que ese resabio paternalista del personal de salud salga a flote ocasionando su molestia. A lo anterior se suma las situación laboral de las instituciones en que se desempeña el personal, con tiempos enjutos, la sobrecarga de trabajo, etc. que ocasiona que el personal de salud tenga la necesidad de buscar otro espacio en sus actividades para el procedimiento. Y al respecto de esto último existe una Recomendación General de la CNDH, la No. 3/2018 en donde expresa: "En este mismo sentido la Comisión Nacional de los Derechos Humanos consideró que el problema de las omisiones en la integración de los expedientes clínicos de los pacientes no se reduce a una cuestión de formación profesional o capacitación del personal médico, sino también guarda relación con al menos dos cuestiones, a saber; 1) la existencia de un vínculo entre las condiciones laborales del personal médico que dificulta de manera profunda la manera en que se asienta con debida diligencia los datos del expediente clínico, y 2) la existencia de un problema de carácter estructural en la lógica de funcionamiento de las instituciones de salud.

Lo anteriormente comentado corresponde a situaciones habituales del Consentimiento Informado. Pero hay excepciones para la obtención del consentimiento como son: la urgencia real (cuando la gravedad del paciente impide que pueda recabarse el consentimiento del paciente o de alguno de sus familiares). Grave riesgo para la salud pública (en los que hay obligatoriedad por parte de la autoridad judicial). Paciente incapaces (por ejemplo los que tienen incapacidad mental). Renuncia expresa del paciente. Hallazgo inesperado en el transcurso del procedimiento (donde participa la libertad prescriptiva del médico). Estos casos los trataremos en otra ocasión. Y también tocaremos otras situaciones especiales como son los casos de los menores de edad y personas vulnerables.

Finalmente hacemos una invitación para que ingresen en la página de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala en donde se encuentran las charlas ya expuestas en relación a temas de importancia por ser los que detonan inconformidades y quejas. Estas tienen la intención de prevenir el conflicto médico. El enlace a la página de la Comisión y el enlace directo a las charlas se encuentran al final de este documento. También hemos agregado una recopilación de los artículos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de

## EL CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

Servicios de Atención Médica y de la NOM 004 SSA3 2012 relativos al Consentimiento Informado, lo que facilita que consulten la normativa específica sin tener que buscar en la totalidad del Reglamento y la Norma.

### Bibliografía:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma 08 de mayo de 2020

Ley General de Salud. Última reforma 24 de enero de 2020

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Última reforma 14 de mayo 1986

NOM 004-SSA3-2012 Del expediente clínico

- Ac. Dr. Oscar Vera Carrasco. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Artículo de revisión. Rev Med La Paz, 22(1); Enero - Junio 2016

- Secretaría de Salud/ Comisión Nacional de Bioética. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación Sexta edición, 2018 <http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx>

Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala <https://ceam.saludtlax.gob.mx/>

Para acceder directamente a las capacitaciones realizadas en forma virtual por la CEAM: <https://ceam.saludtlax.gob.mx/index.php/prensa/eventos-de-difusion-y-capacitacion/cursosenlinea2020>



# LEXARTIS-ADHOC VS DELITO

Lic. Edmundo Pérez García  
Jefe del Departamento Jurídico  
CEAM Tlaxcala

---

Hablar de la práctica profesional medica en Tlaxcala y en General en México es hablar de una Práctica Profesional cuestionada en nuestros tiempos por diversidades de opiniones por parte de Usuarios de los Servicios de Salud ya sean Públicos o Privados.

No es ajeno para el Profesional del área medica saber que su actuar esta siempre reglamentado por una diversidad de disposiciones jurídicas que precisan la atención y relación medico paciente y a saber se encuentran contenidas en la Constitución Política Nacional y Estatal, la Ley General de Salud y derivadas de ella la Ley del IMSS o del ISSSTE y de manera más practica las Normas Oficiales Mexicanas NOMS y las Guías de Practica Clínica. Y dentro de este cumulo de disposiciones medico legales, sin duda uno de los temas que le causa escozor al profesional de la salud es precisamente saber que su acto médico pudiera ser origen de un hecho denominado delito el cual se actualiza una vez que él o la agraviada se considera víctima y con ese derecho hace valer una acción legal en contra del personal médico en particular o bien buscando la corresponsabilidad institucional.

