



CRECER Y TRASCENDER

VOLUMEN I JUL-AGO 2025



Issue No. 003

BOLETÍN INFORMATIVO

ACP

MEXICO CHAPTER

Tabla *de* contenido

Mensaje de Bienvenida	03
Dra. Eva María Perusquia Frías	
Historia de la Medicina	04
Dr. Carlos Vázquez Gómez	
Investigación Clínica	08
Dr. Luis Montiel López	
Sistema de Salud en México	12
Dr. Carlos Eduardo Contreras García	
Controversias en la Medicina actual	18
Dr. Carlos Miguel Duarte Flores	
Tema Cultural	23
Dr. José Joel Parada Jiménez	
Anuncios ACP Internacional	29
Dr. Hassler Stefan Macías Sánchez	
Anuncios ACP Mexico Chapter	33
Comité de Comunicación ACP Mexico Chapter	

Mensaje de Bienvenida

Estimados Colegas:

Es un verdadero gusto darles la bienvenida a esta nueva edición del boletín bimestral del American College of Physicians Capítulo México.

Cada número representa no solo una recopilación de conocimientos, actualizaciones y reflexiones, sino también un testimonio de la fuerza, dedicación y visión de nuestra comunidad de Medicina Interna en todo el país.

Como médicos, hombres y mujeres, vivimos en la intersección entre la ciencia y la humanidad. Este boletín busca reflejar ambas dimensiones: ofrecer avances en la práctica clínica, nueva evidencia y actualizaciones en políticas de salud, al mismo tiempo que abre un espacio para el diálogo sobre ética, formación y las realidades emocionales de nuestra profesión.

En esta ocasión, abordamos una serie de temas que invitan a la reflexión profunda y al diálogo interdisciplinario. Comenzamos con un recorrido histórico por la revolución científica y la medicina del siglo XVII, una etapa crucial que sentó las bases de la medicina moderna. Avanzamos hacia el presente con una mirada crítica sobre la medicina basada en evidencia, su evolución, sus retos actuales y su impacto en la práctica clínica cotidiana.

También exploramos cómo la cultura influye en la salud y la enfermedad, reconociendo que la atención médica no ocurre en un vacío, sino en contextos sociales, familiares y simbólicos que moldean la experiencia del paciente. Por otro lado, compartimos una guía práctica sobre el proceso de implementación de un consultorio en México, abordando tanto los aspectos administrativos, como los éticos y profesionales. Finalmente, presentamos una revisión clara y útil sobre los tipos de estudios de investigación clínica, herramienta fundamental para fortalecer el pensamiento crítico y la toma de decisiones informadas.

Es importante destacar que en cada boletín mostramos las iniciativas del capítulo, reconocemos logros de nuestra comunidad y compartimos oportunidades de desarrollo profesional y educación continua.

Esperamos que este número sea no solo una fuente de actualización y aprendizaje, sino también un puente que conecte a profesionales de la medicina interna de todo México, promoviendo una comunidad activa, reflexiva y comprometida con la excelencia.

Gracias por su constante participación, su pasión por el aprendizaje continuo y su incansable dedicación al bienestar de nuestros pacientes.



Con aprecio:

Dra. Eva María
Pérez Gómez Frías MD
FACP

HISTORIA DE LA MEDICINA



**DR. CARLOS
VÁZQUEZ GÓMEZ**

*Médico Internista
Miembro del Consejo Directivo
del Colegio de
Medicina Interna de Puebla
ACP Member*

VOLUMEN I JUL-AGO 2025

Issue No. 003

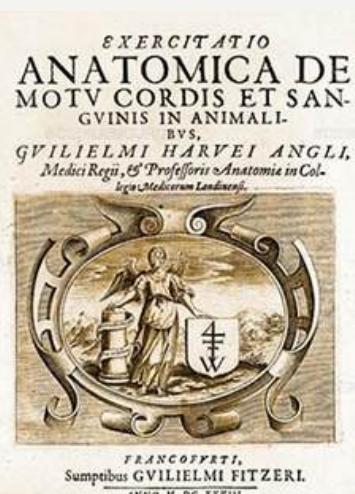
Revolución científica y Medicina del siglo XVII

DR. CARLOS VÁZQUEZ GÓMEZ



Desde tiempos ancestrales, la medicina ocupó uno de los lugares más importantes dentro de la sociedad, es por eso, que se encuentra en constante cambio. Al pasar de los siglos, la necesidad imperativa de aumentar la sobrevida motivó a querer encontrar soluciones y explicaciones más a fondo y creíbles de alguna enfermedad. A principios del siglo XVII, en Europa aparecieron una serie de cambios que trajeron consigo la revolución científica, siendo el campo de la medicina el principal beneficiado de esta situación, los cambios en esta importante área fueron trascendentales y marcaron la pauta de lo que ahora conocemos pues empezó a quedarse atrás la alquimia, desencadenado por el deseo incommensurable de aprender y encontrar una explicación a cada malestar del cuerpo.

De los múltiples cambios en la explicación de cualquier enfermedad, sin duda alguna, el hecho del estudio de la circulación sanguínea explicada por William Harvey descartando que la sangre se producía en el hígado, impulsó que otros científicos del momento se atrevieran a levantar la voz y publicar sus investigaciones, trayendo como consecuencia que dejara de culparse a la alteración de los "humores" del cuerpo para todo lo inexplicable.





La especulación perdió importancia, siendo sustituida por un modelo experimental, pragmático y observacional como los principales pilares para el tratamiento de la enfermedad, el empirismo como manera inicial del tratamiento fue crucial para terminar haciendo cambios de acuerdo a clasificaciones de los síntomas, que, tomados de los modelos de clasificación botánica, de algún modo obligó a que los médicos de la época cambiaran la manera arcaica de echar la culpa a seres inertes sobre lo inexplicable; es bien sabido que la iglesia hasta antes de este movimiento revolucionario, jugaba un papel crucial en lo que no deseaban entender y mucho menos permitía que la gente empezara a darse cuenta del poder que tenía para aumentar la sobrevida, pues con esto, perdían poder sobre una población que los idolatraba y veneraba haciendo lo que a su conveniencia era adecuado.

Medicina del siglo XVII

La malaria y la evolución de la medicina

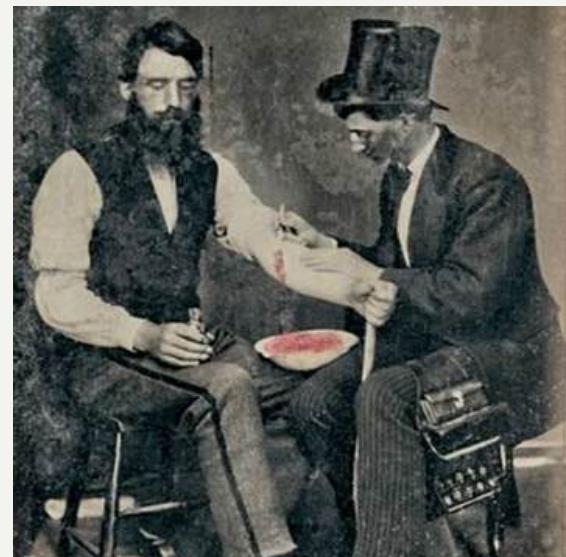
Uno de los males que en su mayoría aquejaba a la sociedad de aquel siglo, fue la aparición de la malaria que más tarde desencadenaría la fabricación de la quinina a partir de la corteza de chinchona, árbol del Perú, del mismo modo, el tratamiento para el cólico desencadenado por disentería representó un reto importante, recibiendo los pacientes que la padecía, procedimientos como sangrías y remolachas herbolarias, enfermedades respiratorias como tuberculosis fueron más estudiadas, pero lamentablemente no controladas, sin embargo, el análisis de los casos motivó a continuar inventando y desarrollando las bases del modelo experimental que conocemos actualmente.



Los famosos "barberos" fueron limitados cada vez mas a realizar menos procedimientos quirúrgicos, dejando a estos últimos limitados en procedimientos por la capacidad resolutiva por poca o nula formación académica, naciendo así la cirugía como ciencia y rama hospitalaria, dejándolos de lado para realizar cualquier intervención quirúrgica por el poco o nulo conocimiento. De algún modo, este hecho desencadenó constantes luchas para continuar la atención de los pacientes, ya que, recordemos que ser "barbero" en su momento fue una profesión muy lucrativa para varias personas, no importando ni esmerándose en mejorar el tratamiento, muchas ocasiones actuando como efecto placebo para aliviar la sintomatología referida por el paciente.

Este siglo fue de cambios notorios, no solo en el tratamiento de las enfermedades más importantes de la época, pues fue el médico Italiano Ramazzini, quien estudió las relaciones entre enfermedad y condiciones del trabajo, se estudiaron las condiciones socioeconómicas de la población y la salud, asentando así las bases de lo que ahora conocemos como Salud Pública, que si lo analizamos más detenidamente, fue crucial para la trata y control de las principales patologías de la época como sarampión, fiebre puerperal y viruela, que tuvieron alta mortalidad y prevalencia, pese a los múltiples intentos por erradicar, así mismo, con el avance en las investigaciones del médico italiano, logró aumentarse aunque no de manera notoria, la tasa de supervivencia; es bien sabido que, pese a los avances limitados por la escases de recursos y el hecho de las creencias galénicas arraigadas que no lograron ser modificadas del todo, con el pasar de los años se logró incursionar en nuevas opciones terapéuticas dejando de lado al arsénico y belladona como principales controladores del dolor crónico. En párrafos anteriores se mencionó la aparición de los cirujanos y la disminución de la prevalencia de barberos para atención de procedimientos quirúrgicos, sin embargo, el campo de la anestesia aun no estaba desarrollado, condicionando este hecho que el alcance de la cirugía no tuviera el auge esperado debido al dolor inconmensurable de las intervenciones en este ámbito.

