



**FONDO
EDITORIAL
COMUNICACIONAL**

HOSPITAL MODERNO

MÁS ALLÁ DE LA CIENCIA Y TECNOLOGÍA



Juan Esteban Ceccarelli Flores



HOSPITAL MODERNO

MÁS ALLÁ DE LA
CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Juan Esteban Ceccarelli Flores

HOSPITAL MODERNO. Más allá de la ciencia y tecnología.

Autor

Juan Esteban Ceccarelli Flores

Editado por:

© **Colegio Médico del Perú**

Fondo Editorial Comunicacional

Malecón Armendáriz 791, Miraflores, Lima 18, Perú.

Teléfono: 213 1400 Anexo: 2601

www.cmp.org.pe

Revisión de estilo

Beatriz E. Gonzales La Rosa

ISBN: 978-612-49026-6-6

Hecho el Depósito Legal en el Biblioteca Nacional N° 2023-03877

Diseño y Diagramación

Impresión Arte Perú SAC

Impresión

Impresión Arte Perú SAC

Jr. General Orbegoso 249 - Breña

999698361 - 998738077

contacto@impresionarteperu.com

Mayo 2023

Primera edición, Lima, Perú, mayo de 2023

Tiraje: 500 ejemplares

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio, total o parcialmente, sin permiso expreso de los editores



Colegio Médico del Perú

COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL Período 2022-2024

Decano	: Dr. José Raúl Urquizo Aréstegui
Vicedecano	: Dr. Alfredo Alonso Celis López
Secretaria del Interior	: Dra. Wilda Cecilia Silva Rojas
Secretario del Exterior	: Dr. Víctor Leonel Llacsá Saravia
Tesorero	: Dr. Wilder Alberto Díaz Correa
Vocales	: Dr. Herminio Renán Hernández Díaz Dra. Amelia Cerrate Ángeles Dr. César Augusto Portella Díaz Dr. Leslie Marcial Soto Arquíñigo
Accesitarias	: Dra. Celia Betzabet Moisés Alfaro Dra. Milagros Dalila Sánchez Torrejón

CONSEJOS REGIONALES DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

Dra. Elena Victoria Rios De Edwards	CONSEJO REGIONAL I LA LIBERTAD
Dr. Miguel Ángel Pinedo Saboya	CONSEJO REGIONAL II IQUITOS
Dr. Ildauo Aquirre Sosa	CONSEJO REGIONAL III LIMA
Dra. Armida Concepcion Rojas Dávila De Izaguirre	CONSEJO REGIONAL IV HUANCAYO
Dr. Antony Gustavo Tohalino Meza	CONSEJO REGIONAL V AREQUIPA
Dra. Eliana Janette Ojeda Lazo	CONSEJO REGIONAL VI CUSCO
Dr. Christian Yuri Requena Palacios	CONSEJO REGIONAL VII PIURA
Dr. Ronald Jimy Agüero Acuña	CONSEJO REGIONAL VIII CHICLAYO
Dr. Luis Felipe Muñante Aparcana	CONSEJO REGIONAL IX ICA
Dr. Andrei Alekseevich Kochubei Hurtado	CONSEJO REGIONAL X HUÁNUCO
Dr. Alberto Fernando Del Valle Espejo	CONSEJO REGIONAL XI HUARAZ
Dr. Jorge Eliseo López Claros	CONSEJO REGIONAL XII TACNA
Dr. Carlos Abelardo Morales Hernández	CONSEJO REGIONAL XIII PUCALLPA
Dr. Carlos Alberto Neira Ortega	CONSEJO REGIONAL XIV PUNO
Dr. Efraín Salazar Tito	CONSEJO REGIONAL XV SAN MARTÍN
Dr. Waldo Franz López Gutiérrez	CONSEJO REGIONAL XVI AYACUCHO
Dra. Patricia Isabel Ocampo Quito	CONSEJO REGIONAL XVII CAJAMARCA
Dr. Luis Alberto Ortiz Pilco	CONSEJO REGIONAL XVIII CALLAO
Dr. Carlos Humberto Quiroz Urquizo	CONSEJO REGIONAL XIX CHIMBOTE
Dr. Manuel Alejandro Pomazongo Goyas	CONSEJO REGIONAL XX PASCO
Dr. Giancarlo Urquizo Pereira	CONSEJO REGIONAL XXI MOQUEGUA
Dr. José Luis Osorio Ticona	CONSEJO REGIONAL XXII APURÍMAC
Dra. Lourdes Lilita Feijoo Oyola	CONSEJO REGIONAL XXIII TUMBES
Dr. Lino Elmer Rodríguez Julcamanyan	CONSEJO REGIONAL XXIV HUANCVELICA
Dr. Jorge Arturo La Torre y Jiménez	CONSEJO REGIONAL XXV AMAZONAS
Dr. Elard Arturo Castor Cáceres	CONSEJO REGIONAL XXVI MADRE DE DIOS
Dr. Juan Carlos Nicho Viru	CONSEJO REGIONAL XXVII LIMA PROVINCIAS

FONDO EDITORIAL COMUNICACIONAL - FEC

Dr. OSCAR PAMO REYNA

Director del FEC
Médico Internista Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Miembro del FEC
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Académico de número, Academia Nacional de Medicina

Dr. JORGE GONZÁLEZ MENDOZA

Médico infectólogo
Secretario del FEC
Moderador, Programa para la Monitorización de Enfermedades Emergentes
(ProMED). International Society of Infectious Diseases

Dr. CIRO MAGUIÑA VARGAS

Médico Infectólogo Tropicalista Dermatólogo
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú
Académico de número - Academia Nacional de Medicina

Dr. RICARDO IVÁN ÁLVAREZ CARRASCO

Instituto Nacional Materno Perinatal
Asociación Médica Peruana de Patología Clínica
Academia Panamericana de Historia de la Medicina
Asociación de Historia de la Medicina Peruana

Dr. ALBERTO EMILIO ZOLEZZI FRANCIS

Director Comité Editorial y miembro del FEC
Médico Gastroenterólogo
Hospital Nacional María Auxiliadora
Universidad Ricardo Palma

Dr. HORACIO VARGAS MURGA

Médico Psiquiatra
Docente Principal de la UPCH
Médico Asistente
Instituto Nacional de Salud Mental
“Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”

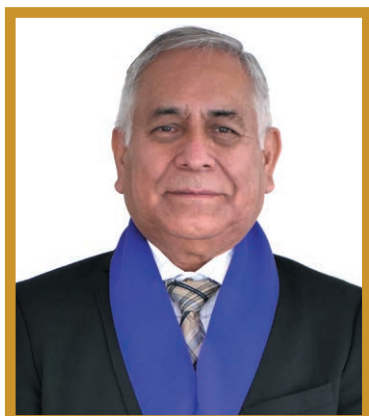
Presentación del CMP

El Comité Directivo del Fondo Editorial Comunicacional (FEC) ha decidido auspiciar y financiar la primera edición de HOSPITAL MODERNO. MÁS ALLÁ DE LA CIENCIA Y TECNOLOGÍA, del autor: Juan Esteban Ceccarelli Flores, obra que no solo cumple con los requisitos de calidad, pertinencia, oportunidad, equidad y respeto que consagran nuestro reglamento, sino que aborda un tema de interés en el quehacer médico diario, vivencias y otros aspectos de la salud.

Esta edición de HOSPITAL MODERNO. MÁS ALLÁ DE LA CIENCIA Y TECNOLOGÍA, tiene 158 páginas.

El decano y el director general del FEC/CMP felicitan al autor por la claridad y calidad del contenido del tema presentado. Con esta nueva publicación, el CMP cumple con el deber histórico de colaborar con la difusión del conocimiento, en la era que estamos viviendo, difusión que es fundamental para el desarrollo del individuo y de la sociedad.

Miraflores, mayo de 2023



Dr. Raúl Urquiza Aréstegui
Decano Nacional del CMP
2022-2024



Dr. Oscar Pamo
Director del Fondo Editorial
Comunicacional CMP

CONTENIDO

DEDICATORIAS	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
PRÓLOGO	iv
PREFACIO	vi
ALGUNOS ASPECTOS DE LA HISTORIA DE LOS HOSPITALES	1
HACIA UNA ARQUITECTURA ANTROPOLÓGICA	15
ASISTENCIA HOSPITALARIA MÁS HUMANA	27
ATENCIÓN EN ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN	43
MEDICINA INTERNA	47
CIRUGÍA	51
GINECO-OBSTETRICIA	55
PEDIATRÍA	59
SERVICIO DE URGENCIAS	63
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	67
MANERA DE MORIR	73
MÉDICO CÚIDATE A TI MISMO, CUIDEN AL CUIDADOR	77
REFLEXIONES EN TIEMPO DE PANDEMIA	81
DOCENCIA EN LOS HOSPITALES	89
HOSPITALES COMO CENTROS DE INVESTIGACIÓN	109
DESAÍOS EN LA GESTIÓN DE HOSPITALES	117
MIRANDO EL FUTURO DEL HOSPITAL	123
REFERENCIAS	131

“Tendremos así el moderno hospital cristiano, donde el cuerpo- es decir, las estructuras materiales, las instalaciones técnicas, los medios científicos y la misma competencia profesional de todos sus miembros- sería animado por el hábito y por los actos de la virtud que resume toda la ley cristiana: el amor”

Ángel Alcalá Galve (1)

DEDICATORIAS

A mi esposa e hija: Luz y Juana, por brindarme su amor, comprensión y constante apoyo que me permitieron escribir esta obra.

A la memoria de mis padres: Miguel y Crisanta, ejemplos de unión familiar.

A mis hermanos: Rina, Francisco (+) y Miguel.

A todos aquellos afligidos seres humanos que acuden a los hospitales, que contribuyen a nuestra formación profesional y que no siempre son debidamente asistidos.

A los profesionales de salud que, durante esta pandemia como expresión de sublime abnegación, realizaron lo máximo que un ser humano puede hacer: "dar su vida por servir a sus semejantes".