Ante este panorama considero oportuno realizar las siguientes definiciones:

LEX ARTIS - ADHOC.-Conjunto de prácticas médicas aceptadas como adecuadas para tratar al enfermo en el momento de que se trata de manera individualizada.

se integra en México por:

a.) La literatura magistral.

b.) La biblio-hemerografía indexada.

Homologación biblio-hemerográfica o instituciones ad hoc.

c.) Las publicaciones emitidas

- DELITO.- ART. 1 C.P.T. Realización de una acción u omisión expresamente prevista como delito en una ley vigente al tiempo de su realización.

- Es el conjunto de presupuestos o caracteres que debe tener una conducta para que le sea reprochada jurídicamente a su autor. SCJN.





## LEXARTIS-ADHOC VS DELITO

¿CUANDO EL ACTO MEDICO DE CONVIERTE EN UN DELITO?

- CUANDO DE LA NOTA MEDICA O EL RESUMEN SE LE ASIGNA EL CALIFICATIVO «LESION» PORQUE ELLO LO RELACIONA CON EL CONCEPTO DEL CODIGO PENAL QUE DICE ART. 232 C.P.T. A quien cause a otro un daño o alteración en su salud.

- Y LO CASTIGA ..... Artículo 225. Se tendrá como mortal una lesión, cuando la muerte se deba a alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados o alguna de sus consecuencias inmediatas o complicación determinada inevitablemente por la misma lesión.

¿COMO SE JUZGA EL ACTO MEDICO COMO ORIGEN DE UN DELITO?

- EL M.P. Y EL JUEZ NO SON MEDICOS Y SU JUICIO DEPENDE DE SU CRITERIO Y/O DE PERITAJES NO SIEMPRE IDONEOS O COMPLETOS.

- AL EXPEDIENTE CLINICO SE LE CONCEDE PRUEBA PLENA A FAVOR O EN CONTRA DEL MEDICO.

- LA APLICACION DE LA LEY DERIVA DE LA CREACION DE UNA NORMA DONDE CASI SIEMPRE NO PARTICIPA EL MEDICO. Consulte artículos 380-385 C.P.T.

Ante lo que se describe en la Lex Artis Medica y lo que contempla la Ley Penal, existe franca desventaja del profesional de la salud ante una Demanda, una Queja o una Denuncia por que al ser enjuiciado se pierde la esencia del Acto Medico ya que se trata en muchas ocasiones de juicios de valor sustentados únicamente por criterios médicos generales y no específicos de acuerdo al caso concreto ya que a saber en la integración de las carpetas de investigación que lleva a cabo la Fiscalía es el médico adscrito a servicios periciales no colegiado o contratado por la institución, quien en determinado momento de manera aislada otorga un peritaje, una decisión o una simple opinión que servirá de base para la acción penal o la sentencia, pasando antes por una medida cautelar.

Es en este tenor que ante la franca desventaja de la Lex Artis Medica contra la normativa penal vigente que el profesional médico debe generar su propia defensa de su acto médico desde el momento mismo en que lo genera y no después cuando sea llamado a juicio por considerarse responsable de una acción u omisión que se tipifique como delito y que se castigue incluso con la cárcel.



# IGUALDAD DE GÉNERO

L.A.E. MARITZA ISUNZA DOMINGUEZ  
Titular de la Unidad de Igualdad de Género  
CEAM Tlaxcala

Cuando se habla acerca de la igualdad de género, causa un poco de temor, ya que se tiene la idea errónea de pensar que se busca establecer una lucha entre sexos, en la que uno u otro tiene que llevar las de perder, y pues esta situación se encuentra muy alejada a la realidad.