¿Crees que los colegios médicos y el consejo nacional de especialidades médicas es reciente? La respuesta es NO, un dato muy relevante que trajo consigo la revolución científica, fue la aparición de los primeros grupos de boticarios que más tarde culminarían en la formación de regulaciones para el ejercicio de la medicina, lo que, sumado al esfuerzo conjunto de médicos a lo largo de los años, logró que la medicina fuera considerada como ciencia. Como se darán cuenta, la medicina como la conocemos ahora fue muy difícil de relacionar, a lo largo de los siglos se juntaron los conocimientos de grandes mentes médicas y de investigadores, el deseo de aprender cada vez más acerca del maravilloso funcionamiento del cuerpo humano es algo que no ha cambiado en la actualidad, actualmente hay muy buena literatura que hablan de la historia de la medicina, si me permites una recomendación, "El médico" del autor Noah Gordon, te sumerge en la medicina de aquella época con un toque dramático y literario que brinda conocimientos y nos hace imaginar lo que era ejercer la profesión en ese tiempo.



<https://www.machobeardccompany.com/blog/barberia-una-profesion-con-historia/>

INVESTIGACIÓN CLÍNICA



**DR. LUIS MONTIEL
LÓPEZ**

*Internista Certificado
FACP
Maestro en Ciencias de la Salud
Chief Executive Officer
ACP México Chapter 2024-2028*

VOLUMEN I JUN-JUL 2025

Issue No. 03

Diseños de Investigación

DR. LUIS MONTIEL LÓPEZ

La investigación clínica es la base para generar evidencia confiable que permita diagnosticar, prevenir y tratar enfermedades.

Para organizar la información y minimizar sesgos, los estudios clínicos utilizan diferentes diseños de investigación, que actúan como un plano que guía cómo se van a recolectar, analizar e interpretar los datos.

Estos diseños pueden clasificarse desde tres enfoques principales: *arquitectónico, metodológico y por objetivos*. Además, existen estudios primarios, que obtienen información directa de los pacientes, y estudios de integración, que reúnen y analizan resultados de investigaciones previas.

Enfoque arquitectónico.

Este enfoque se basa en cómo ocurre el fenómeno clínico en la vida real y lo divide en dos grandes tipos: estudios de causa-efecto y estudios de proceso.

Los estudios de causa-efecto buscan entender cómo una maniobra (ya sea una intervención o una exposición natural) modifica el estado basal de un paciente y genera un desenlace. Ejemplo: Un estudio en pacientes con migraña registra el dolor inicial, administra un nuevo analgésico y mide si disminuye la intensidad del dolor a las dos horas.

Los estudios de proceso, en cambio, evalúan la calidad o confiabilidad de un procedimiento, generalmente comparándolo con un estándar de oro. Ejemplo: Evaluar si un ultrasonido de carótidas detecta obstrucciones con la misma precisión que una arteriografía.

Enfoque metodológico.

Este enfoque clasifica los estudios según la calidad de la información obtenida y el riesgo de sesgos, estableciendo un orden jerárquico que facilita decidir en qué evidencia confiar más. Considera cuatro características fundamentales:

1. Si el investigador impone o no la maniobra:

- Experimental: el investigador asigna la intervención, como en un ensayo clínico.
- Observacional: el investigador solo observa fenómenos naturales, como en una cohorte o encuesta.

2. Si hay seguimiento en el tiempo o no:

- Longitudinal: se sigue al paciente durante un periodo, lo que permite ver cambios y calcular incidencia.
- Transversal: se evalúa todo en un solo momento, útil para conocer prevalencia.



3. Direccionalidad de la información:

- Prolectiva (prospectiva): desde el estado basal hasta el desenlace, en tiempo real.
- Retrolectiva (retrospectiva): cuando la exposición y el desenlace ya ocurrieron y se reconstruye la información.
- Retroprolectiva: la exposición ya pasó, pero el desenlace se medirá hacia adelante.

4. Si busca o no una asociación entre variables:

- Descriptivo: solo caracteriza una población, como la prevalencia de hipertensión.
- Comparativo: relaciona una exposición con un desenlace, como evaluar si fumar se asocia con infarto.

Bajo este enfoque se encuentran los **cuatro diseños básicos:**

Ensayo clínico: Experimental, longitudinal, prolectivo y comparativo.

- Ejemplo: Probar si un nuevo antihipertensivo reduce la presión arterial mejor que el tratamiento habitual en 6 meses.

Cohorte: Observacional, longitudinal, con cualquier direcciónalidad, y comparativo.

- Ejemplo: Seguir durante 10 años a fumadores y no fumadores para ver quiénes desarrollan infartos.

Casos y controles: Observacional, retrolectivo y usualmente comparativo.

- Ejemplo: Comparar el antecedente de consumo de alcohol en 200 pacientes con cirrosis (casos) y 200 sin cirrosis (controles).

Encuesta transversal: Observacional, transversal, retrolectiva y descriptiva o comparativa.

- Ejemplo: Medir en un solo día la presión arterial de 2,000 personas para estimar la prevalencia de hipertensión.

Enfoque por objetivos.

Este enfoque relaciona los estudios con su propósito en la práctica clínica, donde generalmente buscamos diagnosticar, pronosticar, tratar o identificar riesgos.

- Estudios diagnósticos: Evalúan si una prueba identifica correctamente una enfermedad. Ejemplo: Determinar la sensibilidad y especificidad de la prueba de antígeno nasal para COVID-19 frente a PCR.
- Estudios de pronóstico: Analizan cómo ciertas características iniciales predicen la evolución de una enfermedad. Ejemplo: Evaluar si la albúmina baja al ingreso hospitalario predice mayor mortalidad en pacientes con neumonía.
- Estudios de tratamiento: Corresponden a los ensayos clínicos y buscan probar la eficacia de una intervención. Ejemplo: Probar si un nuevo anticoagulante reduce el riesgo de trombosis en comparación con warfarina.
- Estudios de factores de riesgo o causalidad: Identifican elementos que aumentan la probabilidad de enfermar. Ejemplo: Analizar si la obesidad aumenta el riesgo de desarrollar apnea del sueño.

Estudios de integración.

Además de los estudios primarios, existen los estudios secundarios o de integración, que combinan información de investigaciones previas para generar conclusiones más sólidas. Entre ellos se encuentran las revisiones sistemáticas y los metaanálisis, que analizan varios estudios para responder una pregunta clínica; los lineamientos de práctica clínica, que orientan decisiones médicas; y los análisis de decisión o costo-efectividad, que comparan estrategias para elegir la más eficiente. Ejemplo: Un metaanálisis que integra 15 estudios sobre el uso de estatinas para prevenir eventos cardiovasculares en adultos mayores.

Conclusión.

Cada diseño de investigación tiene su papel. Si queremos probar un tratamiento nuevo, el mejor diseño es el ensayo clínico. Si buscamos la relación entre un factor de riesgo y una enfermedad a lo largo del tiempo, utilizamos una cohorte. Si la enfermedad ya ocurrió y queremos explorar causas, recurrimos a casos y controles. Si necesitamos una visión rápida del estado de salud de la población, aplicamos una encuesta transversal. Los estudios de integración nos ayudan a sintetizar la evidencia existente para tomar decisiones médicas más informadas.

**Bibliografía.**

Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(Supl 1).



SISTEMAS DE SALUD EN MÉXICO



**DR. CARLOS EDUARDO
CONTRERAS GARCÍA**

Médico Internista
Especialidad en Gestión en la
Salud y Bienestar
Instructor de BLS y ACLS de la
American Heart Association
ACP Member

VOLUMEN I JUL-AGO 2025

Issue No. 003

Cómo implementar y operar un consultorio médico en México: el ABC

DR. CARLOS EDUARDO CONTRERAS GARCÍA

La implementación de un consultorio médico en nuestro país representa una oportunidad estratégica que beneficia tanto a los pacientes al aumentar el acceso a servicios de salud de calidad, como a los médicos al proporcionar un espacio de desarrollo profesional y personal.

De acuerdo con estadísticas de DATA México de la Secretaría de Economía a finales del año 2024 se notificaron 81,945 consultorios médicos en el sector privado.

Las entidades federativas con el mayor número de unidades económicas de este tipo fueron el Estado de México, la Ciudad de México y Jalisco (1).

Algunos estados de la República representan una oportunidad para médicos generales y especialistas ya que cuentan con algunas condiciones favorables para su desarrollo y escalabilidad, estos son:

1. Nuevo León y Querétaro al contar con ciudades con alto poder adquisitivo.
2. Baja California, Sonora y Coahuila debido al mercado fronterizo.
3. Baja California y Quintana Roo debido a los polos turísticos y una gran demanda estacional de atención médica.

En este artículo ofrezco una visión clara y sencilla sobre tres puntos clave para poder implementar un consultorio médico en cualquier lugar del país.

DESARROLLAR UN PLAN DE NEGOCIOS (2).

Este paso es fundamental para el éxito de cualquier emprendimiento, ya que permite conocer la visión global del negocio, su modelo, las decisiones estratégicas y el entorno económico. En términos sencillos debe incluir:

- I. Descripción del emprendimiento que define los objetivos a corto, mediano y largo plazo; así como el análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA).
- II. Análisis del mercado que se refiere a una evaluación del ambiente externo al emprendimiento incluyendo: factores políticos, ecológicos, socioculturales, tecnológicos, económicos y legislativos (PESTEL).
- III. Análisis de los potenciales clientes definiendo con claridad quienes podrían serlo, su segmentación, zona de influencia, así como sus necesidades específicas.
- IV. Análisis de la competencia para identificar la oferta existente y cuales son las fortalezas y debilidades de nuestro emprendimiento frente a los competidores.
- V. Plan de mercadotecnia donde se establezcan los productos y/o servicios que se ofrecerán, el precio, los canales de venta y de publicidad.
- VI. Plan operativo que incluye la organización del consultorio, un cronograma de actividades de lanzamiento y el seguimiento de las actividades posteriores a la atención.
- VII. Plan financiero que describe el proyecto de inversión, el financiamiento y los resultados esperados en los primeros tres años.