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud a todas las personas que han contribuido a que este libro se haga una realidad, en especial a aquellas que de manera directa coadyuvaron a su elaboración:

Al doctor Patrick Wagner Grau, excelente profesional médico, de gran calidad humana y filósofo, por motivarme a efectuar la publicación y honrarme con su generoso prólogo que, con la lucidez que le caracteriza, ofrece un valioso aporte académico.

César Panduro Astorga, docente, poeta y narrador iqueño, por sus importantes sugerencias y adecuadas correcciones del texto.

Roxana Vargas Luján, bachiller en administración de empresas y competente secretaria de la Universidad San Luis Gonzaga-Ica, por su entusiasta y acuciosa labor en la elaboración del escrito y adecuación del diseño de la portada.

Enrique Muñante R. y su hija Nélide del Pilar, artistas plásticos iqueños, por el talento puesto de manifiesto al realizar la ilustración de la carátula, expresando a través de sus pinceles emociones que reflejan el sentido de esta obra.

Un profundo agradecimiento a los miembros del Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú, por hacer posible la publicación de este libro y permitir que llegue a sus manos.

PRÓLOGO

El médico es un ser especial, un personaje único, semi divinizado. El término médico proviene, probablemente de la raíz *medes* o *medis* que, en la civilización etrusca, significó medio o mediador, pues era considerado justamente un ser intermediario entre los hombres y las divinidades. Se trataba de un personaje admirado y respetado, que acudía en ayuda de los seres humanos que sufrían o pasaban por una necesidad, muchas veces, grave. Aportaba calma, consuelo y apoyo no sólo al sufriente sino también a la familia del mismo y si este fallecía, el medes acompañaba a los deudos hasta el cementerio o al conjunto de tumbas mortuorias y se quedaba con la familia para acompañarla y consolarla. Por ello, se afirma que la medicina nació o por lo menos, fue impulsada en las tumbas etruscas. Al incorporarse la civilización etrusca a la cultura romana imperial, el medes pasó a llamarse médico.

El gran Hipócrates de Cos, en el siglo IV a. C., el más famoso discípulo de Pitágoras, en los albores de la magna civilización helénica, definía las principales características del médico: "Ante todo, jamás inquietar, siempre tranquilizar, a veces curar y en toda ocasión consolar y acompañar". En la misma Grecia clásica, el gran filósofo griego Aristocles, más conocido como Platón, en el siglo IV a. C., en su famoso diálogo "El Banquete o el Ágape", definía al médico como el mejor de los hombres, el modelo de todos los seres humanos y lo consideraba como el sabio que cura los males del cuerpo y del alma.

Aristóteles de Estagira, en el siglo III a. C., el dilecto discípulo de Platón; hijo del médico del rey Filipo de Macedonia, decía: "Sólo la filosofía es ciencia superior a la medicina, pero un médico filósofo es el más perfecto de los hombres".

La figura del médico se ha ido engrandeciendo a través de los siglos justamente por ser la profesión más humanista. No se trata de un simple quehacer o una técnica sofisticada y elaborada, sino de una comprensión de la naturaleza, del equilibrio y también del dolor de la humanidad. El dolor, en su sentido más amplio, vale decir del daño (*dolum*) que puede aquejar al ser humano y causarle sufrimiento (*sub frire*, soportar una carga), profesión por excelencia, en su verdadero sentido: profesar que significa dar todo de sí en lo que se realiza, todas las capacidades al servicio de aquellos que lo necesitan.

Por lo anterior, es esencial que el médico sea necesariamente una buena persona. Un buen médico ha de ser siempre una buena persona. Es imposible que un "buen" médico sea una mala persona: podrá ser un buen técnico (tekno = arte), pero un técnico no necesariamente profesa, sólo exhibe una o más cualidades, pero no entrega todo de sí en aquello que realiza o emprende.

Por ello, el lugar en el que el profesional médico, y en general todo el personal de salud, realizan su labor debe estar "impregnado" de esa cualidad humanista.

Estos conceptos y muchos otros, relacionados preferentemente con la humanización de los hospitales, son tratados magistralmente en este excelente libro del Doctor Juan Ceccarelli, distinguido médico de amplia trayectoria docente y profesional, que me honro en prologar. Considero que esta obra impactará profundamente en nuestros colegas, en todo el personal sanitario y en los pacientes, puesto que aborda temas que tienen que ver con un servicio de salud efectivo, haciendo hincapié en la aproximación ética a los pacientes y a los mismos profesionales con el común denominador del humanismo basado en el amor tanto a los pacientes como a la noble profesión que tenemos el honor de ejercer.

Patrick Wagner Grau

Expresidente de la Academia Nacional de Medicina

PREFACIO

El ser humano, al tomar conciencia del mundo que le rodea y de sí mismo, comprende que el enfermar y el morir son consustanciales a su condición terrenal y, así, surge en él la preocupación por mantener la salud. Inquietud que lo lleva a buscar frecuentemente ayuda de otros seres humanos, en especial de aquellos que se encuentren capacitados para contribuir a recuperar o conservar este bien preciado. Por ello, acude a las instituciones sanitarias y, entre ellas, la de mayor nivel y complejidad: el hospital.

Dada la importancia de esta organización en el sector salud se intenta cada vez más “mejorarla y modernizarla”; sin embargo, no siempre se logra este propósito ya que, con cierta frecuencia, se observa una edificación que prioriza lo técnico y económico sobre lo humano; un incremento de equipos y de diferentes profesionales (muchas veces no dotados de competencias humanísticas) que están conduciendo a “hacer más mecánicas” las relaciones interpersonales, dando lugar a que pacientes y familiares se quejen de los inadecuados espacios/ambientes físicos y, sobre todo, de las inapropiadas atenciones brindadas por el personal que en ella laboran, desazón que expresa “falta del calor humano” en las asistencias recibidas. Señales negativas que justifican el porqué hacer un análisis sobre las relevantes funciones que desempeña esta institución de tanta trascendencia social y ver si en ella, como debe ser, se está respetando la dimensión humana, si las actividades que se realizan tienen a la “persona como núcleo central” y si las atenciones se efectúan con un enfoque holístico.

Iniciamos este libro con una breve historia del hospital que pretende describir y encontrar un sentido al porqué, cuándo y dónde fue creado; la importancia de la religión en su desarrollo, la trascendencia de actos de solidaridad humana en su mantenimiento y cómo ha ido evolucionando.

Continuamos examinando algunos aspectos relacionados con su ubicación dentro de las ciudades y de la infraestructura que debe tender a ofrecer bienestar, adecuándose mejor a las condiciones humanas de los seres que en ellos se encuentran.

Luego abordamos la labor asistencial, donde el enfermo no debe, como a veces suele suceder, ser desplazado por la enfermedad, donde las habilidades tecnológicas no deben dejar de lado las habilidades humanas y donde el paciente siempre debe recibir un servicio con calidez. Realizamos un recorrido por las distintas áreas o

unidades en donde se efectúa la labor asistencial, señalando algunas características personales que sobresalen en quienes ejercen cada una de las “grandes especialidades médicas”: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría, así como de quienes ejercen la labor de enfermería. Reseñando, también, algunos aspectos particulares de los que desempeñan sus funciones en el servicio de urgencias, cuya actuación, obligada por la circunstancia, exige que mantengan ecuanimidad ya que frecuentemente deben tomar decisiones rápidas y de graves consecuencias para la vida de los pacientes y que, además, pueden generar conflictos de naturaleza ética si no son adecuadamente realizadas. Asimismo, de los que cumplen su misión en las Unidades de Cuidados Intensivos, ambientes altamente tecnificados y en donde la muerte está constantemente acechando, entorno estresante que genera grandes esfuerzos físicos y emocionales del personal sanitario y que les obliga a que en ellos se conjuguen la capacitación científico-técnica y humana que les permita comprender las circunstancias de angustia y soledad por las que atraviesan los pacientes y así aliviar el habitual temor de ser “abandonados en sus últimos momentos”.

Después del breve análisis sobre la asistencia del enfermo en los diversos ambientes hospitalarios, hacemos una sucinta meditación respecto a la salud del personal sanitario, señalando el “Síndrome de desgaste profesional” como expresión de una inadecuada estrategia de salud ocupacional y la necesidad de que el propio profesional trate de cuidarse a sí mismo.

Como quiera que las circunstancias estresantes descritas se han agudizado por la pandemia que en la actualidad nos afecta, hemos estimado realizar algunas reflexiones sobre la misma, aun cuando no había sido considerada en el planteamiento inicial, ya que ella nos ha “corrido el velo” sobre la incapacidad de los servicios de salud para brindar una atención adecuada, la acentuación de tensiones entre los intereses colectivos e individuales y la existencia de grandes inequidades sociales que obligan a modificar la habitual asistencia sanitaria. Además, nos ha mostrado evidentes conflictos entre los valores de libertad y salud, así como la necesidad de meditar sobre aspectos importantes que surgen ante circunstancias de miedo e incertidumbre, comportamientos que han sido analizados a través de la historia y la literatura, revelándonos grandes escritores, como Albert Camus, Gabriel García Márquez y José Saramago, la importancia del lenguaje para transmitirnos, hacernos comprender diversos aspectos psicológicos, algunos egoístas y otros solidarios acompañados de ternura, que suelen observarse en momentos o situaciones críticas como la que estamos viviendo.

A continuación, intentamos analizar el importante papel que el hospital desempeña en la formación de los recursos humanos en salud, en particular la relacionada con

los futuros médicos y de los que siguen especialización. Meditando sobre algunos aspectos, tales como: la selección del educador que no debe realizarse basada sólo en los conocimientos médicos o científicos, sino también considerando sus capacidades metodológicas en los procesos de enseñanza-aprendizaje que contemplen la activa participación de los estudiantes y, sobre todo, presten más atención a las actitudes, ya que su modelo es fuente de inspiración e imitación.