Conforme a la historia, conocemos que los hombres han estado empoderados, ya que fueron los primeros en tener acceso al trabajo remunerado, a la educación, a votar, a ocupar puestos con toma de decisiones importantes a nivel empresarial y puestos políticos. Y es por ello que, en estas últimas décadas, la mujer ha buscado el reconocimiento para ser involucrada en las mismas actividades que por derecho fueron restringidas a lo largo de la historia.

Pero gracias a todas las mujeres que han luchado por este reconocimiento, se han formado grandes grupos feministas, que tienen la finalidad de generar poder para lograr una misma igualdad de oportunidades con los hombres, en todos los ámbitos.

Es importante aclarar que la igualdad de género no significa que los hombres y las mujeres deban ser tratados como idénticos, sino que el acceso a oportunidades y el ejercicio de las personas no dependan del sexo de las personas, sino que es una igualdad de oportunidades que debe incidir directamente en el ejercicio efectivo de los derechos de las mujeres.

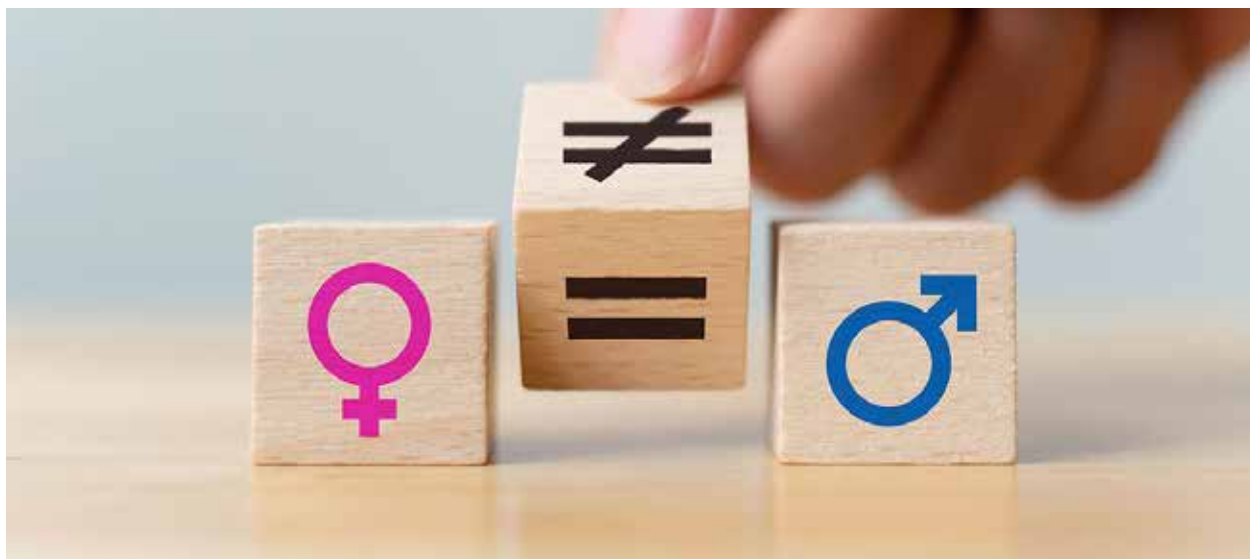
Actualmente las mujeres se han involucrado progresivamente en diversas actividades que distan mucho de los roles tradicionales que se les habían asignado, para convertirse jefas de oficina, médicas, empresarias, políticas, ingenieras, entre otras más.

El tener un trabajo remunerado, permite que las personas sean autosuficientes para cubrir sus necesidades básicas y así, tengan el poder de tomar decisiones y actuar sobre su propia vida. Esto se deriva que ahora las mujeres no dependerán exclusivamente de un hombre, por lo que esto, les permitirá que ellas sean responsables de la manutención y la toma de decisiones en el hogar.

Ahora bien, para lograr asegurar esta igualdad de resultados, se deben sentar bien las bases legales para que se dé una igualdad formal. En este sentido, si bien es cierto que la promulgación de leyes y la elaboración de instrumentos de políticas públicas en favor a las mujeres es un gran avance, es entonces que para alcanzar la igualdad sustantiva es necesario que las leyes y las políticas de cada país garanticen que las mujeres tengan las mismas oportunidades que los hombres, es decir, que implica la obligación del Estado para remover todos los obstáculos que puedan interferir para que la igualdad se alcance a los hechos.