Durante el desarrollo del plan de negocios se deberá considerar el modelo de implementación del consultorio más adecuado para el nivel de experiencia y capacidad financiera que tengamos en ese momento. Aquí comparto las ventajas y desventajas

Una vez que se ha desarrollado un plan de negocios se deben considerar todos los aspectos legales que establece la normatividad vigente.

Requisitos legales.

En México el derecho a la salud se encuentra establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de este emanan la Ley General de Salud (LGS) y el reglamento de la LGS en materia de prestación de servicios de atención médica donde se describe la regulación de la implementación y operación de consultorios en el sector público y privado.

Para poder operar un consultorio en cualquier localidad del territorio nacional es necesario cumplir con los siguientes requisitos:

- I. **Validar el uso de suelo.** Es necesario conocer si el predio que se arrendará o comprará se puede utilizar para fines comerciales. En la Ciudad de México esto se puede realizar a través del certificado único de zonificación de uso de suelo de la SEDUVI⁽⁵⁾ y en otros municipios del país a través de las licencias o declaraciones de funcionamiento municipal.
- II. **Presentar el aviso de funcionamiento y designación de responsable sanitario.** Este trámite se puede realizar en línea a través de la página DIGIPRIS⁽⁵⁾ de la COFEPRIS. Para esto se requiere contar con firma electrónica del servicio de administración tributaria. El aviso es obligatorio para consultorios médicos y podrían ser necesarias licencias adicionales en actividades de mayor riesgo.
- III. **Conocer y aplicar la normatividad vigente (Tabla 1).**

- IV. **Presentar el aviso de publicidad o permiso de publicidad ante la COFEPRIS⁽⁶⁾.** El primero es un trámite sin costo, que no requiere una resolución de la autoridad, este informa a la COFEPRIS sobre el tipo de publicidad que se realizará en consultorios de personas físicas. Por otro lado, el permiso de publicidad es un trámite con costo y su fin es obtener una autorización para poder realizar publicidad específica sobre servicios de salud o productos de personas morales, es decir empresas. Estos trámites también se pueden realizar en línea en la página DIGIPRIS.
- V. **Desarrollar tu aviso de privacidad para la protección de datos de los pacientes con fundamento en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.**

Recuerde que es una obligación de todo médico conocer la normatividad vigente y el grado de responsabilidad que implica su incumplimiento, por lo que se debe tener un conocimiento profundo de la normatividad mencionada. Recuerde el principio legal "el desconocimiento de la ley no excusa de su cumplimiento".

Como consecuencia de las obligaciones adquiridas es recomendable que todos los consultorios cuenten con un seguro de responsabilidad civil médica que protege al profesional de la salud y un seguro de responsabilidad civil para clínicas que protege al negocio y a tus pacientes.

Ya que ha establecido el plan de negocios y conoce la normatividad es momento de considerar el aspecto visual del consultorio.

¿Cómo organizar visualmente el consultorio y la marca personal?

Tabla 1. Normas oficiales mexicanas relevantes para la implementación y operación de consultorios médicos en México

Norma oficial mexicana (NOM)	Relevancia
NOM-005-SSA3-2010	Infraestructura y equipamiento mínimo para un consultorio de medicina general.
NOM-016-SSA3-2012 ³	Infraestructura y equipamiento mínimo para un consultorio de diversas especialidades.
NOM-004-SSA3-2012	Como se integra el expediente clínico.
NOM-024-SSA3-2010 ⁴	Como se integra el expediente clínico electrónico.
NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002	Clasificación y manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos.

ORGANIZACIÓN VISUAL DEL CONSULTORIO Y LA MARCA PERSONAL

- I. Configure la sala de espera de forma cómoda, mínimo 6 asientos para dos pacientes y sus acompañantes. Considere una imagen de su marca personal, lista de precios y servicios ofrecidos en el consultorio.
- II. Disponga la recepción de tal manera que ofrezca una primera impresión positiva. Entrene al personal administrativo y de enfermería para brindar una atención al cliente excepcional, recuerde que son el primer contacto del consultorio con los pacientes.
- III. Asegure un sanitario cercano para los pacientes considerando el acceso para personas con discapacidad.
- IV. Genere un ambiente acogedor incluyendo música de fondo, arreglos florales y adecuada iluminación.
- V. Transmita a los pacientes y sus acompañantes sus logros académicos y que el consultorio cuenta con toda la normatividad vigente en regla.

Una de las preguntas que nos hacemos con mayor frecuencia es ¿cuál es el mejor lugar para iniciar con mi práctica privada?

Actualmente en México existe una gran diversidad de opciones para implementar y operar un consultorio médico. La elección dependerá de algunos aspectos del plan de negocios como el análisis del mercado, los potenciales clientes y la competencia. Otro aspecto por considerar es la afinidad y afiliación del médico a algún grupo hospitalario. La **Tabla 2**, describen los modelos actuales.

Tabla 2. Modalidades de consultorios médico en México

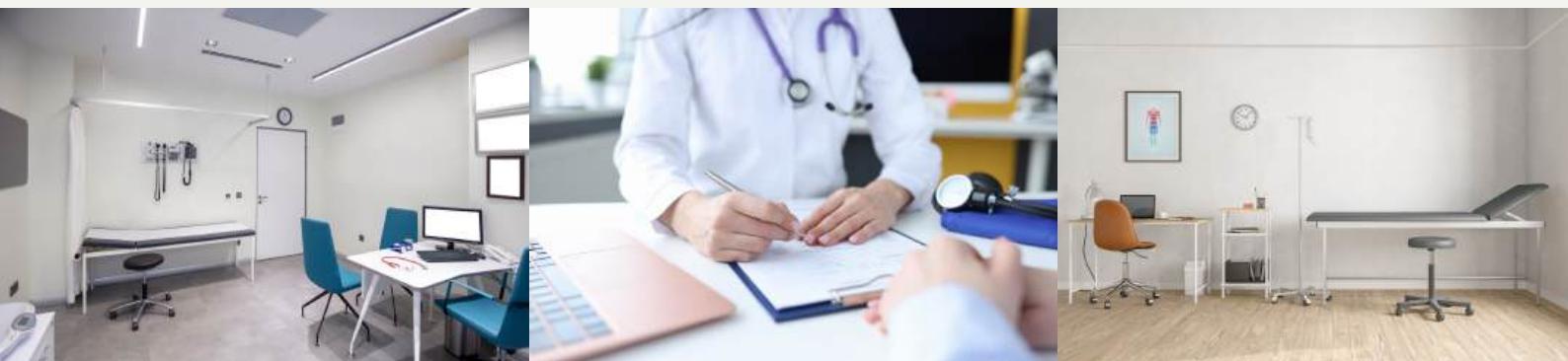
Tipo de consultorio	Ventajas	Desventajas
Consultorio propio o compartido fuera de un hospital	<p>Costo intermedio</p> <p>Personalización del consultorio</p> <p>Independencia en el uso de los espacios</p>	<p>Costos adicionales por servicios públicos</p> <p>Costo adicional por asistente/secretaria</p> <p>No hay acceso a servicio de urgencias</p> <p>Referencia a especialistas limitada</p> <p>La ubicación del consultorio no suele ser la mejor</p>
Consultorio propio o compartido dentro de un hospital	<p>Generalmente el costo incluye los servicios públicos</p> <p>Algunos grupos hospitalarios ofrecen programas de recompensas por productividad</p> <p>Acceso a servicio de urgencias de forma inmediata</p> <p>Referencia a especialistas inmediata</p> <p>Personalización del consultorio</p> <p>Independencia en el uso de los espacios</p>	<p>Costo alto</p> <p>Costo adicional por asistente/secretaria</p> <p>Excelente ubicación</p>
Coworking médico (por hora o tiempo definido)	<p>Costo bajo</p> <p>El costo incluye el pago de asistente/secretaria</p>	<p>Generalmente el costo incluye los servicios públicos</p> <p>No hay acceso a servicio de urgencias</p> <p>Referencia a especialistas limitada</p> <p>Buena ubicación</p> <p>En general el consultorio no se puede personalizar</p> <p>Espacios compartidos</p>

Con todos estos elementos es posible implementar y operar un consultorio de cualquier especialidad médica. Es importante hacer notar que los consultorios de especialidades clínicas como Medicina Interna tiene menos requisitos que aquellas especialidades donde se realizan procedimientos en consultorio.

Le sugiero al lector consultar la guía de autoverificación de la COFEPRIS que resumen en forma de lista de cotejo los requisitos aquí comentados y otros aspectos por especialidad (7).

Referencias:

1. Consultorios Médicos: Salarios, producción, inversión, oportunidades y complejidad | Data México. (s. f.). Data México. <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/industry/offices-of-physicians?redirect=true>
2. Minutos. (2016). El plan de negocios: Cómo crear un plan óptimo para su empresa. 50Minutos.es.
3. Secretaría de Salud. (2012). NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013#gsc.tab=0
4. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. (2010). NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica ambulatoria. Diario Oficial de la Federación. <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4132/Salud/Salud.htm>
5. De Desarrollo Urbano y Vivienda de la Cdmx, S. (s. f.). Certificado digital. Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda de la CDMX. https://www.seduvi.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/certificado_digital
6. COFEPRIS | DIGIPRIS. (s. f.). <https://digipris.cofepris.gob.mx/>
7. La Protección Contra Riesgos Sanitarios, C. F. P. (s. f.). GUÍA | AUTOVERIFICACIÓN Establecimientos de atención médica ambulatoria o consultorios médicos generales y de especialidad. gob.mx. <https://www.gob.mx/cofepris/documentos/guia-autoverificacion-establecimientos-de-atencion-medica-ambulatoria-o-consultorios-medicos-generales-y-de-especialidad?state=published>



CONTROVERSIAS

EN LA MEDICINA ACTUAL



**DR. CARLOS MIGUEL
DUARTE FLORES**

*Residente de tercer año
Medicina Interna
Hospital Regional 1º de Octubre
ACP Member*

VOLUMEN I JUL-AGO 2025

Issue No. 003

Medicina basada en evidencia y Medicina Alternativa: una revisión clínica desde una perspectiva científica.

