

EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO EN TIEMPOS DE CRISIS

Pablo Montes Arcón ¹

RESUMEN: *El saber y el actuar médico son inherentes a la ética, la educación basada en valores hace parte del proceso de formación integral del profesional. Estos valores son milenarios y tienen su origen en el Juramento Hipocrático, el cual ha tenido múltiples modificaciones de acuerdo a las necesidades históricas; actualmente la pandemia por el COVID-19 ha propuesto una serie de retos al ejercicio de la práctica acorde a la ética médica, por lo que es necesario hacer una reflexión sobre los postulados que conforman el Juramento Hipocrático.*

PALABRAS CLAVE: *Juramento hipocrático, ética médica, COVID-19, educación médica.*

ABSTRACT: *Knowledge and medical actions are inherent to ethics, values-based education is part of the integral training process of the professional. These values are millenary and have their origin in the Hippocratic Oath, which has had multiple modifications according to historical needs; Currently, the Covid-19 pandemic has proposed a series of challenges to the exercise of practice in accordance with medical ethics, so it is necessary to reflect on the postulates that make up the Hippocratic Oath.*

KEY WORDS: *Hippocratic Oath, medical ethics, COVID-19, medical education.*

¹ Médico Cirujano. Estudiante de Postgrado de Patología. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia. ORCID: 0000-0003-3021-0319

Recibido: 18/01/2022
Aceptado: 01/03/2022

INTRODUCCIÓN

El Juramento Hipocrático (JH) ha guiado ejercicio médico durante 25 siglos. Sus postulados constituyen, aún hoy, el marco ético y deontológico de la profesión ¹. Sin embargo, la Asociación Médica

Mundial (AMM) ha realizado varios ajustes en la redacción para que el JH esté a la altura del momento histórico. La AMM realizó la primera modificación en 1948, en la Declaración de Ginebra, como respuesta a los crímenes cometidos por médicos durante la Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, en 1968, 1983, 1994 2005, 2006 y 2017, la AMM le realizó varias modificaciones ².

Actualmente, el gremio médico enfrenta una de las crisis sanitarias más importantes, la pandemia de la COVID-19 ³, la cual representa un reto científico en el diagnóstico y el tratamiento, además de un reto laboral para los médicos por el alto riesgo de infección, precarias condiciones de trabajo y víctimas del complejo estigma-discriminación en razón de su profesión ⁴.

En este artículo se realizó una revisión bibliográfica sobre el estado del arte del Juramento Hipocrático y de la Bioética, y llevó a cabo una reflexión crítica sobre su pertinencia actual en el contexto de la crisis sanitaria, social, económica y política

generada en el contexto de la pandemia por la COVID-19.

Para realizar la revisión bibliográfica, se llevó a cabo la búsqueda de artículos científicos publicados en español e inglés en la base de datos Scielo, Imbiomed, Redalyc, Excerpta, Medica-Embbase y Medline, entre el 1 de enero de 2001 hasta el 30 de diciembre de 2021, utilizando los términos “Bioética”, “Ética médica” o “Juramento hipocrático” y “COVID-19 ” o “ SARS-COV2”. Se encontraron 785 artículos, de los cuales, una vez eliminados los duplicados y los que contaron con poco sustento bibliográfico en su redacción, se consideraron como aptos para la revisión un total de 39; teniendo preferencia por aquellos provenientes de Latinoamérica, debido a su relativa sencillez y comprensión del contexto en cuanto a las necesidades de la región.

DESARROLLO

Última versión del Juramento Hipocrático revisada por la AMM (2017) y comentarios:

El JH comienza, *“Como miembro de la profesión médica: Prometo solemnemente dedicar mi vida al servicio de la humanidad.”* Este es un lineamiento que sigue vigente, como en cualquier oficio o profesión que se ama, se disfruta o genera un gran número de satisfacciones, que siempre son personales. El servicio está presente desde el inicio de la vida universitaria en que se deben soportar no sólo el narcisismo de los profesores, sino las exigencias sociales de excelencia y éxito.⁵ La formación médica no sólo implica un reto académico, sino también una inversión financiera de dudoso recaudo, también sacrificios sociales y familiares conforme se avanza en la formación; donde la vocación cada vez se logra más⁶. Sin embargo, los altos costos de matrículas en universidades privadas y los cupos limitados en universidades públicas que tienen un menor costo limitan el camino de muchos médicos en formación, incluso hasta la deserción⁷. La formación para el servicio a la humanidad cuesta a una familia o al Estado Colombiano \$80971.80 dólares en una universidad privada y

de \$54971.79 dólares en una pública (de los cuales solo \$14436.57 son aportados por el estado). El tiempo de recuperación estimado de la inversión es aproximadamente 3 años y 6 meses para egresados de universidad pública y 7 años y 3 meses en los egresados de instituciones privadas. Esto si se considera un escenario ideal donde los profesionales tengan un empleo y salarios garantizados a lo largo de ese tiempo, lo que contrasta con la realidad que se vive caracterizada por incumplimiento en los pagos e inestabilidad laboral⁸.

“Velar ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes.”

Es notable que muchos profesionales médicos tienen una preocupación genuina por la salud no sólo física, sino mental de las personas; que pasaron de ser pacientes a usuarios de servicios de salud dada la monetización del sistema de sanitario y la pérdida de la humanización de la atención al paciente, que paso a convertirse en un cliente y su atención se discrimina de acuerdo a la capacidad de pago⁹.

Entre el afán de ayudar al prójimo y la gratificación personal, un número importante de médicos en muchas ocasiones descuidan la propia salud y dejan de lado sus problemas o los minimizan todo para brindar atención¹⁰. Con una mayor comprensión de la salud como los resultados de determinantes proximales, intermedios y distales, se sabe que el médico solo no puede garantizar el bienestar de los pacientes, el paciente debe comprometerse en el autocuidado lo mismo que la familia, la comunidad cercana y las instituciones del estado. Para así lograr una articulación que garantice mejores resultados¹¹.

“Respetar la autonomía y la dignidad de mis pacientes.”

El ejercicio profesional ha pasado del paternalismo médico en el que las decisiones importantes, recibir un medicamento o someterse a una cirugía, era decisión casi exclusiva del profesional a una práctica que respeta o considera la autonomía de los pacientes en las decisiones de salud y la dignidad¹². Sin embargo, no existe reforma que garantice esta

transición fisiológica del paternalismo a la autonomía, principalmente porque la condición de comprensión de los pacientes y sus allegados se ve comprometida en tiempos de crisis ocasionados por las distintas patologías, además por el grado de conocimiento de la enfermedad por parte de los mismos causada en ocasiones su poca formación académica, lo cual sin importar reformas siempre tendrá disyuntivas dado que el paternalismo en sí mismo perdió la credibilidad previamente por los sucesos ocurridos que atentaron notoriamente contra la humanidad¹³.

“Velar con el máximo respeto por la vida humana.”

La medicina no sólo debe velar por la vida humana sino también por otras formas de vida. Esto plantea otro dilema, la ética antropocéntrica vigente y la consideración si la vida en sí misma es un valor, si la vida está llena de dolor o muy deteriorada en su calidad. Asimismo, pone a pensar en el papel de la medicina en ayudar a un bien morir y la consideración de la muerte como parte de la vida¹⁴. La discusión por el

derecho a la eutanasia está vigente, en algunos países, para aquellos pacientes con patologías terminales con sufrimiento y deterioro importante la calidad de vida de ellos y de los familiares, principalmente por los impactos financieros y emocionales que trae consigo la enfermedad ¹⁵.

“No permitir que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes.”

Un enunciado bastante ético y que no engloba la actual situación vivida por el personal asistencial, que el día de hoy es estigmatizado-discriminado por la labor que desempeña, sin considerar la importancia de esta en la sociedad y olvida los momentos históricos recientes de trato médico diferencial ¹⁶. Los genocidios, la regulación involuntaria de la reproducción de algunos grupos étnicos, el manejo médico de las orientaciones sexuales no hegemónicas o reservar los ventiladores en casos de demanda

excesiva de ventiladores a la población económicamente productiva y dejar de último a adultos mayores hacen evidente estigma-discriminación en el ejercicio de la profesión ¹⁷⁻¹⁸.