“La igualdad de género es un principio constitucional que estipula que hombres y mujeres son iguales ante la ley”.

El término va más allá de un simple significado o una idea. La igualdad de género no solo es un derecho humano fundamental, sino que es uno de los fundamentos esenciales para construir un mundo pacífico, próspero y sostenible.



# EL PROFESIONAL DE SALUD, LA COMUNIDAD, EL VIRUS Y LAS ACCIONES ESPECÍFICAS

MCSP E. Victor De la Rosa Morales

Uno de los grandes problemas del momento es, sin lugar a dudas, el advenimiento y aparición de un nuevo virus, nocivo para los humanos, porque era de otros seres diferentes, que mutó y afectó gravemente a todos los seres vivos.

Sin duda, enfáticamente, los seres humanos tenemos noticias del comportamiento de otras agresiones similares a través de la historia, situación muy diferente y distante de nuestro pensamiento actual acerca de los microbios que han afectado a la humanidad.

Hasta finales del año pasado (2019), nadie podría ni siquiera imaginar que seríamos atacados de manera global (Pandemia) por un ser microscópico tan agresivo, que pudiera causar tantas muertes humanas en tan, relativamente, poco tiempo, de ahí que nos agredió sin tener defensa inmediata adecuada, causando un gran daño a la población mundial.

En los últimos meses, hemos podido observar las reacciones tan diferentes en todo el mundo, desde quienes no creyeron en la existencia del agresor hasta quienes se lo atribuyen a países con ideología diferente u opuesta. Vimos opiniones tan fuera de la realidad, tan agresivos, ilógicos hasta absurdos, que solo demostraron las fallas humanas en materia de educación para la salud, independientemente de la ubicación mundial.

Es obvio pensar, que los más agredidos humanamente han sido los países con menos recursos biopsicosociales, aunque los poderosos con soberbia, fueron severamente también afectados, porque tal vez no consideraron la agresividad del virus y retrasaron las medidas efectivas para atenuar la llegada del agresor a la población. La diferencia con quienes aceptaron la gravedad de la infección es notoria en cuanto que, si bien no se atacó directamente al agresor, si, las consecuencias de su agresividad, dando como resultado que fueran menores que en otros lugares.

Ahora bien, si tomamos estos comentarios como antecedentes, se podría abrir una línea de discusión muy interesante, porque entonces notaríamos fallas graves en todo el sistema de salud, sin olvidar que un sistema es, un conjunto de elementos que se interrelacionan entre sí, para lograr un objetivo, quiere decir que la población sana o enferma, se interrelaciona con el medio ambiente donde vive, crece y se desarrolla, desde luego sin olvidar que necesariamente se interrelaciona con otros seres humanos o animales, dentro de un contexto social, en toda la extensión de la palabra, por lo tanto no solo disfruta de la unión de todos los seres vivos, también sufre de la misma convivencia. Esta situación lo hace corresponsable de la ruptura del equilibrio de todo el conjunto de seres vivos.

La generación actual, no había estado en una situación semejante a la actual en materia de salud, incluso las nuevas generaciones gozan de los avances científicos que incluyen los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, lo cual tendría como resultado una mejor calidad de vida, para la población en general. Esto, podría llevarnos a pensar que todos los seres humanos, no solo los trabajadores de la salud, somos responsables del desarrollo durante toda la vida. Pero agregadamente, no se puede negar la falta de conciencia social de toda la población, solo hay que ver como maneja, los desechos, quedan en lugares donde están en contacto directo con toda la población, con todas las consecuencias que tal situación genera.

Ante esta situación tan caótica, debekOs, todos, preguntarnos ¿qué debemos hacer? Y por supuesto la respuesta no es fácil, porque cuando se involucra a toda la población, se antoja casi imposible de lograr efectividad en cualquier acción, aun cuando se trate de la propia seguridad.