DR. CARLOS MIGUEL DUARTE FLORES

La medicina basada en evidencia (MBE) ha tomado gran relevancia desde 1996, y se define clásicamente como "uso explícito, concienzudo y juicioso de la mejor evidencia actualizada, para la toma de decisiones para el diagnóstico y tratamiento del paciente". Constituye un corpus de información indexada a nivel mundial, la cual ha realizado la integración y estandarización de la información, con el fin de aumentar la calidad de esta misma, como la integración de métodos para calificar evidencia y recomendaciones (p.ej. GRADE).

Cabe señalar que, la medicina alternativa o complementaria engloba prácticas, productos y tratamiento que no forman parte de un sistema de investigación, aunque algunos de estos se han utilizado y adaptado a MBE, como tratamientos complementarios, llegando a comercializarse como tratamiento de primera línea. Es pertinente identificar que la medicina naturista, la cual tiene relación en este criterio de medicina alternativa, tiene bases históricas desde la evolución del ser humano. Esto plantea la interrogante de como puede integrarse de manera adecuada al contexto actual de la MBE.

Para el médico actual, independiente de la especialidad o el tipo de consulta, el contexto habitual incluye la presencia de polifarmacia, comorbilidades, eventos adversos del tratamiento o suplementos, las expectativas terapéuticas, preocupaciones sobre funcionalidad y longevidad. Se considera que la meta práctica diaria, es el identificar intervenciones eficaces o dañinas, que a la vez, se puedan incorporar con criterio juicioso y acciones no farmacológicas con una adecuada evidencia, siempre con enfoque de decisión compartida.

Se han intentado integrar estas prácticas alternativas a la MBE, evaluando la seguridad del tratamiento. Un ejemplo es su uso con el fin de la mejoría de los síntomas; sin embargo, tanto metaanálisis y revisiones sistematizadas, concluyen la ausencia de la falta de evidencia científica para poder emitir recomendaciones sólidas con base en sistemas de evidencia. Por lo tanto, cabe preguntarse: ¿existe realmente un debate entre la MBE y la medicina alternativa, o es más bien un intento de integración de ambas?

Existen intervenciones como la homeopatía, en las que se ha tratado de estandarizar con base en la MBE. No obstante, los efectos de la homeopatía son compatibles con placebos; en donde revisiones sistemáticas y metaanálisis realizadas desde organismos locales como internacionales, han buscado la manera de regular estas prácticas, estandarizar la eficacia con equivalencias a terapias farmacológicas, con ausencia todavía de este logro.



Existe una tendencia creciente a aceptar la acupuntura en algunos ámbitos de la medicina basada en la evidencia, pero también, persiste cierta controversia respecto a la magnitud de sus beneficios y el nivel de evidencia necesaria, para su integración plena en tratamientos convencionales.

MBE y Acupuntura

Una práctica utilizada que se ha logrado implementar dentro de la MBE, que sirve de ejemplo es la acupuntura. Esta tiene un papel protagónico en el tratamiento de dolor crónico de acuerdo con las guías publicadas en 2017, en donde se refiere como tratamiento inicial en dolor lumbar crónico, con discusión de su uso y evidencia; sin embargo otra guía (NICE 2021), no lo recomienda de manera inicial. Lo anterior es un ejemplo de MBE y del debate que genera, pudiendo considerar la implementación de tratamientos alternativos con ese mismo modelo.

Hablando de las fortalezas de la medicina alternativa y la relación que tiene en terapias mente-cuerpo; en este año se realizó un ensayo clínico aleatorizado, en pacientes con dolor lumbar crónico, tratados con opioides, mostrando que pueden reducir síntomas, logrando la reducción del consumo de opioides entre los 6 a 12 meses del inicio.

Este hallazgo fortalece la recomendación de uso de estas terapias como opciones iniciales en casos seleccionados.

Hasta cierto punto, el uso de estas terapias físicas se ha logrado implementar con cierta seguridad al paciente, en contraste de algunas terapias herbolarias. El ejemplo del uso de la yerba de San Juan, conocida como el hipérico (*Hypericum perforatum*), metabolizado por la vía de CYP3A4, y a pesar de ser una terapia herbolaria para la ansiedad y depresión, se relaciona con interacciones farmacológicas, como reducción de niveles de otros fármacos (benzodiacepinas, ACO, inmunosupresoras). Otro caso de estas interacciones se encuentra con el uso del Ginkgo Biloba y otros botánicos, los cuales se siguen estudiando y evidenciando la relación e interacción que presentan con terapias antiagregantes o anticoagulantes (p.ej. Warfarina).

La falta de regulación farmacológica de estos productos implica una ausencia de regularización de los productos de venta libre, llegando a tener reportes que hasta un 20% de estos, cuentan con la presencia de plomo, mercurio o arsénico, no reportados en tabla de información, motivo por el cual se vincula con un aumento de consulta de urgencias anuales, teniendo como hallazgo una fuerte asociación del uso de medicina alternativa. Un ejemplo de relevancia médica es el del ácido aristoloquico (encontrado en herbolaria china) el cual está asociado con nefropatías y carcinoma urotelial.



Aristolochia clematitis, planta que contiene ácidos aristolóquicos.

MBE y Medicina Alternativa

El debate entre la MBE y la medicina alternativa se ha planteado con cierta costumbre, en términos de confrontación, hasta el grado que se ha vinculado con rechazo de algunas terapias medicas con adecuada evidencia científica, llegando incluso a sustituir la terapéutica oncológica. Ante esta realidad, los profesionales de la salud tenemos que documentarnos sobre estas terapias alternativas, desde productos herbolarios, naturistas u homeopáticos (entre otros) ya que la no divulgación es frecuente, desconociendo dosis, concentraciones, fuentes, efectos adversos y evidencia.

En este contexto, cabe cuestionarnos en qué medida se integra esta medicina alternativa, sin perder el criterio científico basado en la MBE, considerando la seguridad del paciente, las interacciones farmacológicas y la decisión compartida que se pueda incorporar entre los valores, ética médica, las preferencias del paciente, que en conjunto respete el objetivo de una terapéutica médica.

Considerando que cualquier terapia médica, se puede considerar dentro la prevención (primaria, secundaria y terciaria), tratamiento curativo, paliativo o de soporte; dicha clasificación, se considera aplicable a cualquier tratamiento médico, independiente si es farmacológico, quirúrgico o asistencial; donde según la MBE, corresponde a una ciencia, que por ello, puede responder al principio de falsabilidad de Karl Popper (propuesto durante el siglo XX) en contraste de la medicina alternativa, que tanta apertura tiene a este principio. Planteando el punto de mayor debate del artículo ¿Qué tipo de medicina representa mayor capacidad de apertura, crecimiento y confiabilidad?.

En este contexto, y en seguimiento del fin que estableció Hipócrates “primum non nocere”, surge la pregunta ¿cómo podemos indexar la medicina alternativa a la MBE? Con el objetivo de no perder su valor popular en la población, logrando una integración en la práctica médica actualizada. Con el fin de presentar la evidencia clínica de la medicina alternativa incluso con un sistema de evidencia (p.ej, GRADE), de modo que esta represente una práctica de seguridad para el paciente. Como es el claro ejemplo del ya comentado hipérico, o caso fuertemente relacionado y divulgado, el ajo rey, que se ha reportado con fuerte relación de acción esteroidea.

Asimismo, un punto clave en cualquier terapéutica, que cumple la MBE, es el principio de plausibilidad y reproducibilidad, donde se realizan criterios y características específicas, considerando la inclusión y exclusión de la población, terapéutica y la problemática (patología) ha estudiar, realizando divisiones por grupos etarios, sexos, características poblacionales, para que con ellos se pueda particularizar cada tratamiento de la MBE; con el objetivo de tener una regularidad, desde el punto de vista costo-beneficio y riesgo-beneficio.



MEDICINA BASADA EN EVIDENCA / MEDICINA ALTERNATIVA



Teniendo en cuenta las áreas grises que se encuentran entre estas dos disciplinas, es posible considerar un área de oportunidad. Esto condiciona la pregunta ¿Cuáles son las áreas prioritarias de investigación? Si bien se sabe que en contexto de áreas críticas o quirúrgicas, la integración de esto es más compleja (o nula) por la gravedad del paciente; en el seguimiento ambulatorio pudiera exponerse con mayor frecuencia la pregunta de estudio.. ¿que terapéutica se puede realizar de la medicina alternativa?