La formación centrada en valores es motivadora de la búsqueda de nuevos conocimientos orientados a mejorar la salud y calidad de la vida de los seres humanos por lo que se contempla la necesidad de fortalecer el cumplimiento de la otra función de los hospitales: la investigación, "la búsqueda de la verdad al servicio del hombre" y que para realizarla no se vea a él como objeto útil, sino como sujeto digno de respeto para lo cual es fundamental la formación de investigadores que no se limiten sólo a respetar las bases legales y éticas internacionales existentes, sino que la hagan con conciencia en base a una sólida "ética interna".

Después de analizar las funciones del hospital, hacemos un breve comentario sobre la necesidad de contar con una administración que conduzca al desarrollo armónico de las mismas. Responsabilidad que debe recaer en profesionales que poseen conocimientos de gestión, pero sobre todo sean capaces de ejercer liderazgo, de actuar de acuerdo con principios, construir relaciones con los demás y utilizar adecuadamente su influencia.

Teniendo en cuenta que una de las características de los seres humanos es preocuparnos e interesarnos por el porvenir, hemos creído pertinente señalar algunos aspectos que han sido denominados "transiciones sanitarias" y que están conduciendo a la búsqueda de reforma del sistema sanitario, concretamente del hospital. Cambios que obligan a plantear modificaciones en la organización de los sistemas de salud, inquirendo sobre un nuevo modelo centrado en el paciente que permita integrar la prestación del servicio en diferentes centros, desarrollándose las llamadas "redes asistenciales" en donde el hospital puede y debe ser la base en la conjunción estratégica de todos los momentos de la atención en salud y en las que, sin dejar de utilizar adecuadamente los adelantos científicos y tecnológicos, se ponga un énfasis especial en asegurar la dignidad del ser humano.

Ojalá que los que tengan la paciencia de leer estas páginas, que reflejan más que mis pensamientos los de ilustres personajes que han iluminado nuestra senda, encuentren en ellas un motivo de reflexión y de acción para lograr que el hospital cumpla sus relevantes funciones impregnadas de calor humano, enlazando la ciencia y la técnica con el espíritu cristiano de la caridad.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA HISTORIA DE LOS HOSPITALES

“Que la medicina que aquí se cultive no pierda la esencia de lo que ha sido la razón de su nobleza a través de los siglos”

Ignacio Chávez ⁽²⁾

“Nuestro espíritu está siempre en el futuro, preocupado por lo que vamos a hacer ... Sólo en vista de este futuro, para prevenirlo y entrar en él bien pertrechados, se nos ocurre pensar en lo que hemos sido hasta aquí”. Esta expresión, de don José Ortega y Gasset ⁽³⁾, nos motiva a dirigir nuestra mirada hacia el pasado de estas valiosas instituciones sanitarias, para relacionarla con el presente y, aprovechando lo positivo de sus aportes, tratar de que en el porvenir sigan cumpliendo sus importantes funciones sociales con mejor calidad, brindando fraternidad y el consuelo que necesitan todos los que acuden a las mismas.

Veamos el móvil de su fundación. Desde los albores de la civilización existen señales de la presencia de sentimientos humanos. En efecto, los hombres de Neandertal, cuyos fósiles al mostrar que sobrevivieron a importantes traumatismos y que realizaban un enterramiento ritual a sus muertos, estarían expresando la práctica de atención a los enfermos y la creencia en unas ideas espirituales ⁽⁴⁾.

Esta preocupación y deseo de ayudar, nos induce a pensar que la edificación de los hospitales probablemente obedece al sentimiento de la misericordia, como expresión del amor por sus semejantes. Así, se menciona que ya en la India, siglo VI a.C., Buda promovió la fundación de una especie de hospicios, donde se daban cuidado a los inválidos y pobres; en una inscripción hecha en una roca, el rey Asoka (cerca de 226 a.C.) registra la erección de los hospitales fundados por él y los archivos cingaleses indican la existencia de hospitales en Ceilán (actual Sri Lanka) en 437 y 137 a.C. En Egipto, los templos funcionaban como hospitales por ser al mismo tiempo "centros de curación por la fe". En la civilización de la antigua Grecia, también los templos dedicados al Dios de la medicina pueden considerarse como predecesores de los hospitales ⁽⁵⁾.

Sin embargo, en la cultura romana, a la que se le atribuye la fundación con la concepción que tenemos actualmente de hospitales, su creación no fue motivada necesariamente por la caridad y la justicia, sino que el móvil partió de una técnica política: "La disciplina", vinculada al ejercicio del poder. La legión romana utilizaba los mecanismos disciplinarios como una "forma de gobernar al hombre, controlar sus multiplicidades, utilizarlas al máximo y mejorar el efecto útil de su trabajo y sus actividades" ⁽⁶⁾.

La vida militar influyó naturalmente en su desarrollo, al irse extendiendo las fronteras romanas, era necesario establecer las "enfermerías militares en lugares estratégicos". De esta manera, antes del año 14 de nuestra era, en Alesia, cerca de Haltern, los romanos construyeron uno de los primeros hospitales (Valetudinario, del latín valetudo=estado de salud, enfermedad) creados para los legionarios. Además de los valetudinarios militares, había también valetudinarios civiles para esclavos (los propietarios de grandes extensiones de tierra mandan construir esta especie de hospitales, para conservar en buen estado la mano de obra de los esclavos). Posteriormente se erigieron otros en Vetera (año 54), Novaesium y en Bonn (año 180) ⁽⁷⁾.

Siguiendo estos pasos, pero impulsados por las doctrinas predicadas por Jesús que generaron y fortalecieron las emociones de amor y compasión se fundaron numerosos hospitales. Se tiene conocimiento que, uno de los hospitales cristianos más antiguos, fue fundado por Basileios el grande, en Cesárea (año 372), una verdadera comunidad para los enfermos, los ancianos y huérfanos ⁽⁵⁾.

Establecimientos análogos se fundaron en Constantinopla, especialmente desde Justiniano, que concedió gran atención a estos asuntos. Hacia el año 500, se funda en Arlés, por el obispo Cesario, el que será el hospital Merovingio más antiguo para pobres y enfermos. Radegunda, esposa del rey Merovingio Clotario I, mandó erigir en Poitiers

un convento - Hospital en donde visita personalmente a los enfermos para bañarlos y atenderlos ⁽⁷⁾.

En diferentes ciudades del imperio se fundaron también hospitales que llenaban misiones diferentes, así había los llamados: Pandokheion (albergue de peregrinos), Xenodochium (albergue de forasteros), Nosocomium (casa de los enfermos), por sólo citar los más importantes ⁽⁵⁾.

En el año 529, en Montecasio (Campania) el asceta Benito de Nursia (480-560) funda una comunidad monacal que se convierte en modelo para el movimiento monástico de la edad media ⁽⁷⁾.

Henri Bon ⁽⁸⁾, al referirse a las obras médicas católicas, manifiesta que en todos los tiempos la caridad ha multiplicado los lugares de asilo y de tratamiento para los enfermos. Organizaciones en las que "el alma no sea maltratada, sino que reciba cuidados lo mismo que el cuerpo". La parábola del gran samaritano establece el prototipo de esta caridad. Así se explica el nacimiento y desenvolvimiento de los hospitales cerca de los obispados y monasterios. El cuidado de los enfermos fue el que hacer de algunas comunidades y se crearon órdenes especiales con este fin. No podríamos dejar de notar que, aunque las fundaciones de hospitales fueron hechas por laicos o autoridades civiles, casi siempre, y durante largo tiempo el espíritu cristiano las inspirará.

En torno al año 1136 el emperador Basilio Juan II Comneno, fundó cerca de su palacio, a orillas del Bósforo, una peculiar tríada de instituciones, que luego se va a repetir, aunque de forma más simple en muchos lugares de Europa occidental, llegando hasta El Escorial en España. La instalación conjunta del Pantokrátor, Cristo Todopoderoso, abarcaba una suntuosa iglesia, emplazamiento de la tumba de la dinastía, un monasterio para el culto a los muertos y un hospital ⁽⁵⁾.

Se señala que el progreso más importante de la medicina medieval fue, sin lugar a duda, la construcción de hospitales, en realidad verdaderos hospicios, lugares destinados a amparar a peregrinos y pobres, estuviesen enfermos o no, y a darles además hospitalidad. Fue precisamente de esta última característica de donde derivó la palabra hospital, si bien no fue hasta el siglo XIII cuando se produjo la transformación del hospicio en hospital. Los hospitales se construyeron dentro de las ciudades, junto a catedrales o iglesias y recibieron el nombre de Hôtel Dieu («casa de Dios»). Así, se fundaron tres de los hospitales de origen medieval que perduran hasta la actualidad: Hôtel Dieu de Lyon, fundado en el 542; el Hôtel Dieu de París, fundado en el año 651 y el Hospital del Santo Espíritu de Roma, fundado en el año 717 ⁽⁹⁾.

Hasta el s. XII, predomina la medicina monástica en la que se unen el ideal religioso de la hospitalidad y la liturgia de la caridad a tenor de lo ordenado por la regla de san Benito: “Debemos ocuparnos con preeminencia de los enfermos, debemos servirle como si de Cristo se tratara”. Esta medicina monástica, pese a los condicionamientos religiosos con respecto a la teoría y práctica sanitarias, significó un paso decisivo en el desarrollo de las ciencias médicas, ya que, por una parte, los scriptoria monásticos (vg. el de Montecasino) fueron centros de copia, traducción y transcripción de importantes obras médico-científicas; y, por otra parte, en lugares como Cluny o Bamberg se recogió y comentó la tradición didáctica de las mismas y, en tercer lugar, sus bien dotadas boticas constituyeron lugares apropiados para investigar y estudiar las propiedades de las diversas drogas empleadas para la confección de los fármacos necesarios en las prácticas médicas” ⁽¹⁰⁾.