## EL PROFESIONAL DE SALUD, LA COMUNIDAD, EL VIRUS Y LAS ACCIONES ESPECÍFICAS

Pero esto, constituye un gran reto para todos, desde las autoridades políticas, económicas, eclesiásticas y, por supuesto los responsables directos de promover y cuidar el sano crecimiento y desarrollo de la población.

Este modelo social es, sin duda, lo que debemos promover, impulsar y hacer crecer quienes nos dedicamos a la atención médica en todas sus acepciones, en todas sus ramas, en todos sus niveles, se deben buscar formas de hacer participar a la comunidad. Los únicos que en este momento tienen todos los elementos para alcanzar las metas planteadas en cuanto a guiar a la población a la mejora de todos estos procesos es, el personal de salud en todos sus conceptos. Debemos estar conscientes que el planteamiento no es fácil ni se dará por decreto, se tiene que ir avanzando progresivamente, incluso posiblemente iniciando en quienes se están formando en el área de la salud, al mismo tiempo con quienes ya han superado etapas en su formación en alguna de las rubros de la salud. Todos los seres humanos estamos involucrados, entonces identifiquemos la parte que nos corresponde y actuemos en consecuencia.

- Comentarios: [vdlarosa@prodigy.net.mx](mailto:vdlarosa@prodigy.net.mx)



# LAS EPIDEMIAS EN TLAXCALA.

Armando Díaz De la Mora



El actual territorio que ocupa el Estado de Tlaxcala fue habitado en diferentes etapas culturales, denominadas fases que van del 1600 a.C. al 1519 d.C con el arribo de los europeos, se han determinado diez de ellas, la más antigua es la Tzompantepec y la última, la tlaxcalteca. Por supuesto, de la que tenemos más vestigios y elementos corresponden a Xochitécatl, Cacaxtla y Sultepec.

El arribo de los teochichimecas a Contlantzinco en 1331 y la fundación de Texcalticpac en 1335 consolidan la cultura Tlaxcala, que de un territorio de alrededor de 10 kilómetros cuadrados va a alcanzar entre 2,500 y 3,000 de extensión.

Muñoz Camargo, el historiador que habla del pueblo tlaxcalteca en la época prehispánica no refiere enfermedades transmisibles, sin embargo, hay escritores que mencionan su existencia en otros pueblos como Chalco en 1456 donde posiblemente hubo difteria o la zona de Tecoaatepec en 1496 y que se considera pudo haberse tratado de tifo exantemático.

Es muy conocido que la primera epidemia en Tlaxcala ocurrió en el año de 1520 con la llegada de la viruela, enfermedad desconocida por los pobladores de la región, causante de muchas muertes, incluida la de Maxixcatzin, tlatoani principal de la provincia. Esta apareció en 1518 en las islas del Caribe.

Llegó en 1520 en uno de los navíos que trajeron las fuerzas de Pánfilo de Narváez; venía enfermo de viruela, y cuando

“salió a tierra, fueras pegando a los indios de pueblo en pueblo, y cundió de tal suerte esta pestilencia, que no dejó rincón sano en la Nueva España”, así fue como en “algunas provincias murió la mitad de la gente, y en otras poco menos”. La epidemia costó la vida a miles de indígenas...” (Germán de Solominos).

En Tlaxcala se desconocían los modelos de atención, Muñoz Camargo nos dice que los inválidos vivían de la caridad de los principales señores. Los enfermos estaban excluidos de la sociedad. Aun así, en una cita extraña y no corroborada por otra fuente, Alonso de Molina incluye en su diccionario la palabra -cocoxcalli- que se traduce literalmente como “casa de enfermos”.

La primera observación de los sanitarios españoles fue que las enfermedades infecciosas afectaban de modo distinto a los indígenas que a los europeos. Diego Álvarez Chanca, médico que acompañó a Colón en su segundo viaje, es quien nos da la primera noticia directa, al advertir que la gripe afectaba más intensamente a los indios que a los españoles. Fray Bartolomé de

## LAS EPIDEMIAS EN TLAXCALA

las Casas, en su alegato proindigenista, afirma que eran “gentes delicadas, flacas y tiernas en complission y que menos pueden sufrir trabajos y que más fácilmente mueren de cualquier enfermedad”.