Frente a estas oportunidades, pudiéramos considerar, ¿realmente quien tiene el mayor compromiso de la integración de la medicina alternativa hacia una MBE?, el curandero?, quien tiene una formación empírica, transmitida desde generaciones tras generaciones y modificadas sin una regularidad estandarizada; o es nuestro deber como médicos que nos formamos y aprendimos una MBE, poder realizar estudios de la medicina alternativa integrados a esta MBE? Ya que, como gremio médico, tenemos un fin común, desde el clínico, quirúrgico, el que se encuentra en zona urbana o en zona rural, y ese fin común es la búsqueda del estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). "Evidence based medicine: What it is and what it isn't". *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
2. Cummings, M. (2023). "Why is acupuncture now recommended for chronic pain in the UK?" *Integrative Medicine Research*, 12(3), 100974. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2023.100974>
3. Mathie, R. T., Lloyd, S. M., Legg, L. A., Clausen, J., Moss, S., Davidson, J. R. T., Ford, I., & Duffy, S. (2017). "Randomised, double-blind, placebo-controlled trials of non-individualised homeopathic treatment: Systematic review and meta-analysis". *Systematic Reviews*, 6, 63. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0445-3>
4. Markowitz, J. S., Devane, C. L., Chavin, K. D., Taylor, R. M., Ruan, Y., Wang, J. S., & Donovan, J. L. (2003). "Effects of St John's wort on drug metabolism by induction of cytochrome P450 3A4 enzyme". *JAMA*, 290(11), 1500-1504. <https://doi.org/10.1001/jama.290.11.1500>
5. Saper, R. B., Phillips, R. S., Sehgal, A., Khouri, N., Davis, R. B., Paquin, J., Thuppil, V., & Kales, S. N. (2008). "Lead, mercury, and arsenic in US- and Indian-manufactured Ayurvedic medicines sold via the Internet". *JAMA*, 300(8), 915-923. <https://doi.org/10.1001/jama.300.8.915>



TEMA CULTURAL



**DR. JOSÉ JOEL
PARADA JIMÉNEZ**

*Medicina Interna, ACP Member,
Maestría en Ciencias de la
Educación (IEU), Miembro de la
Sociedad Médica del Hospital
Angeles Puebla (SMHAP)*

VOLÚMEN I MAY-JUN 2025

Issue No. 003

Impacto de la cultura en la salud y enfermedad

DR. JOSÉ JOEL PARADA JIMÉNEZ

El concepto de cultura actualmente es comprendido como el conjunto de valores, costumbres, creencia y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico; por lo tanto, hace inherente hablar del ser humano en sí mismo y del cómo nace una cultura.

Una cultura surge como resultado de la interacción humana y a su vez de la acumulación y transmisión de conocimiento, valores, creencias, costumbres y finalmente de una organización social.

Con base en la evidencia recopilada se plantean diversas hipótesis sobre las enfermedades en los períodos Paleolítico y Mesolítico. Por otro lado, hallazgos como la caries dental, artrosis y luxaciones en fósiles del hombre de Neandertal generan interrogantes dejando mucho a la especulación.

Es importante mencionar que la palabra cultura deriva del latín "colere" que significa cultivar, pues en el periodo Neolítico podemos observar datos incipientes de una cultura, la cual surge de la llamada "Revolución del Neolítico", en la cual la actividad preponderante fue la agricultura, la cual marcaba un estilo de vida sedentario que impactó de manera negativa aumentando el riesgo de contagio de enfermedades derivado de la convivencia de grandes grupos de seres humanos en espacios reducidos durante el invierno. Los hallazgos en grupos sedentarios sugieren una mayor incidencia de sinusitis crónica secundaria al humo de fuego en las casas, lo cual era infrecuente en grupos de cazadores y recolectores nómadas.



La agricultura y el sedentarismo fueron consecuencia directa de la revolución del Neolítico.

Se podría decir que la "Revolución del Neolítico" tuvo un impacto desfavorable para la salud; sin embargo, fue la necesidad sanar lo que obligó a estudiar los eventos nosológicos y a obtener un tratamiento.

Si nos detenemos a pensar; desde la molécula más pequeña en nuestro planeta hasta las galaxias en el universo, todo, está regido por un orden, inicialmente físico-químico (para nuestro planeta), el cual fue reorganizado por el orden biológico (OB) el cual implicó la aparición de la dualidad indisociable: organismo-medio ambiente en perpetua integración y con tendencia a la complejidad derivado del surgimiento de formas altamente organizadas, reguladas, integradas y reproductivas que culminaron en la aparición del Homo sapiens; éste último silenciaría la evolución dando lugar a la cultura. Así, el orden biológico se subordinaría al orden cultural.

El orden cultural (OC) rige las formas de ser y de vivir de los seres humanos, quienes, a través del tiempo nos hemos sobrepuerto por medios cognitivos, técnicos, organizativos o artesanales a la escasez de alimentos, a la inseguridad, a la vulnerabilidad ante catástrofes, a la muerte prematura y a las necesidades espirituales; para lograrlo, hemos dejado de lado al orden biológico. Ha sido entonces el OC el que ha determinado la forma y dirección de la vida humana y de los seres vivos cercanos en función del deseo, utilidad o valor para satisfacer necesidades respecto al hábitat, vivienda, alimentación, reproducción, crianza, vestimenta, ornato y la recreación, surgiendo entre sociedades las relaciones de: conquista, dominación, defensa, alianza e intercambio.

Conforme avanzamos en la historia vemos que entre los asentamientos humanos existen diferencias culturales y, de hecho, ello podría explicar en parte la aparición de ciertas enfermedades en ciertas regiones geográficas.

En definitiva la cultura debe ser comprendida como una determinante de impacto en la salud y enfermedad pues marca la pauta de la forma y expresión que caracteriza a una determinada población como son la etnicidad, el nivel educativo, el género, la religión, la lengua, la cosmovisión, los arquetipos, las creencias, costumbres y valores.

Cabe enfatizar que las creencias se relacionan con la necesidad espiritual, lo cual, dependiendo de la cultura puede tener influencia predominante en ideas como la magia, las deidades y el misticismo. Este aspecto ha sido el principal obstáculo de la ciencia y la razón, lo que ha motivado a ciertos grupos a profundizar en el estudio del ser humano y su entorno con el fin de dar explicación a los diferentes fenómenos conocidos y emergentes. Los esfuerzos por privilegiar el estudio, la investigación, la ciencia y la razón han influido en las diferentes culturas de todo el mundo, pero no de la misma forma; pues han sido las propias culturas las que han puesto el límite de tal influencia, incluso a través del tiempo, pues podemos encontrar diferencias incluso dentro de una misma cultura.

Durante mucho tiempo las necesidades básicas fueron el pilar sobre el que se rigieron las normas sociales en todas las culturas, sin embargo, son las mismas necesidades las que han llevado al desarrollo tecnológico y a la devastación humana junto con su entorno. Por poner algunos ejemplos: la fabricación de herramientas y el dominio del fuego con fines de supervivencia derivó en el desarrollo de armas para emprender campañas de guerra, lo cual incentivó el cuidado de la salud y la preservación de la misma; muchos de los avances en materia de tecnología y salud se han logrado entorno de las guerras.



Inundaciones, Incendios, Sequia, consecuencias del Calentamiento global.



Desigualdad social como consecuencia del abuso de poder.

Otro ejemplo sería la necesidad de protección de la intemperie, que hizo posible la aparición de grandes castillos, pero también de tugurios insanos y hacinamiento. Por otro lado, tenemos el ejercicio de la sexualidad, disociado de los fines reproductivos, con objeto de satisfacción y goce, lo cual ha derivado en su utilización como instrumento de abuso y lucro e incluso trata de personas. De la misma manera, el contraste en la tasa reproductiva alta en algunas regiones y nula en otras, ha marcado grandes diferencias de oportunidades de desarrollo. No es el propósito enunciar todas las necesidades que han sido abatidas con éxito y además han degenerado en conductas poco saludables o nocivas. Pareciera que en la naturaleza humana la ambición y el exceso son obstáculos importantes que impiden un equilibrio entre especie y medio ambiente.

Los conceptos de salud y enfermedad en cada cultura son propios e independientes, derivado de que la cultura es un constructo social definido en primera instancia por las necesidades básicas en una región y un momento determinados, esto explica parcialmente los hábitos y comportamientos más o menos saludables con diferente dimensión, en función de la trascendencia social.

A través del tiempo las necesidades humanas cambian de prioridad y dan lugar a modificaciones en el orden cultural, lo que favorece ciertos hábitos que impactan con gran variabilidad en aspectos de salud y enfermedad.

Así entonces, para tratar de explicar y comprender cuál es el impacto de una cultura en la salud y en la enfermedad en nuestra época, se requiere un enfoque integral que incluya aspectos sociológicos y antropológicos además del panorama biológico per se.

Tanto desde el punto de vista de la sociología como de la antropología, se vinculan estrechamente factores políticos y económicos que marcan y regulan el comportamiento social con el medio ambiente. Sin embargo, el ejercicio del poder hace notable la pauta del comportamiento en una sociedad, esto, bajo una lógica antropocéntrica en la cual la satisfacción de necesidades motiva la realización de leyes y distribución de recursos. Desafortunadamente en la mayoría de los casos la balanza se inclina a la satisfacción de necesidades de unos cuantos, abandonando el propósito de origen: beneficio colectivo, el cual tiene implícito el cuidado del medio ambiente que nos rodea. La aparición de grupos rebeldes y disidentes es la conciencia de ciertos abusos y desigualdad de oportunidades.

Con el paso del tiempo el ejercicio del poder se ha tornado perverso; se ha puesto como base el lucro sin límites y se ha convertido en rentable la devastación planetaria.

Actualmente es difícil distinguir lo que pudo ser obra del orden biológico y somos daño colateral del orden cultural y del poder que se ejerce en las diferentes regiones del mundo, donde incluso en algunas, los preceptos culturales originales han sido sustituidos por ideas codiciosas y destructivas que satisfacen las necesidades (si es que se les puede llamar así) o deseos de una minoría.

En términos de salud y enfermedad enfrentamos como especie uno de los momentos más críticos, con mayor desigualdad en materia de recursos para salvaguardar la salud, por lo tanto mientras en algunas regiones el desarrollo tecnológico ha alcanzado límites inimaginables logrando la supresión de nuevas enfermedades que eran incurables, en otras, los seres humanos mueren por padecimientos cien por ciento prevenibles. Así mismo las áreas de investigación para la salud están supeditadas a presupuestos destinados sólo a ciertos objetivos planeados estratégicamente para generar enriquecimiento de alguna minoría. En algunos casos parece que está prohibido trabajar por el bien colectivo y que los esfuerzos deben dirigirse al desarrollo de nuevos tratamientos supresores de padecimientos prevenibles.



Vivimos en una época sin precedente; para muchas sociedades su cultura ha sufrido cambios radicales mientras otras luchan por mantener sus preceptos, el hecho es que un medio ambiente hostil y los riesgos para la salud son generados y perpetuados por la forma en que vivimos como sociedad, por nuestra cultura, pero no la cultura surgida en el Neolítico, sino la que ha sido degradada por la indiferencia, el lucro, la sustitución de valores y el hedonismo.