En tanto esto acontecía en el mundo cristiano, transformaciones profundas en el pensamiento árabe relacionadas con la asistencia a los enfermos se habían producido bajo la influencia del profeta del islam, cambios que han hecho manifestar:

“Los musulmanes fueron tanto o más celosos que los cristianos en el cuidado de los enfermos, ya que la atención de los mismos tenía raíces profundamente religiosas” ⁽⁵⁾.

En efecto, tanto en el Corán (libro sagrado para los islámicos, que recoge las palabras reveladas a Mahoma por Alá) como en el Sunna (que significa ‘tradición’ y que agrupa los hadices, breves relatos con hechos, asentimientos y dichos de Mahoma), se incluyen aforismos médicos. Sentencias que fueron reunidas y comentadas en tratados que forman parte de la llamada Medicina del Profeta (Al-Tibb Al-Nabauí), la cual ejerció una notable influencia en la medicina islámica ⁽⁹⁾.

Y es que, como señala Laín E ⁽¹¹⁾, desde el principio, el espíritu del Corán atribuyó a los médicos islámicos el cuidado de los enfermos como una obligación. Y esta se ejercía, según palabras tomadas de Kazaruni, con “pura amistad por la voluntad de Alá. Existía caballerosidad y hermandad con los enfermos”. La actitud caritativa ante el enfermo que prescribía el Corán fue el principal motor de las fundaciones de hospitales. Los califas, probablemente impulsados por este ánimo construyeron hospitales, anexos a las mezquitas, los mismos que constituyeron una de las etapas más brillantes de la medicina musulmana. Así, en el año 707, el Califa al- Walid, funda un hospital en Damasco.

En el año 872 Ahmad Ibn Tulun edifica en Fustat, cerca de El Cairo, el primer hospital de Egipto. En el año 982, el príncipe Buwayhi Adud al – Dawla, funda en Bagdad el hospital Adudi, dotado de una farmacia, biblioteca y de agua corriente canalizada

desde el Tigre, contaba con 24 médicos y personal fijo, cinco de ellos impartían, además, conocimientos de medicina. "Por primera vez en la historia de la medicina, se unen la formación médica (en el aula) y práctica (en la cama del enfermo)" ⁽⁷⁾.

Hali Abbas dedicó a su emir, el fundador de este hospital, un libro conocido como "*El libro Real*", en el cual, comprendiendo que para un médico no es suficiente aprender únicamente de los libros, escribió: "Es importante para los estudiantes de este arte, asistir constantemente a los hospitales; prestar incansable atención a las condiciones y circunstancias de los internados en compañía de los más expertos profesores, inquirir frecuentemente por el estado y por las apariencias de los síntomas,..." ⁽¹²⁾.

Como otro hospital "de primera clase", se señala, al Bimanistán Nuri de Damasco, construido el año 1154 por Nur Al-Din Zanki, cuyo nombre se deriva de la palabra persa Bimaristan (Bimer= enfermo y Stán=casa) y que, según refiere Ibn Abi Usaybi, cumplía múltiples funciones, entre las cuales estaba la formación clínica ⁽¹¹⁾.

Digno de considerarse también, como un hospital modelo en su época, es el gran Hospital de Al Mansur en El Cairo (1283) que era "una enorme estructura cuadrangular con fuentes en los cuatro patios, salas separadas para las enfermedades más importantes, salas para mujeres convalecientes, cuartos de conferencias, una extensa biblioteca, clínicas externas, cocina de dietas, un asilo de huérfanos y una capilla. Los pacientes eran alimentados con una dieta rica y atractiva. Los insomnes eran tratados con música suave, o como en las Mil y una noches, por personas hábiles para relatar cuentos". Cabe señalar que, además, se entregaba una cantidad apropiada a cada convaleciente al salir del hospital, de manera que no tuviera que ponerse a trabajar de inmediato ⁽⁵⁾.

Mientras esto sucedía en el mundo islámico, en la Europa cristiana se multiplicaban, sobre todo en el s. XII, aquellas instituciones benéficas que recibieron el nombre de hospitales. Entre las italianas, el estímulo más directo fue aportado por el papa Inocencio III, que en 1198 urgió que los Hospitales del Espíritu Santo fueran soportados por la ciudadanía de las más importantes ciudades. Él sentó un ejemplo fundando un hospital modelo en Roma, conocido como el Santo Spirito in Sassia. Construido entre 1201-1204 ⁽⁵⁾ y que pronto se convirtió en el más importante de toda la cristiandad o sea en Arcispedale (Archihospital) llegando a tener numerosas filiações en Europa y después en América ⁽¹³⁾.

Sin embargo, es importante resaltar que el gran movimiento hospitalario medieval, iniciado por el Papa Inocencio III, estuvo motivado por la diseminación de la lepra ⁽¹⁴⁾, cuya expansión durante los siglos XII y XIII, hizo surgir los lazaretos (de Lázaro, el leproso mendigo mencionado en Lucas 16:20) que se crearon en gran número permitiendo brindar facilidades hospitalarias adicionales ⁽⁵⁾.

Existían tantos que se dice que en 1225 había en Europa aproximadamente 19 000 leproserías. Y, muchas de las cuales al disminuir la enfermedad se utilizaron para acoger a portadores o sospechosos de enfermedades infecciosas (peste bubónica) para cumplir la cuarentena. En el año 1377, se construyó el primero en Ragusa, moderna Dubrounix, que aplicó la cuarentena para proteger al comercio y a la población en las ciudades ⁽¹⁵⁾.

Se señala que Virchow, en su estudio sobre la lepra en la edad media, describe que las atenciones en estas instituciones para leprosos y en general en todos los hospitales medievales, estaban reducidas al cuidado y a la separación, resultando evidente que “las leproserías han representado un gran movimiento social e higiénico, tanto desde el punto de vista de la buena profilaxis como desde la caridad humana” ⁽¹⁴⁾.

Gallent Marco M. ⁽¹⁰⁾ resume la evolución de los hospitales señalando que: desde los inicios del siglo XII hasta el primer cuarto del siglo XIV primó la medicina escolástica, proliferaron las fundaciones hospitalarias y se produjo una pérdida del monopolio didáctico monástico que conllevó una laicización progresiva de la medicina. Del segundo cuarto del s. XIV hasta la mitad del s. XV, se produce la consolidación del proceso secularizado de la institución hospitalaria y de la profesión médica que, sin duda alguna, significó un paso determinante para la evolución y aparición de una nueva mentalidad social que originó un cambio de pensamiento respecto a la salud y a la marginación. A partir de la mitad del s. XV, se produjo verdadera medicalización de los hospitales, acordes con los nuevos sistemas de valores vigentes en una transición hacia la modernidad. De esta manera, “llegamos a la creación de los hospitales generales controlados por los poderes públicos financiera y administrativamente, inclusión de cuadros médicos y la especialización en función de las diversas patologías”.

En el s. XVI, en Inglaterra, las reformas de Enrique VIII y Eduardo VI (1536-1553) originaron la disolución de los monasterios y algunos hospitales, tales como: St. Bartholomew (año 1123) y St. Thomas (año 1215), que posteriormente se restablecen bajo estatutos laicos. No sucedió lo mismo en la Europa católica ni en la Alemania protestante y las fundaciones continuarían creciendo en número, tamaño, riqueza y poder en España, Francia e Italia ⁽¹⁵⁾.

Cabe resaltar el importante papel que en el cuidado de los enfermos han desempeñado órdenes religiosos seculares, las mismas cuya presencia en los hospitales se inician desde el siglo XIII. Una de las más notables fue la orden tercera de San Francisco, cuyos miembros vestían el hábito, pero no pronunciaban votos ni vivían en comunidad y las hermanas Agustinas del Hôtel Dieu de París. En el siglo XVI, se fundaron más órdenes religiosas destinadas a brindar exclusivamente la asistencia hospitalaria de

los enfermos: Hermanos hospitalarios de San Juan de Dios, 1571 y, la más importante, Hermanos de la caridad o de San Vicente de Paul, 1634 ⁽¹¹⁾.

Digno de mencionar es que, en estas instituciones, en el s. XV en París, unida a su principal función asistencial, al parecer se empieza a impartir enseñanzas directas junto al paciente. Sin embargo, las verdaderas lecciones clínicas “a la cabecera del enfermo” se sistematizaron en el Hospital paduano de San Francesco, gracias a los desvelos del doctor Giovanni Battista de Monte (Montanus), catedrático en la universidad local de 1539 a 1551 ⁽¹³⁾.

En América Latina, la fundación de los primeros hospitales fue realizada por los conquistadores durante el s. XVI, en base a las disposiciones de Carlos V y Felipe II que obligaban a construirlos anexos a las iglesias; así, los hospitales americanos surgieron con características semejantes a las de los nosocomios europeos de la edad media y, al mismo tiempo, con rasgos de las ideas más avanzadas de su época. El 29 de diciembre de 1503 se inauguró en Santo Domingo –la puerta de América– el Hospital de San Nicolás de Bari, primer nosocomio americano, fundado por el gobernador fraile Nicolás de Ovando de la orden militar de Alcántara. Fue restaurado en 1519 y reedificado en 1552, llegando a tener capacidad para cincuenta enfermos. Obtuvo también, en 1541, la filiación con el archihospital romano de Santo Spirito ^(13, 17).

En México, se fundó el Hospital Jesús Nazareno, construido entre 1521 y 1524, bajo el auspicio del conquistador Hernán Cortés. Originalmente se le puso el nombre de Hospital de Nuestra Señora de la Limpia y Purísima Concepción de María Santísima y fue básicamente un sanatorio para pobres. Adoptó el nombre actual en el siglo XVII ya que una indígena rica llamada Petronila Jerónima al morir dejó al hospital una imagen de Jesús Nazareno, la cual se entregó hacia 1663. A partir de entonces se le bautizó con el nombre Hospital de Jesús. El edificio, tenía una configuración en “T” como el de Santiago de Compostela, diseñado por Enrique Egas a semejanza del Ospedale Maggiore de Milán ^(13, 18).