Otros testimonios es posible encontrarlos en varios cronistas que confirman el distinto comportamiento de americanos y europeos ante un mismo agente morbígeno. El encuentro de poblaciones europeas y americanas supuso el intercambio de agentes patógenos nuevos para uno y otro grupo étnico, y las enfermedades cursaban de modo distinto en unos u otros, en armonía con la existencia o carencia de experiencia inmunitaria previa.

Sin duda, la formación de la sociedad novohispana mezclando a europeos, africanos y americanos propició grandes problemas de salud pública.

Motolinía en la carta que escribe el 2 de enero de 1555 desde el Convento Franciscano de la Ciudad de Tlaxcala enumera lo que considera las 10 causas del despoblamiento indígena de Nueva España, citando como la primera “Hirió Dios y castigó esta tierra y a los que en ella se hallaron, así naturales como extranjeros, con diez plagas trabajosas. La primera fue de viruelas y la trajo un africano herido de viruelas que se comenzaron a pegar a los indios, que nunca la habían tenido, morían como chinches a montones, otros de hambre, debido a la enfermedad. Después un español vino herido de sarampión que también pasó a los indios, muriendo muchos...”, las otras nueve tienen que ver con las guerras de conquista, el trabajo de las minas, entre otros.

En Tlaxcala, el primer hospital se inauguró el 25 de marzo de 1537 ubicándose donde ahora es la Plaza de Toros en la ciudad de Tlaxcala, que era el atrio bajo del convento franciscano, de acuerdo a todas las fuentes de los siglos XVI al XIX ahí estuvo el “Hospital de La Encarnación”.

La segunda epidemia ocurrió en 1531, por supuesto, también importado de Europa, se trató de sarampión que se extendió muy rápidamente entre los indígenas, aunque se considera que en menor cantidad que en la de 1520. Se le denominó ‘zahuatl tepito’ para distinguirlo del ‘huey záhuatl’, es decir, la viruela. De acuerdo al Códice Telleriano, fue entre 1537 y 1538, que es corroborado por López de Gómara.

En 1545 sobrevino la tercera epidemia conocida del siglo XVI, cuyos síntomas fueron: “pujamiento con sangre y juntamente con calenturas, y era tanta la sangre, que les reventaba por las narices”. Se le ha identificado como tifus exantemático.

La de mayor impacto social fue la de 1576, en donde se ha estimado en dos millones de personas el número de fallecimientos. No era claramente tabardete ni viruela ni sarampión; el cocoliztle no tenía erupción cutánea y sí copiosas hemorragias nasales y apostemas (abscesos) retroauriculares, que eran su síntoma predominante.

Es de señalar que en el siglo XVII no hay registros confiables sobre la ocurrencia de epidemias que, por supuesto, debieron ocurrir tanto en Tlaxcala como en los territorios de la Nueva España, pero la literatura no tiene mayormente datos de que hayan hecho su aparición. El cronista Zapata y Mendoza que abunda en información para este siglo no refiere enfermedades, aunque es de mencionar que tampoco habla de epidemias en el siglo XVI que incluye en su obra cronológica sobre la Historia de Tlaxcala.



## LAS EPIDEMIAS EN TLAXCALA



En el siglo siguiente, hay referencias a varios casos, siendo que para el siglo XIX, el año de 1850, los habitantes del territorio de Tlaxcala enfrentaron la presencia de una epidemia del cólera. El 25 de mayo se expidió un Decreto que en su artículo segundo establecía “En cada una de las cabeceras de los partidos se instalará una Junta directa de salubridad, la que presidirá la autoridad local en los de Tlaxco y Huamantla, y en el de Tlaxcala el individuo que nombrará el gobierno...” y a continuación las medidas sanitarias aplicables.