“Guardar y respetar los secretos que se me hayan confiado, incluso después del fallecimiento de mis pacientes”.

Un postulado que en estos momentos es imposible frente a un resultado positivo para infección por COVID-19, dada la importancia del registro y la notificación obligatoria de los casos para la salud pública nacional e internacional, se considera que lo colectivo está por encima de lo personal ¹⁹. Sin embargo, se debe tener certeza en la información que se maneja y se publica. Siempre se debe considerar el posible impacto de la misma en la tranquilidad del personal no relacionado a las ciencias de la salud. Estas personas suelen ser más susceptible ante datos falsos publicados en medios no oficiales, principalmente en la relación casos sospechosos vs confirmados,

donde las estadísticas pueden alarmar al público general ²⁰.

“Ejercer mi profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica”.

La práctica médica ha sido impregnada del capitalismo reinante. Esta práctica se relaciona directamente con las alternativas terapéuticas. Se deben conocer los estudios de eficiencia y eficacia, así como el listado de posibles efectos adversos de los regímenes de tratamiento para distintas patologías; todo esto para considerar la mejor pauta terapéutica sin importar los costos. No siempre la elección de los tratamientos está mediada por este conocimiento ²¹. Las casas farmacéuticas ofrecen incentivos a los profesionales para promover la prescripción. Se generan con frecuencia conflictos de intereses a la hora de asumir conductas terapéuticas en determinadas patologías ²². En el momento existen múltiples ejemplos de terapéutica poco convencional y lógica para el manejo de una patología causada por un virus (Covid-19), dentro de las que

destaca una pauta de manejo en la cual se emplea como alternativa de manejo el uso conjugado de un antibiótico bacteriostático tipo macrólido, en combinación con un antimalárico oral, medicamentos que tienen efecto en dos patógenos microbiológicos totalmente diferentes a la diana terapéutica; si bien la cloroquina y sus derivados han mostrado efectos inmunomoduladores, en este caso el riesgo beneficio como manejo dirigido para la infección por coronavirus no ha sido dilucidado por completo y los niveles de evidencia-recomendación son bajos. Esto dista de una buena práctica médica al haberse demostrado en ensayos clínicos la poca efectividad de este tratamiento y los múltiples efectos adversos que ocasiona, por lo cual en la actualidad se desaconseja su uso rutinario como se hacía al inicio de la pandemia por Covid-19 ²³.

“Promover el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica”.

¿Qué es honor y nobles tradiciones? El honor se considera una cualidad moral que impulsa a una

persona a actuar rectamente, cumpliendo su deber y de acuerdo con la moral; mientras que las buenas costumbres son aquellas cualidades que le permiten al sujeto desenvolverse de manera correcta en su entorno, sin afectar la integridad de su prójimo y a su vez establecer la suya ²⁴. Se pierde el honor y la nobleza en el ejercicio de cualquier oficio o profesión poco valorada por la comunidad. La sociedad impone y exige un estatus social a los profesionales médicos y para alcanzarlo estos deben trabajar largas jornadas de trabajo tener los ingresos financieros que se esperan. El estatus se mantiene con dinero y éste es sinónimo de conocimiento y de éxito profesional. Estas circunstancias no favorecen el altruismo que siempre se asoció a la profesión ²⁵. Los valores prosociales son imprescindibles en el ejercicio de la medicina. Según Spranger, existen seis tipos básicos de valores: teórico/científico, estético, religioso/espiritual, político, económico y social/humanístico. Los valores humanísticos y los científicos son estructurales en los médicos para

el desarrollo de una adecuada relación médico-paciente. Seguramente, estos valores tienen un efecto positivo en las decisiones clínicas y en la interacción con los pacientes ²⁶.

“Otorgar a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen”.