El Hospital del Amor de Dios fue fundado por el obispo Juan de Zumárraga en 1540 para atender a los enfermos de sífilis por lo que se le conoció con el nombre del Hospital de Bubas o del “morbo gálico”, como se le conocía a la enfermedad ⁽¹⁸⁾.

Por orden del rey Felipe II, en 1553 se fundó el Hospital Real de Sant Joseph de los Naturales en un predio del Convento de San Francisco. Se creó para atender a indígenas enfermos con “medicina de los indios”. Aquí se realizaron las primeras autopsias en 1576 ⁽¹⁸⁾.

Algunos plantean que por los años 1522 o 1523 en Santiago de Cuba se fundó el primer hospital y luego en la Habana (1538) ⁽¹⁷⁾.

En el Perú se refiere que el Hospital Santa Ana es el más antiguo de los hospitales de Lima, ya que fue fundado en 1549, por Fray Gerónimo de Loayza, primer arzobispo de Lima, “para la curación de los miserables indios que morían como bestias en los campos y en las calles” ^(19,20).

Después, en 1552, se creó el Real Hospital de San Andrés, por iniciativa de Francisco de Molina, que se inició en una modesta vivienda en el callejón de Santo Domingo, con seis camas. El número de pacientes fue aumentando progresivamente, hubo que recurrir a la caridad pública y luego a la ayuda del virrey Andrés Hurtado de Mendoza, Marqués de Cañete, para comenzar con la construcción de las enfermerías ^(19,20).

En 1559, como resultado de dos instituciones benéficas: “La misericordia y la caridad”, se creó el Hospital de Santa María de la Caridad, para la atención de mujeres españolas, en un local que venía a quedar donde actualmente está la Plaza Bolívar o de La Inquisición ^(19,20).

El Hospital San Bartolomé Fundado por el padre agustino Fr. Bartolomé Vadillo en el año 1646 para la asistencia de los negros esclavos, en el gobierno del Marqués de Mancera, don Pedro de Toledo y Leyva ⁽²⁰⁾.

Así fueron edificándose hospitales en muchas ciudades de América Latina, pero desde el comienzo la tendencia era tener separada las instituciones para las diferentes razas, sexos y aun profesiones ⁽¹⁷⁾.

En América del Norte la instalación de los hospitales se lleva a cabo posteriormente; en efecto, se refiere que en 1639 se estableció el Hôtel Dieu en el Canadá. Primero en Québec y, cinco años después en Montreal. El primer hospital de los Estados Unidos de Norteamérica fue fundado en la isla de Manhattan en 1663 ^(5,14). El Hospital general en Filadelfia, Pensilvania en 1751, veinte años más tarde el Hospital de New York y en 1811 el Hospital General de Massachusetts ⁽¹⁵⁾.

En el s. XVII, la medicina aprovecha cada vez más el hospital para el tratamiento de los enfermos, estudiar las enfermedades y para la enseñanza. Tal práctica que se volvió tradición en Padua y fue llevada por los médicos holandeses E. Schrevelius y J. van Heurne, a fines del siglo XVI, a la flamante Universidad de Leiden, fundada en 1575 por Guillermo el Taciturno. Y ella será, durante más de un siglo, el gran centro europeo de la clínica, inicialmente con Alberto Kyper, después con Franz de la Boë (Sylvius) y con Hermann Boerhaave: *Communis Europae praeceptor* ⁽¹³⁾.

Es a partir de él y sus alumnos, de donde partió, el movimiento de creación, a través de toda Europa, de cátedras y de institutos clínicos ⁽²¹⁾.

“Las razones que explican el gran prestigio de Boerhaave, es que no aspiraba a cultivar eruditos, sino a formar médicos técnicamente capaces y conscientes de la dignidad de su oficio”. Haciéndonos recordar que dos deben ser los fundamentos del saber médico: “una cuidadosísima observación de los fenómenos aparentes a los sentidos... y una severa indagación de cuanto en el hombre se oculta a los sentidos” ⁽²²⁾.

Foucault afirma: “La clínica es probablemente el primer intento desde el Renacimiento de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada” ⁽²¹⁾.

Diego Gracia, manifiesta que es posible denominar este cambio como el “nacimiento de la clínica”, cuando esta fue convirtiéndose en el lugar de la experiencia médica y en la base de la elaboración de teorías médicas. De allí que el movimiento, como se ha expresado en líneas previas, se inició antes cuando a mediados del s. XVI Giambattista da Monte puso en práctica la enseñanza de la medicina ante la cabecera de los enfermos en Padua, espíritu que fue llevado a Leyden, en donde se instituyó hacia 1636. De esta manera, manifiesta el profesor español: “La clínica ha iniciado ya su proceso de constitución como saber científico; más aún, ha ido poco a poco logrando un lugar cada vez más privilegiado en el interior de la medicina, hasta convertirse en el núcleo firme de ella”. Junto al análisis del nacimiento de la “Medicina Clínica”, presta atención a los tratados que tienen por objeto desarrollar el método de la Medicina Clínica. Observa que, aunque ya no tienen por qué ser proclives al moralismo, siguen produciéndose textos deontológicos y argumenta que esto se debe a que, convertida en el centro de la Medicina, “la clínica empieza a tener una gran importancia política, en cuanto a normativizar, regular y vigilar las conductas de los hombres, junto con la religión y el derecho”. Señala a Zacuto Lusitano, Hermann Boerhaave y Friedrich Hoffman como los más influyentes en la constitución de la clínica como ciencia médica y ciencia política. Afirma que los escritos de ellos constituyen “códigos normativos de las relaciones médico-enfermos, médico-sanos y de estos entre sí” ⁽²³⁾.

A mediados del s. XVIII, se va creando “conciencia de que el hospital puede y debe ser un instrumento destinado a curar al enfermo” y es, entonces, cuando las visitas médicas se hacen más necesarias y el médico asume la responsabilidad principal de la organización del mismo ⁽⁶⁾.

Surgen así grupos que propugnan la reforma de los hospitales, basados en dos publicaciones que denunciaron la triste situación de la asistencia hospitalaria: Les Mémoires sur les hôpitaux de Paris, de J. R. Tenón, 1788 y d’Account of the principal Lazaretttes in Europa, de John Howard, 1789 ⁽²²⁾.

Se implanta la obligación de los médicos de confrontar sus experiencias y sus registros de acuerdo con el reglamento del Hôtel Dieu. Los hospitales se convierten no sólo en lugares de cura, sino en registro y adquisición de conocimientos y formación médica. Cada vez más las puertas de los hospitales se abrían a los estudiantes de medicina y los profesores tenían acceso a las camas. Siguiendo el ejemplo de Leyden, se empieza a efectuar la enseñanza médica en el hospital en Edimburgo (1741), en Viena (1745) y en Oxford (1780). La joya de los hospitales en Europa fue el Allgemeine Krankenhaus (H. General de Viena), reconstruido en 1784, con 2000 camas, por el emperador José II. Alrededor de 1800, con el auge de nuevos enfoques de la medicina basada en: exploración física, anatomopatología y estadística, los hospitales dejaron de ser lugares de beneficencia, cuidado y recuperación y comienzan a convertirse en la fuerza motriz de la medicina. La nueva medicina anatomoclínica de la que en París fueron pioneros Laennec (Hospital Necker) y Louis (Hôtel Dieu), fue el resultado de experiencias prácticas que estudiantes e investigadores podían adquirir en aquellos hospitales públicos ⁽¹⁵⁾.

El profesor Pedro Laín, resalta dos rasgos principales en la evolución de la asistencia hospitalaria entre los s. XV y XIX: la racionalización y la secularización. "El progreso técnico de la medicina y la creciente penetración del espíritu científico en la vida social hacen que el hospital se racionalice. La paulatina sustitución de la caridad por la filantropía y la participación de las instituciones civiles en la subvención y el régimen de los hospitales, aún sin perder su primitivo carácter religioso, hacen que de alguna manera se secularicen" ⁽¹¹⁾.

En el s. XIX, al mejorarse las infraestructuras de los hospitales y construirse quirófanos estériles, estas instituciones dejaron de ser hospedaje sólo para los pobres y, como manifiesta Porter, "pasaron de ser refugio para los pobres a ser máquinas de curar". Los médicos se esforzaban por vincularse con un hospital porque, además de capacitarse, el estar relacionado con él, los convertía en fuente de prestigio y de poder profesional. Empiezan a proliferar hospitales de especialidades ⁽¹⁵⁾.

Los médicos que partían de la concepción filosófica del positivismo trataban de resolver en la clínica los "hechos científicos" (todo aquello que se percibe con los sentidos y a partir de su percepción elabora teorías explicativas, lo que constituye la razón de la ciencia), a tal extremo que solía decirse "al atravesar la puerta del Hospital General de Viena, se ingresaba al altar de la ciencia médica". Sin embargo, a pesar de los avances científicos, la solicitud para con el paciente hospitalario dejaba mucho que desear, sobre todo en los establecimientos no atendidos por órdenes religiosas, ya que no se observaba compasión o amor, lo que hizo expresar al profesor Laín: "La edad media era inferior al mundo moderno en saber médico, pero superior a él en caridad" ⁽²²⁾.