El 20 de mayo de 1869, el gobierno del Estado, instruye a los Ayuntamientos que debido al Pus Vacuno se inocule a los niños pero que además de ese momento se hagan inoculaciones periódicas para prevenir su aparición nuevamente.

Una de las referencias más antiguas sobre una campaña de vacunación contra enfermedades transmisibles en Tlaxcala, lo encontramos el 8 de junio de 1882, cuando se instruye a los Ayuntamientos se realice una campaña de vacunación contra la viruela. Es de mencionar que 3 años antes, en 1879, se crea la Comisión de Epidemiología a nivel nacional.

En la epidemia de 1903 se informa de más de mil muertos menores de un año de edad fallecidos. El más extenso de los trabajos sobre una epidemia es la que se realizó sobre la denominada Gripe Española que en 1918 causó cerca de 10 mil muertes en Tlaxcala.

A continuación, se hace una tabla sobre las epidemias de las que se han encontrado registros en diferentes fuentes. Es de mencionar que no se incluye la referida de 1850 al considerarse una extensión de la comenzada en 1833 y que se menciona.

Sin duda, los tlaxcaltecas en todas las épocas han tenido que enfrentar alguna epidemia, la mayoría de las enfermedades ya erradicadas, sin embargo, la del año 2009 y la que actualmente estamos transitando han afectado la vida social y económica de la entidad; en tanto que la gripe asiática de 1957-1958 con alrededor de 2 millones de muertes, la de Hong-Kong de 1969 con cerca de un millón de defunciones no tuvo repercusiones en el Estado.

### Bibliografía:

- Historia de Tlaxcala, Diego Muñoz Camargo, edición de Luis Reyes, UAT, 1998.
- Historia de los Indios de Nueva España, Motolinía, Porrúa, 1969.
- Historia General de las Indias, Gonzalo Fernández de Oviedo, edición de 1959.
- Ensayo sobre la historia de las epidemias en México, IMSS, Enrique Florescano, 1982.
- Las grandes epidemias del siglo XVI, Fernando Ocaranza, en Historia de la Medicina en México, 1995.
- Colección de Decretos de la Diputación territorial de Tlaxcala, 1848-1855.
- Colección de Decretos del Congreso del Estado, 1857-1872.

# INFORMACION PARA LOS AUTORES

## Sugerencias para los escritos enviados a “Conciliación y Arbitraje”

### Aspectos Generales

Los artículos deberán ser enviados a Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala. Dirección: Privada del Pino No. 2, Colonia del Valle, San Gabriel Cuauhtla, Tlaxcala CP 90117. Teléfonos: (246) 46 6 44 36 y 46 6 27 06; Lada sin costo 01 800 3750 005. Sitio Web: <http://ceam.saludtlax.gob.mx>. Correo electrónico: [ceamtlax@hotmail.com](mailto:ceamtlax@hotmail.com)

Se requiere una carta con los datos completos de los autores, con la firma de cada uno de ellos, en un documento que diga “los autores firmantes ceden los derechos de difusión, impresión y reproducción parcial y total del artículo denominado \_\_\_\_\_ (poner el título) a la C.E.A.M. de Tlaxcala, en caso que el trabajo sea publicado en la revista “Conciliación y Arbitraje” y manifiestan que, el artículo es original, no está en revisión en otra revista ni ha sido publicado anteriormente.

Los artículos se enviarán en original a: [ceamtlax@hotmail.com](mailto:ceamtlax@hotmail.com), con márgenes de 2.5 cm. La numeración de las páginas inicia desde la hoja frontal y se coloca en la parte central inferior de la hoja; en la parte superior derecha se coloca el apellido paterno y las iniciales mayúsculas del apellido materno y del nombre, de los autores. Además deberán enviarse en procesador Word para Windows, tipo de letra arial 11, no justificado, con 1.5 espacios de interlinea

### Página frontal

Incluirá: Título del trabajo, nombre de los autores en el orden en que serán publicados, utilizar guión entre los dos apellidos si se indican ambos; sitio de trabajo de los autores, nombre y dirección del autor, donde se pueda enviar correspondencia.