El respeto a colegas comenzó su extinción cuando la competencia y los intereses financieros impregnaron el ejercicio profesional, colega es sinónimo en muchos casos de enemigo ²⁷. El respeto por los maestros se empezó a deteriorar con la creciente visibilización del maltrato de docentes a estudiantes. En el currículo oculto incluyó por mucho tiene el maltrato psicológico y verbal a los estudiantes, en particular, a estudiantes mujeres, de grupo étnico-raciales minoritarios o sexualmente diversos ²⁸.

“Compartir mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud”.

La difusión o divulgación del conocimiento, no necesariamente, se

realiza en beneficio de la salud individual y colectiva, con anterioridad se anotó la relevancia que tienen los intereses financieros en el contexto global de la salud, la rentabilidad es el principal indicador ²⁶. De la misma forma, algunos estudiantes sugieren que la migración al modelo de competencias menoscaba el compartir directo del conocimiento médico con sus docentes, al existir un enfoque menos individualizado con el fin económico de mayor disponibilidad de cupos para la formación y por ende más ingresos económicos; en este ámbito la enseñanza permite un libre albedrío de los estudiantes para asimilar conocimientos que son nuevos para ellos y que en ocasiones dado el tamaño de los grupos de estudio, estos nuevos conceptos no serán discutidos con sus tutores para determinar la veracidad de los mismos ²⁹. La promoción de la formación autodidacta en medicina invita a pensar, frecuencia, es una estrategia para negar compartir el conocimiento y la experiencia personal ³⁰⁻³¹. En la actualidad la educación médica atraviesa un

momento crítico en la enseñanza y el compartir de conocimientos secundarios a la pandemia por la COVID-19 ³². Medidas preventivas de propagación del virus como el aislamiento preventivo, el distanciamiento social, la educación remota y la alternancia educativa, tienen un impacto en la calidad de los procesos de formación, principalmente por la inexperiencia por parte de los educadores en alternativas para la adecuada instrucción mediante otras herramientas de formación por fuera de la presencialidad ³³⁻³⁴. A sabiendas de la importancia de las prácticas para la formación del Médico, resulta dudosa la idoneidad de las aptitudes de aquellos profesionales que se forman bajo esta modalidad, sin embargo, esto debe ser objeto de estudio para determinar conductas posteriores y trazar estrategias de mejora que den garantía de un adecuado proceso formativo ³⁵.

“Cuidar mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar una atención médica del más alto nivel”.

Los profesionales médicos no son el mejor ejemplo de autocuidado, frecuentemente muestran poca preocupación por la propia salud y, en consecuencia, llevan un estilo de vida poco saludable, similar a la población no médica ³⁶. Los profesionales médicos siguen con frecuencias dietas poco saludables, consumen cigarrillo, alcohol e incluso sustancias psicoactivas ilegales ³⁷. Se espera que los médicos eduquen a sus pacientes con el ejemplo. Este estilo de vida poco saludable no sólo afecta la vida personal del médico sino que también puede tener un impacto negativo en el ejercicio profesional ³⁷.

“No emplear mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza”.

En otros tiempos oscuros del siglo pasado y en la actualidad los conocimientos médicos se usaron en forma activa en crímenes de lesa humanidad los cuales inspiraron reformas en el JH. Sin embargo, los cambios en el papel no siempre se observan en la práctica ³⁸.

En el caso de la pandemia por Covid-19 por conocimientos epidemiológicos debió realizarse por parte del gobierno de China un cerco epidemiológico de la provincia de Hubei donde se localiza la ciudad de Wuhan epicentro de la pandemia, pero esto no fue realizado oportunamente para evitar el compromiso de la economía, sin saber que posteriormente el impacto económico global sería peor debido a la parálisis de las finanzas mundiales y la desviación masiva de los recursos hacia el sector salud; por lo que pudiera considerarse un error de omisión al no emplearse adecuadamente los conocimientos epidemiológicos por parte de las autoridades sanitarias ³⁹.