Mejoraron las cosas cuando en estos hospitales médicamente orientados, se permitió la transformación de la enfermería, haciéndose cada vez más profesional y ello se inicia en 1836 gracias a la obra del pastor Luterano Theodore Fliedner en Kaiserswerth (Dusseldorf), quien desde tres años antes (1833) abrió, junto con su abnegada mujer Friederike, un refugio para mujeres convictas con condena cumplida. De ellas, el matrimonio volvió su atención hacia los enfermos pobres. Y por sus mentes cruzó la idea de formar un cuerpo de mujeres organizadas y entrenadas para este fin y, es así, como en 1836 fundaron un pequeño hospital que les permitió pasar del pensamiento a la acción, surgiendo de esta manera la instrucción de señoritas para "enfermeras-diaconas". Desde entonces, sus diaconisas constituyeron una orden importante para estas tareas y la idea se extendió rápidamente. La segunda reforma importante se debió a la determinación y empuje de Florence Nightingale, quien había estudiado en Kaiserswerth y en París, con las hermanas de la caridad. Y, al tomar conocimiento de la falta de asistencia de enfermos y heridos en la guerra de Crimea (1853-56), escribió a la mujer de su amigo Sidney Herbert, que era ministro de guerra, una carta ofreciendo sus servicios, la misma que se cruzó con una misiva en la que le preguntaba si podía organizar un cuerpo de mujeres enfermeras para el servicio en Scútari. La expedición se planeó rápidamente y con 38 mujeres entraron en los servicios del ejército británico, innovación que generó muchas discusiones, y en seis meses se había transformado la situación, la tasa de mortalidad de 40 % había descendido a 2 %. Este éxito hizo que se abriera suscripción pública para facilitar la reforma de la asistencia de los enfermos en tiempo de paz y se organizara un programa de formación en enfermería en el Hospital Sto. Thomas, a partir de 1860. Sus "notes on nurses" y "notes on hospitals", enfatizan la importancia de la higiene, el aire fresco, la disciplina férrea, el espíritu de equipo y la admiración de la enfermería como vocación ^(15, 16).

De allí que Garrison expresara: "El verdadero ángel de la purificación y adcentamiento de los hospitales ha sido Florence Nightingale" ⁽¹⁴⁾.

En Estados Unidos de Norteamérica se realiza una reforma similar gracias a Dorothea Dix, quien fuera nombrada supervisora de enfermería del ejército a comienzos de la guerra de secesión. El gran desempeño de estas profesionales hizo manifestar a W. Osler: "La enfermera bien preparada se ha convertido en una de las bendiciones de la humanidad, junto al médico y al sacerdote, y no menos importante que ellos" ⁽¹⁵⁾.

La suerte del enfermo cuando pertenecía a las "clases bajas" era acudir a los hospitales de beneficencia y en este sentido tenía el privilegio de ser multitudinario paciente de un clínico prestigioso. Los pobres de Viena - decían allá por los años 1850 - 1870: "Tenemos la suerte de ser muy bien diagnosticados por Skoda y muy bien

autopsiados por Rokitansky"- Expresión que divulgaba "con mordiente y resignante ingenio el hecho que el enorme progreso de la medicina ha sido conseguido sobre el cuerpo del enfermo pobre". El profesor Laín señala que para salir de esta situación asistencial del enfermo hay que considerar dos razones: una, de carácter técnico-económico, la medicina va siendo cada vez más eficaz, pero al mismo tiempo más cara y, la otra, de carácter económico-social, sobre todo a partir de 1848 cuando el obrero industrial adquiere conciencia de clase y reivindica, entre otras cosas, su derecho a ser adecuadamente atendido en su enfermedad. De la combinación de ellas emerge un fenómeno social que el maestro español ha llamado "rebelión del sujeto": la activa inconformidad del paciente por ser tratado como simple "objeto cósmico" y como simple "objeto económico". Ello, unido a la terrible morbimortalidad observada en los niveles más pobres, motivó novedades sociales preferentemente en algunos países como la Rusia zarista, donde la deplorable situación económica de los campesinos obligó al poder central, en 1867, a suministrar asistencia médica gratuita; Alemania, cuando Bismarck para mitigar el malestar del mundo obrero plantea la creación de un seguro médico unificado y centralizado que fuera aprobado definitivamente en 1884 y, posteriormente, ya al inicio del s. XX en Inglaterra dándose los primeros pasos hacia la creación del Seguro Nacional de Salud: Poor Law Commission en 1905 ⁽¹¹⁾.

La socialización del acto médico tuvo su punto de partida en las leyes sociales de Bismarck. En su génesis intervinieron dos motivos distintos; uno sentimental - deseo de extender los beneficios del tratamiento médico a las clases trabajadoras- y otro racional y económico -la preocupación por el quebranto que la enfermedad inflige a la economía nacional ⁽²²⁾.

Durante el siglo XIX, se plantean concepciones de construcción de hospitales: sistemas de pabellones frente a la de bloques y posteriormente una tendencia mixta, solución intermedia en busca de la economía de espacio, de obras de ingeniería sanitaria y centralización de la administración, que se hacen más evidente en el s. XX, cuando se van desarrollando e incorporando cada vez más los servicios auxiliares de ayuda diagnóstica y terapéutica los mismos que contribuyen a elevar la categoría de los hospitales tanto entre los médicos como en la opinión pública. Robert Morris, citado por Porter, en 1930, manifestó: "uno de los cambios más extraordinarios que he observado ha sido la actitud de la gente hacia el hospital. En años anteriores a la cirugía antiséptica existía un miedo general bien fundado. Pero una vez que su uso se extendió, el miedo desapareció de las mentes profanas. Hoy todas las personas que tienen una enfermedad grave quieren ir al hospital" ⁽¹⁵⁾.

Contribuyeron al prestigio de los mismos, la reforma de la educación médica y el desarrollo de la educación en enfermería, en base al informe de Flexner (1910), gracias al esfuerzo del Council Medical Educative and Hospitals (creado en 1905),

al establecer estándares y calificaciones de las escuelas que conllevó a una gradual eliminación de algunas de ellas (en 1955: de 160 existentes en USA, sólo quedaron 75) y al trabajo de la American Hospital Association (establecida 1907) sobre la formación en administración en hospitales y el surgimiento de nueva conciencia hospitalaria en el cuidado de los enfermos, dada por: Trabajadores valorando su trabajo en términos de servicio a los pacientes y a la comunidad, lo que ha hecho expresar a Von Weisacker: "El rasgo más profundo y característico de la medicina actual es la introducción del sujeto en el pensamiento y en el quehacer del médico" y motivándose la importancia de los derechos del enfermo que, para Laín E., "ha sido precedido por la rebelión del sujeto, manifestado en el aspecto clínico por su exigencia de ser considerado como persona, no como objeto tratado técnicamente" ⁽⁵⁾.

La novedad del gran suceso asistencial del s. XX: La colectivización o socialización de la ayuda médica, que busca eliminar la injusta discriminación en el ejercicio de ella y reconoce el derecho del individuo humano al diagnóstico y tratamiento con las mejores técnicas vigentes en la comunidad a la que pertenece ⁽¹⁰⁾.

Nos enfrentamos a "tres riesgos que amenazan la calidad de la asistencia médica socializada: a) excesiva acumulación de enfermos, b) la posibilidad que el médico actúe más como funcionario que como clínico y c) dificultad en la relación médico-enfermo". Para que sea esta asistencia enteramente satisfactoria "es necesario que se produzca un cambio en los ámbitos morales de la sociedad, cambios que deben afectar a: enfermo, médico y funcionarios administrativos" ⁽¹¹⁾.

En nuestro tiempo, sigue manteniendo vigencia la reflexión de Wilson: "Las grandes dimensiones y el complicado funcionamiento del hospital moderno requiere de técnicas muy complejas, para conjuntar los problemas de las interrelaciones entre médico, paciente, profesional paramédico y la administración. Con esta masiva burocratización no es de extrañar que surjan de nuevo las críticas" ⁽⁵⁾.

"Ya no se discute que los hospitales son las puertas de la muerte, sino que son lugares sin alma, anónimos, con recursos mal utilizados y que se hayan convertidos en una fábrica médica poco eficiente, donde se practica la medicina que la medicina exige, no la que necesitan los pacientes" ⁽¹⁵⁾.

Por ello, frente a los grandes avances tecnológicos que han convertido la asistencia médica en objeto polémico, estamos obligados todos los profesionales de la salud a, sin dejar de utilizar la ciencia y tecnología, poner más énfasis en la atención de lo fundamental: "Lo humano". Que todos los que cumplimos una función en los hospitales nos esforcemos para que en estas instituciones esté siempre presente "El amor del hombre por el hombre."

HACIA UNA ARQUITECTURA ANTROPOLÓGICA

“Los hospitales no deberían ser fríos u hostiles, porque pertenecen a la gente, hay que hacer de ellos lugares hermosos”.

John Feight. ⁽²⁴⁾

Así como el autor de esta expresión intenta ayudar mediante la pintura, a través de la fundación creada por él (Foundation for Hospital Art, 1984), “a suavizar la experiencia hospitalaria a menudo estresante”, la arquitectura también ha tratado de colaborar para lograr “el bienestar de las personas”, entre cuyos factores determinantes del mismo está, sin duda, la salud, que ha sido, es y será una razón fundamental para mantener organizadas las ciudades. Ello explica por qué algunos de los grandes forjadores de la arquitectura moderna han considerado aspectos relacionados con la salubridad, enfatizando que “la arquitectura debe estar al servicio de la salud”. De esta manera, al observarse las condiciones insalubres de las ciudades que contribuían a la presencia y propagación de enfermedades fueron planteándose cambios en la infraestructura de las mismas, dando importancia al agua potable y a los sistemas de alcantarillados y a otros elementos relacionados con las condiciones en que viven las personas que residen y trabajan en ellas, tales como el transporte y el tema de los espacios verdes; es decir, mejorando la calidad de vida en las mismas. Resulta entonces pertinente preguntarnos: ¿cómo ha evolucionado la concepción de las ciudades?, ¿cómo se han ido planificando estas? Se afirma que “las investigaciones

arqueológicas han demostrado que los primeros asentamientos sedentarios y relativamente densos de la población humana, Mesopotamia, hacia el 3500 a. J.C., Egipto, 3000 a. J.C., China e India, 3000-2500 a. J.C., se sitúan al final del período neolítico, allí donde el estado de la técnica y las condiciones sociales y naturales del trabajo permitieron a los agricultores producir más de lo que ellos mismos necesitaban para subsistir” (25).