Considero que, con lo hasta aquí expuesto, se deja claro que ha sido el propio ser humano, su interacción con el medio y el orden cultural lo que impacta de manera dinámica en la salud y enfermedad de nuestra especie. Es innegable el impacto favorable derivado del avance tecnológico en materia de salud, pero al mismo tiempo es imposible que no se vea ensombrecido por el daño a nuestro planeta, daño inflingido bajo el ejercicio del poder y un orden cultural disuadido de sus principios y valores que tuvieron como fin colectivo el salvaguardar la salud de la especie humana y preservar la integridad nuestro entorno.

Referencias bibliográficas:

- Leonardo Viniegra-Velázquez, "El orden cultural, la enfermedad y el cuidado de la salud", Bol Med Hosp Infant Mex. 2017;74(6):397-406. doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.06.002
- Ana González Fernández, Ariel Genes Martínez, José Mendoza Blanco, Rossy Mera Zapata, Nany Gaitán Vásquez, Zuly Candelaria Salazar Luna. (2017). Determinantes culturales de la salud. Opinión Novel.. Revista avances en salud. 1. 44-47. DOI: 10.21897/25394622.1217.
- Ingo Wilhem Müller, Volker Roelcke, Barbara Wolf-Braum y Hans Schadewaldt. "Crónica de la Medicina". Editorial: Intersistemas. 3ra edición (2003) ISBN 970-655-637-0



Anuncios ACP Internacional



Mexico
Chapter

- COUNCIL OF STUDENT MEMBERS -



DR. HASSLER STEFAN MACIAS SÁNCHEZ

Miembro del Council of Student Members del American College of Physicians para el período 2024-2026.

Egresado de la Universidad de las Américas Puebla, realizó su Internado Rotatorio de Pregrado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, cuenta con especial interés por la investigación en materia de Educación Médica, así como por la creación de políticas públicas y abogacía en el sector salud.

En el American College of Physicians se tiene la priorización del involucramiento de sus miembros en cada etapa formativa y profesional, lo que ha llevado a la constitución de consejos para cada etapa dentro de la estructura del colegio, integrando desde los médicos internistas, los médicos residentes y hasta los estudiantes de medicina.

Un consejo especial para aquellos estudiantes de medicina apasionados por la Medicina Interna es el CSM o Council of Student Members. Que tiene los objetivos de responder ante las peticiones que haga el Board of Regents, los Comités o el Staff del colegio respecto a programas, productos y servicios. Principalmente se resaltan los 4 puntos siguientes

- Promocionar la especialización en Medicina Interna.
- Incrementar el valor de la membresía estudiantil ACP.
- Fortalecer las actividades a nivel de su capítulo y su universidad.
- Alinear las actividades del CSM con el Plan Estratégico del ACP.

Este consejo contiene responsabilidades y obligaciones para los miembros estudiantiles que son seleccionados, entre los cuales se integra la asistencia al Internal Medicine Meeting - IMM - debido a las actividades académicas y enfocadas a estudiantes que organiza el CSM, así como a la reunión de Agosto en donde también asiste la persona que funge como CEO del colegio, así como actual Chair del Board of Regents como invitados con quienes se pueden discutir los temas abordados en la reunión, así como Staff del Colegio para facilitar el proceso y seguimiento de la reunión.

El día 3 de septiembre fue compartida por vía electrónica la Convocatoria para postularse como miembro del CSM la cual permanecerá abierta hasta el 1ro. de Noviembre de 2025.

En este escrito les compartiré los puntos clave y recomendaciones para postular a este colegio y ser parte de un consejo esencial para las actividades realizadas por el ACP.

Primero, se recomienda que la fecha de graduación del estudiante con interés en postular sea en Mayo 2027 o posterior a esta fecha. Como recomendación invitaría a los estudiantes de los primeros años, a postular desde el inicio de su carrera universitaria para así contar con un periodo más largo y obtener un mejor involucramiento, llegando incluso a ser Chair del CSM.

Al momento de realizar su postulación es esencial que conozcan la estructura del colegio, un punto esencial sería conocer los Boards, Committees y Councils del colegio, a estos pueden acceder a través del siguiente enlace:
<https://www.acponline.org/about-acp/who-we-are-what-we-do/leadership/boards-committees-councils>.

Conocer la estructura permitirá orientar su postulación a las necesidades y planes del colegio, así como identificar el comité donde les gustaría participar como representante del CSM, al final esta decisión es con base a la persona que tiene el cargo de Chair y Vice Chair por lo que les recomendaría mantener un contacto estrecho y externar su interés de ser parte de un comité como representante.

Sin embargo, es esencial considerar que ser parte de un comité integra mayores responsabilidades para ese miembro del CSM como puede incluir un viaje adicional a Philadelphia o Washington, situación que es importante considerar por temporada de exámenes o accesibilidad en los hospitales donde se encuentre rotando.

Debido a la carga académica de un estudiante de medicina, se tiene un período aproximado de 1 a 2 horas de manera bimestral para que el estudiante dedique específicamente a actividades del colegio como pueden ser revisión de políticas a aprobar por el colegio, desarrollo de programas educativos para el IMM, contribuir al IMpact con artículos para la sección del CSM o cualquier otra tarea que sea seleccionada para el miembro del CSM.

Toda manera en la que puedas aportar al colegio para su beneficio es importante resaltarlas para que vean el valor agregado en tu postulación.

Especificamente hablando de los documentos necesarios para tu postulación al CSM se encuentran los siguientes:

- Curriculum Vitae - OJO tu CV no es el único que leerán, considera que debe ser breve y contener elementos esenciales para una persona que busque estar en un consejo como puede ser liderazgo, Grupos de Interés en Medicina Interna (IMIG por sus siglas en inglés) específicamente en el Mexico Chapter uno de los más activos es el IMIG UNAM, así como involucramiento en ACP de manera general como asistencia previa a IMM o participación en actividades del ACP Mexico Chapter.
- Carta de Nominación - Esta es tu oportunidad que atrapará al revisor de tu postulación, asegúrate de redactar una carta que haga al miembro del CSM querer tenerte como colega en el consejo.
- Carta de Apoyo - Deberá ser escrita por un miembro general de ACP o uno involucrado como Regent, Governor o Fellow. Preferentemente se recomienda una con un alto involucramiento en ACP como el Gobernador del Mexico Chapter.

- Carta de tu Universidad - La cual debe indicar que tienes un Good Academic Standing o lo equivalente a un Buen Rendimiento Académico. Es importante considerar que como todos los documentos son en inglés un punto esencial es la conversión del promedio de tu universidad a la escala GPA, usada en Estados Unidos de América.

Esta oportunidad es anual y se abre entre los meses de agosto y septiembre cerrando el 1ro. de noviembre del respectivo año, es importante que en cualquier situación tengas tus documentos listos como VISA debido a que las notificaciones se hacen en el mes de diciembre y tus procesos para asistir al Internal Medicine Meeting, inician desde enero.

Otro punto esencial es la perspectiva en Equidad, Diversidad e Inclusión que tiene el ACP, lo que no debería desmotivarte para competir por una posición dentro del CSM. Desde mi perspectiva como el primer estudiante mexicano en ser parte del CSM te puedo asegurar que el ambiente es demasiado amigable y son muy abiertos ante las perspectivas de los estudiantes internacionales.

La perspectiva EDI permite integrar a los miembros del ACP de manera transversal en cada actividad o posición de involucramiento, te recomiendo que no escatimes en continuar la representación hispanohablante dentro del CSM y podamos continuar abogando y trabajando desde el consejo para una representación latina de los estudiantes de medicina.

Así mismo, es importante aclarar que el ACP realiza un apoyo económico para los viajes y viáticos que son obligatorios, por lo que es un factor que no debería estresarte económicamente, este punto yo lo considero esencial para los estudiantes de Latinoamérica debido a que puede representar un gasto excesivo para nuestros presupuestos.

Sin más que agregar, te comparto el enlace donde puedes leer la convocatoria completa - https://www.acponline.org/sites/default/files/documents/medical_students/resources/csm-member-call-for-nominations-2025.pdf.

Así mismo te recuerdo que puedes obtener retroalimentación sobre tu postulación a través del Councils Application Review Panel al cual podrás compartir los borradores de lo que deseas enviar como aplicación a más tardar el 15 de Octubre del presente año para que se te pueda otorgar una retroalimentación en tiempo y forma para enviar tu postulación final el 1ro de Noviembre.