CONCLUSIONES

Los sucesos globales actuales que se atraviesan en materia de salud, a expensas de la pandemia por COVID-19, han mostrado los múltiples vacíos que existen en los fundamentos de la ética médica, que perjudican de manera notable distintos aspectos del ser, del saber y del actuar de los profesionales de la salud. Se

cometen errores desde el inicio en la formación del médico, que se aceptan y perpetúan a lo largo de carrera. Es posible que la mercantilización de la salud genere un cambio en los valores en pro de la salud y bienestar de los pacientes, que pasaron a ser usuarios o consumidores de servicios de salud. Por lo cual, se considera imperativo la revisión de los lineamientos que rigen la ética médica en una sociedad capitalista. Se debe revisar la redacción vigente del JH para que esté a la altura del momento histórico o que la profesión lo tome fielmente como guía real del oficio médico en este milenio.

REFERENCIAS

1. Cantú G, Zárate A, Palencia J. Propuesta para un juramento del bioeticista. *Persp Bioet.* 2017; 21 (2): 275-279.
2. Sánchez J, Taype A. Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? *Rev Med Chile.* 2018; 146 (12): 1498-1500.
3. Zandifar A, Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian J Psychiatry.* 2020; 51: 101990.
4. Montes-Arcón PS, Campo-Arias A. Los médicos generales y la salud mental en la pandemia por COVID-19. *Duazary.* 2020; 17 (3): 4-6.
5. Peña Pentón D. El arte de la medicina: ética, vocación y poder. *Cuba Salud.* 2014; 9 (3): 31-41.
6. Torres Serna C, Ramírez Quiroga MP, Ospina Cruz J, Díaz Giraldo V. Expectativas para el ejercicio profesional de la medicina en estudiantes que inician su carrera universitaria. *Inv Educ Med.* 2017; 6 (23):190-197.
7. Isaza-Restrepo A, Enríquez-Guerrero C, Pérez-Olmos I. Deserción y rezago académico en el programa de medicina de la Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. *Rev Cienc Salud.* 2016;14(2):231-45.
8. Gil-Rojas Y, Gil-Tamayo S, Mosos JD, Hernández F, Castañeda-Cardona C, Lasalvia P et al. How much does it cost to train a physician in Colombia? *Rev Cienc. Salud.* 2018; 16(2): 219-236.
9. Perales A, Mendoza A, Sanchez E. Vocación médica en médicos de prestigiada conducta profesional. *An Fac Med.* 2013; 74 (4): 291-300.
10. Chang H-Y, Chiou C-J, Chen N-S. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010; 50 (3): 267-271.
11. Soria Trujano R, Vega Valero Z, Nava Quiroz C, Saavedra Vázquez K. Interacción médico-paciente y su relación

con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *LIBER*. 2011; 17(2): 223-230.

12. Beca Infante JP. La autonomía del paciente en la práctica clínica. *Rev Chil Enferm. Respir*. 2017; 33: 269-271.

13. Konfino J, Mejia R, Majdalani MP, Perez-Stable E. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. *Medicina (B Aires)*. 2009; 69(6): 631-634.

14. Reyes P, Delong-Tapia RC. Algunos dilemas éticos en la práctica médica. *Arch Cardiol. Mex*. 2010; 80 (4): 338-342.

15. Gempeler F. Derecho a morir dignamente. *Univ Med*. 56 (2): 178-185.

16. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and initial validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020; 27:1-9.

17. Ortiz MS, Baeza-Rivera MJ, Salinas-Oñate N, Flynn P, Betancourt H. Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche. *Rev Med Chile* 2016; 144: 1270-1276.

18. Moreno-Cubillos CL, Sepúlveda-Gallego LE. Discriminación y violencia contra los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas. *Inv Ed Med*. 2013; 2 (1): 37-41.

19. Rodríguez M, Barahona N, De Moya Y. Importancia de la vigilancia epidemiológica en el control de las infecciones asociadas a la atención en salud. *Biociencias*. 2019; 14 (1): 79-96.

20. Blanco I, García C, Tejedor S. El impacto de las fake news en la investigación en Ciencias Sociales. Revisión bibliográfica sistematizada. *Hist Comun Soc*. 2019; 24 (2): 449-469.