### Resumen

Tratándose de artículo de Investigación se solicitará el resumen, que se incluirá en la segunda página, en español. En escritos de opinión o de propuesta pueden ser sin ésta parte. Extensión máxima de 250 palabras, conteniendo, los subtítulos: objetivo, diseño, ubicación, pacientes, intervenciones, resultados principales y conclusiones.

### Texto

El texto de artículos de investigación, contiene las siguientes secciones: Introducción, Pacientes y Métodos; Resultados; Discusión, Conclusiones y Bibliografía.

En textos de revisión, resumen, opinión, propuesta, etc..., serán de acuerdo a la decisión del autor. El texto de casos clínicos: Introducción, descripción del caso o casos; discusión, conclusiones y bibliografía. Se recomienda utilizar nombres genéricos de los fármacos, y describir con claridad, en su caso, los métodos estadísticos utilizados.

### Agradecimientos

Enviar autorización por escrito, de las personas que serán citadas por su nombre en esta sección.

### Referencias

Las referencias bibliográficas se escribirán a doble espacio en hoja aparte y se ordenarán numéricamente de acuerdo a la secuencia de aparición en el texto

Las referencias citadas únicamente en los cuadros o pies de figuras, deberán ser numeradas de acuerdo con la secuencia que aparezcan por primera vez, la identificación del cuadro o figura en el texto. Las abreviaturas de las publicaciones periódicas son las convencionales indicadas en Index Medicus



# INFORMACION PARA LOS AUTORES

## Sugerencias para los escritos enviados a “Conciliación y Arbitraje”

Deben anotarse todos los autores si son seis o menos, cuando son más de seis, se anotan los primeros tres, seguidos de “y cols “.

### Modelos

-Artículos:

Dodrill CB,Arnett JL,Sommerville KW,Sussman NM.Evaluation of the effects of vigabatrin on cognitive abilities and quality of life in epilepsy.Neurology 1993;43:2501 -2507

-Libros:

López JF. Manual de medicina basada en la evidencia. México: Edit. El Manual Moderno; 2001.p.48

-Capítulos en libros:

Rendón MME. Interpretación de pruebas diagnósticas, en, López JF. Manual de medicina basada en la evidencia. México: Editorial El Manual Moderno; 2001.p.48

### Cuadros

- Escribir cada uno en hoja por separado
- No deben enviarse cuadros fotografiados
- Deben ordenarse con números arábigos de acuerdo a la secuencia de aparición en el texto
- Debe indicarse el título en cada uno de ellos de manera breve y concisa -No deben contener información ya descrita en el texto

### Figuras

- Se consideran figuras, las fotografías, dibujos y gráficas
- Las figuras serán numeradas de acuerdo con su orden de aparición, con números arábigos
- Las fotografías de pacientes deben acompañarse de un permiso escrito del paciente o sus familiares para ser publicada, en caso contrario asegurarse por algún medio, para que no puedan ser identificados al publicarse.
- Las fotografías deben ser originales y en blanco y negro, de excelente calidad, en papel brillante, tamaño postal de 12.5 x 8.5 cm, cada una debe llevar en el reverso, la marca de orientación de la parte superior, título del artículo, nombre del autor y número de figura en el texto

### Pies de Figura

- En hoja separada, para cada una de las figuras, se presenta el número arábigo correspondiente, el título y la explicación corta



# COMISIÓN ESTATAL DE **ARBITRAJE MÉDICO**

CONSTRUIAMOS **20**  
JUNTOS **20**

## ¿CUAL ES SU FUNCIÓN?

Brindar **orientación y asesoría** especializada a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus **derechos y obligaciones**.



**CONFIDENCIALIDAD, RESPETO,  
OBJETIVIDAD E IMPARCIALIDAD.**



- **Orientaciones**
- **Aseorías especializadas**
- **Gestiones inmediatas**
- **Trámite de quejas de manera gratuita**

Teléfonos: **(246) 46 64436**

**(246) 46 62706**

Correo: **ceamtlox@hotmail.com**



**TLAXCALA**  
CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS  
GOBIERNO DEL ESTADO 2017-2021