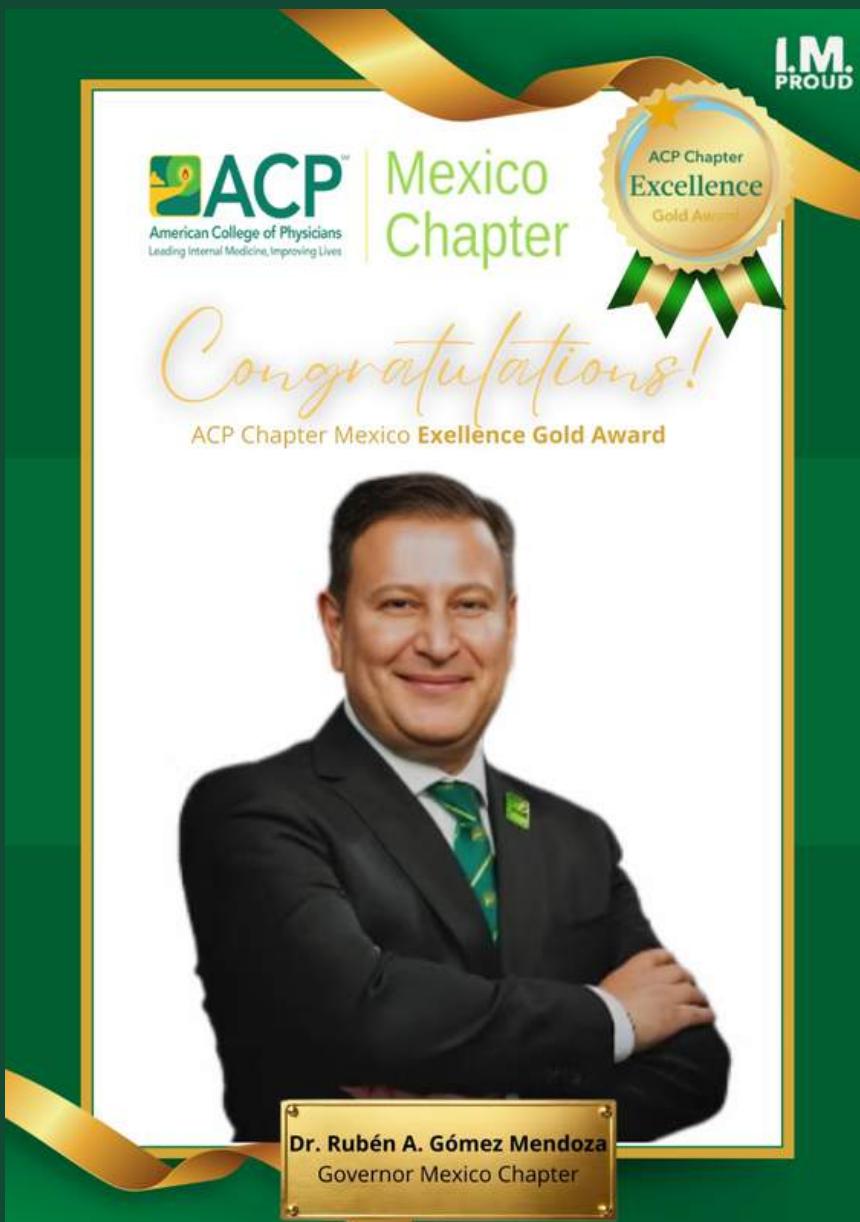
Comparto contigo esta información esencial para que la representación de ACP Mexico Chapter y de los capítulos latinoamericanos crezca dentro del American College of Physicians.



Anuncios ACP Mexico Chapter



Mexico
Chapter



ESTIMADA MEMBRESÍA:

CON JÚBILO LES INFORMO QUE POR PRIMERA VEZ OBTUVIMOS EL **GOLD AWARD**.
NO TENGO PALABRAS PARA AGRADECER A TODOS LOS MIEMBROS DEL CAPÍTULO,
ASÍ COMO A LOS CHAIRS, MIEMBROS E INTEGRANTES DE LOS DIFERENTES COMITÉS,
POR SU ESFUERZO Y DEDICACIÓN.
AHORA EL RETO ES Y SERÁ, SEGUIRLO MANTENIENDO.

¡UN ABRAZO PARA TODOS!

Anuncios ACP Mexico Chapter



Mexico
Chapter

Gold Level Achievement Includes 68 Chapters/Regions

- Alabama Chapter
- Alaska Chapter
- Arizona Chapter
- Arkansas Chapter
- Bangladesh Chapter
- Brazil Chapter
- California Northern Chapter
- California Southern 1 Chapter
- California Southern 2 Chapter
- California Southern 3 Chapter
- Central America Chapter
- Colorado Chapter
- Connecticut Chapter
- Delaware Chapter
- District of Columbia Chapter
- Florida Chapter
- Georgia Chapter
- Hawaii Chapter
- Illinois Southern Region
- Indiana Chapter
- Iowa Chapter
- Japan Chapter
- Kansas Chapter
- Kentucky Chapter
- Louisiana Chapter
- Maine Chapter
- Maryland Chapter
- Massachusetts Chapter
- Mexico Chapter
- Michigan Chapter
- Minnesota Chapter
- Missouri Chapter
- Montana Chapter
- Nebraska Chapter
- New Hampshire Chapter
- New Jersey Northern Region
- New Jersey Southern Region
- New Mexico Chapter
- New York Manhattan/Bronx Regi
- New York Brooklyn/Queens/Staten Island
- New York Long Island Region
- New York Hudson Valley Region
- New York Upstate Region
- North Carolina Chapter
- North Dakota Chapter
- Ohio Chapter
- Oklahoma Chapter
- Oregon Chapter
- Pennsylvania Eastern Region

ABOUT ACP



México
Chapter



Participación Internacional ACP Mexico Chapter



American College of Physicians

Mexico
Chapter



**EXPOSITORES INTERNACIONALES
CONGRESO DEL BICENTENARIO 2025**

**Dr. Rubén A. Gómez Mendoza
(MEXICO)**

**Dra. Irma Luisa Ceja Martínez.
(MEXICO)**

REPRESENTACIÓN DEL ACP EN EL CONGRESO DE SOBOLMI (SOCIEDAD BOLIVIANA DE MEDICINA INTERNA)



ACP Mexico Chapter



Mexico
Chapter

FINAL DE DOCTOR DILEMMA VIERNES 21 DE NOVIEMBRE 16:00 HRS AUDITORIO DEL HOSPITAL ANGELES LEÓN

Nueve Sedes Participantes

HOSPITAL ANGELES METROPOLITANO

CENTRO MÉDICO ABC

HOSPITAL MÉDICA SUR

CMN SIGLO XXI

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ, MONTERREY, NUEVO LEÓN

CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.



ACP Mexico Chapter



Mexico Chapter

AGRADECE A SUS CONFERENCISTAS INTERNACIONALES

The image is a promotional graphic for a medical conference. On the left, there is a large portrait of a man with grey hair, identified as Dr. Ricardo Gómez Huelgas. Below his name is a small green box containing the word "ESPAÑA". To the right of the portrait, the title of the conference is displayed in large blue letters: "HIPERURICEMIA: CUÁNDΟ TRATAR Y A QUIÉN TRATAR". Above the title, the logo of the American College of Physicians (ACP) is shown, consisting of a green square with a white "P" and the text "ACP American College of Physicians". To the right of the ACP logo, the word "Mexico Chapter" is written in green. At the top left, there is a circular icon with the word "LIVE" inside it. The background features a yellow gradient at the top transitioning to white at the bottom. The date "22 JULIO" and time "HORARIO: 8 PM" are located at the bottom right. A small Spanish flag is positioned above the conference title. A detailed anatomical illustration of a joint with a urate crystal deposit is visible on the right side.

JULIO

AGOSTO

ACP Mexico Chapter



ANUNCIOS

The logo for the Harvard T.H. Chan School of Public Health, featuring a crest with a cross and the text "HARVARD T.H. CHAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH".

**HARVARD
T.H. CHAN
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH**

A circular logo for the 29th anniversary of the Harvard T.H. Chan School of Public Health, spanning the years 1997-2026.

29
ANIVERSARIO
1997-2026

TRADUCCIÓN SIMULTÁNEA AL ESPAÑOL

**XXVII Programa Internacional para Líderes de Salud
Building Strong Health Systems for the Future**

1 al 4 de diciembre de 2025

La interacción de los docentes de Harvard con líderes de Latinoamérica y otras regiones permite a los participantes desarrollar una nueva visión de los servicios de salud, los cambios necesarios para garantizar la sustentabilidad de los sistemas y las nuevas formas de financiamiento que nos exige la innovación constante en Medicina y Gestión Sanitaria

VACANTES LIMITADAS

El Seminario incluye:

- Certificado otorgado por la Universidad
- Traducción simultánea al español en todas las actividades
- Docentes con experiencia de gestión y excelencia académica

Información y Admisión: www.liderlatam.com
54911.4949.4775 - 54911.6127.8913
maride@liderlatam.com
enriqueumschiavon@gmail.com

The LIDERLATAM logo, which consists of a red diamond shape with white lines forming a stylized 'L' and 'I'. To the right, the word "LIDERLATAM" is written in a bold, sans-serif font, with "NEW HORIZONS FOR HEALTH LEADERS" in a smaller font below it.

A blue background graphic with abstract white shapes, including a QR code, a logo for "amfem", and text in Spanish.

¿ERES ESTUDIANTE DE MEDICINA CON ALMA DE DESARROLLADOR?