21. Mejía S, Vélez AL, Buriticá OC, Arango MC, Del Río JA. La política farmacéutica nacional en Colombia y la reforma de la seguridad social: acceso y uso racional de medicamentos. *Cad Saúde Pública*; 2002 18(4):1025-1039.

22. Viña-Pérez G, Debesa F. La industria farmacéutica y la promoción de los medicamentos. Una reflexión necesaria. *Gac Med Espirit*. 2017; 19 (2): 110-122.

23. Javelot H, El-Hage W, Meyer G, Becker G, Michel B, Hingray C. COVID-19 and (hydroxy)chloroquine–azithromycin combination: Should we take the risk for our patients? *Br J Clin Pharmacol*. 2020; 86(6): 1176-1177.

24. Guzmán F, Arias CA. Buena fe y principio de confianza en medicina. *Rev Colomb Cir*. 2012; 27:192-195

25. Weiss Y, Fershtman C. Social status and economic performance. *Eur Econ Rev*. 1998; 42: 801-820.

26. Zarco VA, Cardoso GMA, Torres VM, et al. Valores en estudiantes de medicina

de nuevo ingreso en un plantel de la UNAM. *Rev Esp Cienc Salud*. 2014; 17(2): 91-97.

27. Franco CA. Del colegaje y otras buenas costumbres. *Act Neurol Colomb*. 2018; 34: 1.

27. Hill KA, Samuels EA, Gross CP, Desai MM, Zelin NS, Latimore D, et al. Assessment of the prevalence of medical student mistreatment by sex, race/ethnicity, and sexual orientation. *JAMA Inter Med*. 2020; 180(5): 653-665.

28. Morales JD, Varela M. El debate en torno al concepto de competencias. *Inv Educ. Med*. 2015; 4(13): 36-41.

29. Del Rey A, Sanchez-Parga J. Crítica de la educación por competencias. *Universitas*. 2011; 15: 233-246.

30. Munayco-Guillén F, Cámara-Reyes A, Muñoz-Tafur LJ, Arroyo-Hernández H, Mejía CR, Lem-Arce F, et al. Características del maltrato hacia estudiantes de medicina de una universidad pública del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016; 33(1): 58-66.

31. Gutiérrez-Moreno A. Educación en tiempos de crisis sanitaria: Pandemia y educación. *Praxis*. 2020; 16(1): 7-10.

32. Alemán I, Vera E, Patiño – Torres M. COVID-19 y la educación médica: retos y oportunidades en Venezuela. *Educ Med*. 2020; 21(4): 272-276.

33. Sánchez-Duque JA. Educación médica en tiempo de pandemia: el caso de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). *Educ Med*. 2020; 21(4):259-260.

34. Sierra-Fernández CR, López-Meneses M, Azar-Manzur F, Trevethan-Cravioto S. La educación médica durante la contingencia sanitaria por COVID-19: lecciones para el futuro. *Cardiovasc Metab Sci* 2020; 31(supl 3): s217-s221.

35. Hewitt N. Estilos de vida en profesionales de la salud del municipio de Zipaquirá. *Psychologia*. 2007; 1(1): 61-97.

36. Fonseca M, Fleitas G, Tamborero G, Benejam M, Leiva A. Estilos de vida de los médicos de atención primaria: percepción e implicaciones sobre la prevención cardiovascular. *Semergen*. 2013; 39 (8): 421-432.

37. Sanabria-Ferrand PA, González LA, Urrego DZ. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud Colombianos. Estudio exploratorio. *Rev Med*. 2007; 15 (2): 207-217.

38. Sotomayor HA. La medicina y las guerras. Una introducción. *Rev Fac Med*. 2008; 16 (2): 263-266.

39. Cherkaouia M. La geopolítica cambiante del coronavirus y la caída del neoliberalismo. *Revista de Economía Institucional*. 2021; 23(44): 103-141.

CORRESPONDENCIA

Pablo Salomón Montes Arcón. Dirección:
Postgrado de Patología, Universidad de
Cartagena. Cartagena, Colombia. Teléfono:
+57 3104550310. Dirección de correo
electrónico: pmontesarcon@gmail.com