A partir, de estas ciudades propiamente dichas, se han ido teniendo en cuenta diversos aspectos culturales y espaciales en la concepción de las mismas. A continuación, dando un “salto en el tiempo”, ubiquémonos en el siglo XIX cuando se observan fuertes vínculos entre ciudad e industria; pero, también, la progresiva subordinación de aquella a las exigencias y efectos secundarios producidos por esta en forma de intrusiones visuales, contaminación atmosférica y acústica, vertidos incontrolados, etc. Y ver cómo el descubrimiento y aplicaciones de la energía eléctrica (Edison, 1879) y del motor de explosión (hacia 1910) van a jugar un papel determinante en la movilización de los diferentes factores de producción al interior de la ciudad (trabajadores y mercancías) y sentar las bases para las siguientes etapas de progresiva expansión y disgregación de la moderna ciudad industrial del siglo XIX. No es casual que las primeras propuestas de asentamientos urbanos periféricos surjan, precisamente, en esos últimos años del siglo XIX. Ejemplo: las “gardens cities” de E. Howard (1898), donde “se trata en esencia de conjugar en perfecta combinación todas las ventajas de una vida ciudadana decisivamente dinámica y activa con la belleza y el deleite del campo” (26).

En relación con ello, se dice: “Con una sola obra, Tomorrow: a Peaceful Path to Real Reform, escrita en 1898 y reescrita en 1902 como Garden cities of Tomorrow, Ebenezer Howard logró un nuevo modelo de urbanismo de principios de siglo XX, que influiría en el concepto de ciudad suburbana y que pondría en alerta el problema del crecimiento desordenado de las mismas” (27).

Desde entonces surge la idea de la planificación urbana y esta empieza a profesionalizarse. Diversas universidades comienzan a preocuparse por ofrecer cursos académicos. Así, se manifiesta que en Polonia la facultad de Arquitectura de la Warsaw University of Technology, desde los años 1915, ya había considerado la planificación arquitectónica y la planificación de diseño urbano, enlazando los estudios de la historia de la arquitectura con la historia de la planificación de las ciudades y que en el año 1916 Tadeusz Tołwiński (1887-1951) coordinó el trabajo del primer plan urbano moderno de la “gran Varsovia” (28).

Grandes aportes se van a producir después con la realización de los Congresos Internacionales de Arquitectura Moderna (C.I.A.M.): así, la declaración final del

Primer Congreso, celebrado en Le Sarraz en 1928, expresa "...La urbanística es la planificación de los diversos lugares y ambientes en los que se desarrolla la vida material, sentimental y espiritual en todas sus manifestaciones, individuales y colectivas, y comprende tanto los asentamientos urbanos como los rurales. La urbanística no puede someterse en exclusiva a las normas de un esteticismo gratuito, sino que su naturaleza es esencialmente funcional". En esta "Declaración", afirma López de Lucio ⁽²⁶⁾, destacan los siguientes aspectos: "La utilización de la palabra planificación en vez de urbanización u ordenación, la consideración del territorio y no sólo de la ciudad: tanto los asentamientos urbanos como los rurales, la conceptualización del uso del suelo como técnica de ordenación integral, el germen de la concepción funcionalista de la ciudad. Progresivas disquisiciones se van dando en sucesivos congresos, siendo digna de resaltar la proclama efectuada en el año 1933: la Carta de Atenas redactada con motivo del IV Congreso de Arquitectura Moderna [CIAM] celebrado a bordo del Patris II en 1933 en la ruta Marsella-Atenas-Marsella y publicada en 1942 por Le Corbusier y Josep Luis Sert ⁽²⁹⁾.

En este documento los autores, al analizar los problemas de treinta y tres ciudades de diversos países, llegan a importantes conclusiones: "La mayoría de las ciudades estudiadas presentan hoy una imagen caótica. No responden en modo alguno a su destino, que debiera consistir en satisfacer las necesidades primordiales, biológicas y psicológicas, de su población". "La violencia de los intereses privados provoca una desastrosa ruptura de equilibrio entre el empuje de las fuerzas económicas, por una parte, y la debilidad del control administrativo y la impotencia de la solidaridad social, por otra". "Las claves del urbanismo se contienen en las cuatro funciones siguientes: habitar, trabajar, recrearse (en las horas libres), circular". "Es de la más imperiosa necesidad que cada ciudad establezca su programa, promulgando leyes que permitan su realización. El programa debe elaborarse a partir de análisis rigurosos hechos por especialistas". Debe unir en una fecunda concordancia los recursos naturales del lugar, la topografía del conjunto, los datos económicos, las necesidades sociológicas y los valores espirituales." He transcrito las relevantes propuestas porque deberían considerarse en los planeamientos e incluso en las legislaciones de nuestras ciudades, ya que estas deben responder a su función de dar albergue adecuado al hombre y, en su constante transformación, "debe evitarse que su desarrollo se dirija sin precisión ni control y sin tener en cuenta los principios de urbanismo". De allí, la necesidad de ir en busca de atributos que concuerden con lo que se define como ciudad sostenible; "es decir aquella que es segura, ordenada, saludable, atractiva cultural y físicamente, eficiente en su funcionamiento y desarrollo, sin afectar el medio ambiente y, como consecuencia de todo ello, gobernable". Como quiera que dichos atributos sólo se pueden lograr a largo plazo, se propone acciones prioritarias en el corto plazo, tal como proteger la vida y la salud de las personas ⁽³⁰⁾.

Precisamente y teniendo en cuenta que “los entornos urbanos y los procesos de planificación que los configuran son determinantes poderosos de la salud de la población”, la OMS (el 7 de abril de 2010/Ginebra), emite un comunicado de prensa, lanzando una campaña en la que destaca el papel fundamental de la planificación urbana en la consecución de un siglo XXI saludable ⁽³¹⁾.

Veamos brevemente, si ¿estas recomendaciones se están tomando en consideración?, ¿estos diseños urbanísticos se están estimando?, o si ¿se aplican criterios físico-estético-funcionales orientados a satisfacer las necesidades de las comunidades? Lamentablemente observamos que, a pesar de la existencia de preocupaciones por la planificación urbana de manera profesional durante más de un siglo, las sugerencias de organismos internacionales y la emisión, en nuestro país, de un Plan Nacional de Desarrollo Urbano” ⁽³²⁾, el crecimiento de la mayoría de las ciudades se continúa haciendo sin precisión ni control y sin tener en cuenta los principios urbanísticos, trayendo a la memoria lo que allá por los años cuarenta del siglo pasado hizo expresar a Sigerist ⁽³³⁾: “He visto ciudades de los Estados Unidos que recordaban a Pompeya y Herculano, pero el volcán que las destruyó era obra del hombre y su erupción pudo ser evitada con un planeamiento social”. De allí la necesidad que, en la agenda pública, con un enfoque multidisciplinario y coordinado, se prioricen los aspectos orientados al logro del bienestar de los habitantes en las zonas urbanas, recordando lo expresado: “Los actuales problemas urbanos deben abordarse con una voluntad interdisciplinaria, con sentimientos de intercambio, cooperación y solidaridad en relación con intereses comunes ...teniendo reglas jurídicas claras y autoridades capaces de acatarlas” ⁽³⁴⁾.

Dada la importancia del urbanismo en el bienestar de los habitantes y la relevancia de los hospitales en las ciudades, no sólo por su volumen sino por la función que desempeñan al contribuir a mantener uno de los factores fundamentales de ese bienestar: la salud, deben los diseñadores buscar el equilibrio entre la estructura y la naturaleza lo que conlleva a un enfoque de respeto a esta y al lugar de emplazamiento del proyecto. Veamos si en nuestro medio, en la construcción de estas instituciones de salud ¿se aplican criterios para determinar la calidad urbana del edificio hospitalario?, o si ¿las edificaciones de los hospitales toman en cuenta aspectos urbanísticos? En la práctica suele observarse que, con relativa frecuencia, no se consideran estos aspectos en nuestro medio, que los hospitales habitualmente suelen edificarse sin tener en cuenta que: “un hospital es un potencial catalizador de la vida urbana” y que “el logro de transformación de la actividad social y económica alrededor de la infraestructura hospitalaria sólo es posible si se contemplan una serie de factores tales como: grado de centralidad urbana, accesibilidad a la red viaria principal, superficie de parcela y de área construida, relación con el tejido inmediato,

calidad del paisaje urbano generado, movilidad vial originada, accesibilidad en transporte público y espacios públicos capaces de garantizar flujos de movilidad de personas que se desplacen a pie” (35).

Es decir, criterios vinculados a la situación del hospital en relación con la ciudad, a la morfología, dimensión y paisaje urbano, y a la movilidad generada y sostenibilidad.

Así es que, además de los criterios urbanísticos y la construcción de los hospitales en relación con estos conceptos, la arquitectura debe, al edificarlos, crear en ellos entornos con calidad humana, enfocados en las personas, buscando las condiciones que permitan la máxima comodidad a los seres que se encuentren en ellos, tratando de satisfacer las necesidades de salud de la comunidad y respetando las guías que suelen dar los organismos oficiales para sus adecuados proyectos arquitectónicos. Al respecto, intentaremos analizar algo, en base a lo observado y a la opinión de personas entendidas en la materia, si ¿en los proyectos y ejecución de arquitectura hospitalaria en nuestro querido Perú se están tomando en cuenta los aspectos señalados?, si ¿se hacen los diseños arquitectónicos pensando en los pacientes, familiares o en el personal que allí laboran?, si ¿tienen los expertos en edificarlos consideración de lo qué significa para el enfermo hallarse en una cama, situada entre otras, en un mismo ambiente?, si ¿el ambiente con que la ciencia y la tecnología han logrado rodear al hombre, se ajusta a él? Expertos manifiestan: “Se observa la falta de una planificación apropiada para la construcción de nuevos hospitales. No suelen frecuentemente respetarse las normas técnicas para proyectos de arquitectura hospitalaria dadas por el Ministerio de Salud ni los programas para la construcción de hospitales seguros” (36).