Desarrolla tu idea digital para la educación médica
INCUBADORA AMFEM 2025-2026



Escanea el código QR y participa



ACP Mexico Chapter



Mexico
Chapter

**MUCHAS FELICIDADES A
DR. GUILLERMO J. RUIZ ARGÜELLES**



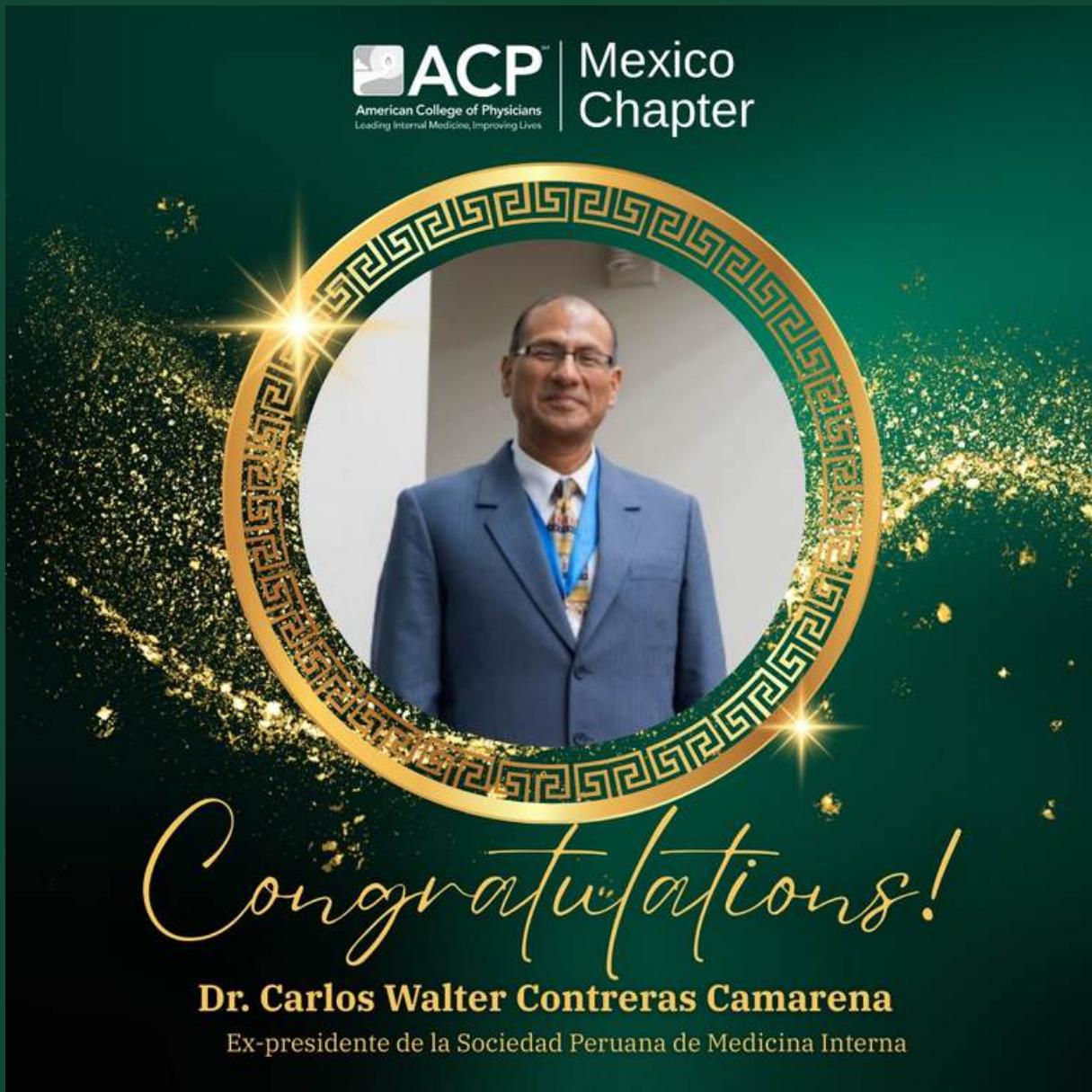
POR SU NOMBRAMIENTO COMO INVESTIGADOR NACIONAL EMÉRITO

ACP Mexico Chapter



Mexico
Chapter

**MUCHAS FELICIDADES A
DR. CARLOS WALTER CONTRERAS CAMARENA**

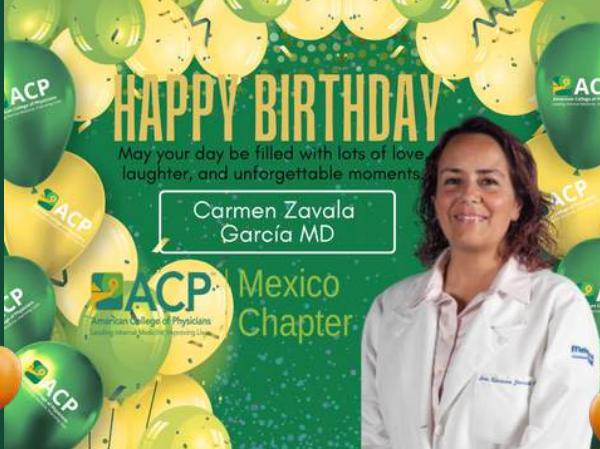
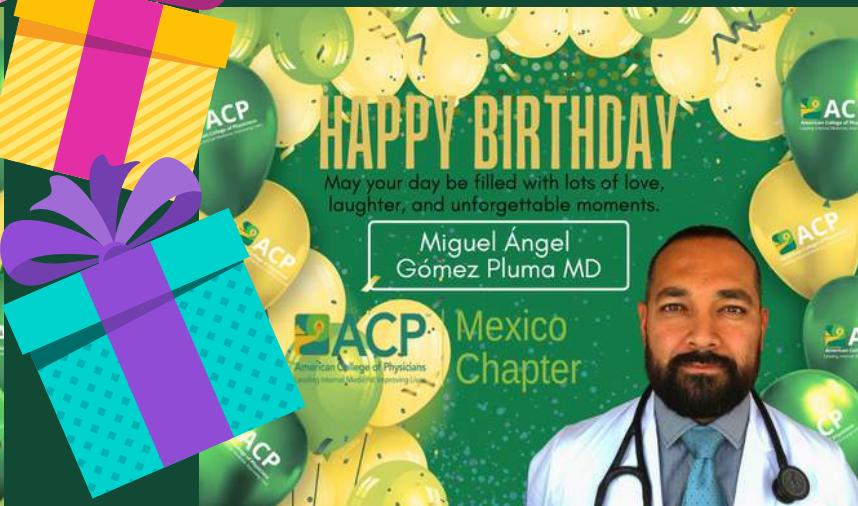
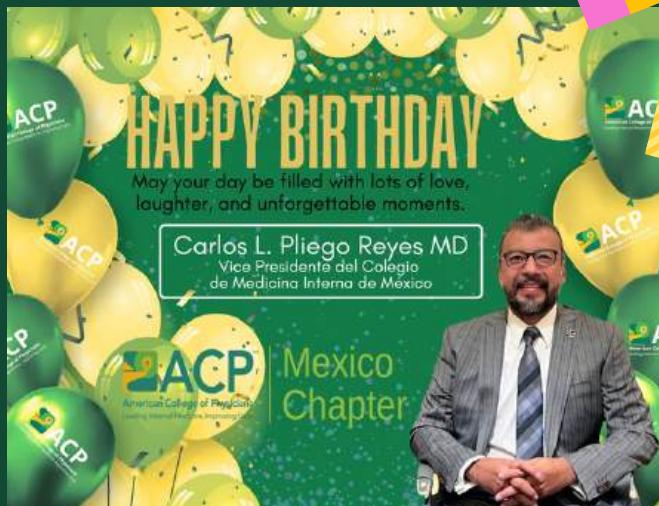
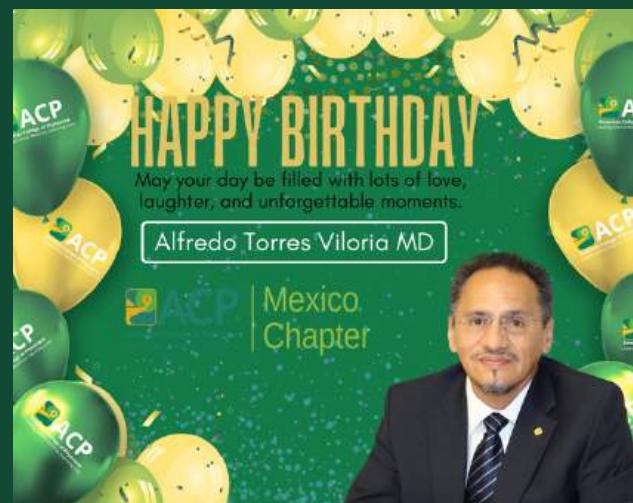


**POR SU DESIGNACIÓN COMO DIRECTOR DE LA UNIDAD DE POSGRADO DE LA
FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO, PERÚ**

ACP Mexico Chapter

ACP
American College of Physicians
Leading Internal Medicine. Improving Lives.
Mexico Chapter

**MUCHAS FELICIDADES A LOS CUMPLEAÑEROS DE
JULIO Y AGOSTO, 2025**



Te invitamos a Nuestras Sesiones Mensuales

virtualis Webinars



**Segundo martes de cada mes
por
Facebook Live**



[American College of Physicians - Mexico Chapter](#)



También puedes ingresar a:



<https://webinars.virtualis.app/org/ACP-MX/login?redirectTo=/org/ACP-MX/webinar/7cp82a9702h5lo8/landing>



Siguenos en:



<https://www.acponline.org/about-acp/chapters-regions/global-chapters/mexico-chapter>

Cordialmente Invitados a nuestra sesión extraordinaria



LIVE

**CONSTANCIA CON VALOR CURRICULAR SI CUENTA CON SU ACP ID (NÚMERO DE AFILIADO)

ACP
American College of Physicians
Leading Internal Medicine. Improving Lives

MEXICO

SESIÓN EXTRAORDINARIA

"GASLIGHTING MÉDICO"

DRA. CAROLINA CONSEJO Y CHAPELA

23 SEPTIEMBRE | HORARIO: 8 PM

virtualis Webinars

23 de septiembre 8:00 PM

[American College of Physicians - Mexico Chapter](#)



<https://webinars.virtualis.app/org/ACP-MX/login?redirectTo=/org/ACP-MX/webinar/7cp82a9702h5lo8/landing>

Siguenos en:



<https://www.acponline.org/about-acp/chapters-regions/global-chapters/mexico-chapter>

EL COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE TE INVITA





SE ACERCA LA FECHA... SEPARA TU LUGAR

**ACP | Internal Medicine
Meeting**

ABRIL 16-18, 2026



SAN FRANCISCO, CA. EUA

Agradecimientos



DRA. EVA M.
PERUSQUIA
FRIES



DR. CARLOS
VÁZQUEZ
GÓMEZ



DR. LUIS
MONTIEL LÓPEZ



DR. CARLOS E.
CONTRERAS
GARCÍA



DR. CARLOS M.
DUARTE
FLORES



DR. JOSÉ JOEL
PARADA
JIMÉNEZ



DR. HASSSLER
STEFAN
MACIAS SÁNCHEZ



EDICIÓN Y ARTE

Dra. María Cristina
Guerrero de León
Comité de
Comunicación



DIRECCIÓN

Dr. Rubén Antonio
Gómez Mendoza
Gobernador ACP
México Chapter



REVISIÓN

Dr. Héctor Eduardo
Dueñas Silva
FACP