Expresiones que guardan relación con lo sucedido en la construcción de los tres modernos hospitales de mi ciudad, Ica, después del terremoto del 2007. Así, uno, está situado en un lugar con antecedentes de desborde de río, a pesar de la existencia de directivas que señalan: “No se ubicarán en zonas de inundación, ni en zonas bajas con respecto al entorno, especialmente en relación con los ríos, en terrenos irregulares y debajo de nivel de las veredas de las zonas colindantes”. Se recomienda también, que “el hospital debe ser accesible a través de vías de comunicación tanto en situaciones de normalidad como en casos de desastres” (36), sin embargo, las instituciones hospitalarias mencionadas presentan evidente limitación de la accesibilidad vehicular que dificulta un efectivo ingreso al establecimiento. Respecto al flujo de circulación externa, no se han considerado áreas de estacionamiento para vehículos en relación con las camas de hospitalización, tampoco existen áreas de estacionamiento reservadas exclusivamente para vehículos de personas con necesidades especiales y estas no han sido construidas de forma que permitan adosar

las sillas de ruedas a ambos lados del vehículo, a pesar que las normas técnicas del MINSA de 1996 señalan que deben existir zonas reservadas exclusivamente para vehículos de las personas con necesidades especiales ⁽³⁷⁾.

De allí, la necesidad de realizar, como en España, un “Diseño para Todos”, que contemple el desarrollo de instrumentos jurídicos, tales como convenios y/o acuerdos con otras administraciones y/o entidades en los ámbitos de arquitectura, urbanismo y transporte, para el desarrollo de planes y obras especiales de accesibilidad. Que se establezcan un marco de cooperación interinstitucional con el sector privado, única fórmula posible para alcanzar los actuales objetivos de las políticas de accesibilidad y se tenga en mente que “la causa mayor de los problemas de accesibilidad (presencia de barreras) en la edificación, se debe más a la ausencia de una toma de conciencia generalizada del objetivo del “Diseño para Todos”, que a la inexistencia o defectos en la normativa de aplicación, o a la falta de criterios técnicos de la misma ⁽³⁸⁾.

Vemos que muchos hospitales, que deben ser ejemplo para las otras instituciones en la sociedad, no respetan las condiciones exigentes de accesibilidad y adaptación a las necesidades de todos los ciudadanos, ya que en sus construcciones suelen priorizarse los aspectos económicos o tecnológicos más que el confort del ser humano.

En relación con el diseño y ejecución de las infraestructuras hospitalarias, permítanme insistir sobre las edificaciones de los modernos hospitales de mi ciudad, que probablemente pueda extrapolarse a los del resto del país, y analizar si las construcciones están orientadas a brindar un entorno al servicio de las personas, tratando de mejorar la calidad de vida en las diversas unidades funcionales que están más relacionadas directamente con los usuarios. Al respecto, suelen establecerse recomendaciones precisas para cada una de las unidades hospitalarias. Ejemplos:

La Unidad de Emergencia, “debe estar ubicada en un lugar de acceso inmediato y directo desde el exterior del establecimiento de salud, de preferencia en relación con una vía de comunicación principal que facilite el ingreso y salida de vehículos y peatones” y prestar facilidades a las acciones de triaje y evacuación ante demandas masivas en casos de desastres. El ingreso debe ser amplio con espacios suficientes para la circulación de ambulancias y otros vehículos y las vías de acceso deben estar señalizadas e identificadas ^(36, 37, 39) Sin embargo, en nuestros hospitales existen grandes dificultades para la circulación y estacionamiento de vehículos, conllevando atascamientos y pérdida de valioso tiempo para la oportuna y efectiva atención de los pacientes.

Las Unidades de Consultas Ambulatorias, “deben tener acceso directo e independiente desde la parte externa del establecimiento de salud. Se recomienda

que se ubique en el primer nivel y que cuente con vinculación a las unidades de farmacia, imagenología, anatomía patológica, laboratorio y documentación clínica”^(36, 37).

Recomendaciones que no se han tomado en consideración en la construcción de la mayoría de los nuevos hospitales, puesto que muchos consultorios funcionan en el segundo piso.

Las Áreas de Hospitalización, “deberán contar con una sala de espera destinada para los familiares de los pacientes y visitantes de la unidad y un ambiente de los pacientes, con sala de estar destinada al descanso y comida de los mismos. En casos de zonas de hospitalización pediátricas, se puede considerar una sala de juegos para niños”. La realidad de nuestras instituciones hospitalarias muestra que no se han tomado en cuenta estas importantes recomendaciones, descuidando los aspectos humanos tal como sucede en la edificación de los cuarto-habitaciones, olvidándose que en ellas estará una persona en circunstancias especiales que necesita de la “capacidad terapéutica” que no se puede lograr si en estos ambientes no se respeta la intimidad del enfermo, en donde hay dos o más camas con equipos que no siempre son de utilidad para el bienestar del paciente^(36, 37).

En relación con lo mencionado, Henry Marsh, uno de los neurocirujanos más eminentes de Gran Bretaña, en su obra, *“Ante todo no hagas daño”*, manifiesta: “... Llama la atención sobre el aspecto de la pérdida de la privacidad y dignidad a que se ven sometidos los pacientes al no disponer de una habitación individual, detalle importante para los enfermos pero no para los administradores y arquitectos e incluso para muchos médicos que sólo entienden la importancia de ello cuando se convierten en pacientes y comprenden que, en los hospitales públicos, rara vez reina la paz y el silencio y que difícilmente se consigue descansar o dormir bien⁽⁴⁰⁾”.

La realidad observada, debe motivarnos a insistir en considerar la gran preocupación y tendencia de destacados arquitectos a nivel mundial, desde hace muchas décadas, para que la arquitectura moderna oriente la funcionalidad de estas edificaciones no sólo tomando en cuenta los aspectos técnicos, estéticos y económicos, sino basados fundamentalmente en el aspecto humano.

Al respecto, es pertinente transcribir algunas reflexiones, tales como las de Alvar Aalto, uno de los arquitectos más reconocidos e influyentes del siglo XX: “La nueva fase de la arquitectura moderna intenta proyectar los métodos racionales desde el ámbito técnico al terreno psicológico y humano”. “Si prescindimos de la calidad del producto, la totalidad de la economía no tiene sentido en ningún terreno, y lo mismo ocurre en la arquitectura”⁽⁴¹⁾.

Así como él, otros distinguidos arquitectos enfatizan sobre la humanización del espacio que emerge como “necesidad de mostrar que el paciente esté cómodo, que tiene espacios agradables, con color, buena iluminación, con vistas y espacios verdes” que repercuten en los sentimientos e influyen en el ánimo de los seres que están enfermos, pero estos cambios no son sólo para el paciente sino también para quienes se pasan la mayor cantidad de horas en un hospital, el personal que trabaja en él” (42)

Expresiones que reflejan la preocupación por la “humanización de la atención de salud desde la arquitectura”, buscando que se ofrezcan servicios de salud de calidad, seguros y humanos, “tríada que al momento de diseñar se convierten en la base del mismo y premisa de diseño arquitectónico” (43)

Sólo teniendo en cuenta estos pensamientos pueden gestarse “ambientes curativos”, en donde existen factores identificados por diversas investigaciones que contribuyen a mejorar la recuperación del paciente, tales como: reducción o eliminación de los factores de “estrés ambiental”, proveer distracciones a los enfermos, proporcionar soporte social y brindar al paciente sensación de control sobre su medio (36). Dada la importancia de estos “elementos curativos” considero pertinente insistir sobre algunos de ellos:

- **Mitigación o supresión de las tensiones** que experimenta el enfermo al encontrarse en situaciones especiales y en un ambiente que no es el de su hogar puede conseguirse si se toman medidas que brinden: **Confort acústico**, mediante separación auditiva de los corredores adyacentes a las habitaciones de los pacientes, distanciamiento acústico entre estas y las áreas de trabajo del personal, empleo de cortinas fonoabsorbentes, ...lo que puede reforzarse con la utilización de la musicoterapia que ha mostrado beneficio no sólo al enfermo sino también al equipo sanitario al brindar tranquilidad y mayor facilidad de interacción entre paciente y ellos, ejerciendo una influencia positiva en la disminución significativa del dolor y en la reducción del nivel de ansiedad en el paciente sometido a una intervención quirúrgica (44, 45) y **confort visual**, con diseños de espacios adecuados al bienestar de la vista, empleando un apropiado sistema de iluminación y un uso conveniente de los colores en el pintado de los ambientes.
- **Proveer distracciones a los enfermos**, para lo cual es conveniente que los hospitales proporcionen espacios libres y lugares de entretenimiento y de laborterapia.
- **Proporcionar soporte social**, mediante áreas que permitan a los enfermos relacionarse con sus seres queridos que “suelen ser facilitadores de experiencias agradables y reconfortantes”.

- **Brindar a los pacientes la sensación de control sobre su medio**, importante para un enfermo que al estar hospitalizado puede vivir una experiencia “terriblemente desesperante”, situación que puede aliviarse mediante condiciones de privacidad, de respeto al entorno inmediato de la persona que debe ser reservado frente a una posible intromisión de otras. Lamentablemente la intimidad muestra gran fragilidad al compartir ambientes con otros pacientes generándose situaciones angustiantes al soportar exposiciones físicas y emocionales ante otros.

En estos “ambientes curativos” debe considerarse, también, un lugar de meditación en donde se respete la cultura de los seres hospitalizados que mediante símbolos expresan sus visiones del mundo y sus creencias. Espacios de intimidad y reflexión, de reencuentro consigo mismo. La presencia de “una capilla”, omitida en el diseño de muchos hospitales modernos, a pesar de la importancia que tiene cuando el ser humano frente a problemas de salud habitualmente reacciona con temor, esperanza y fe. Y es que este sentimiento de lo invisible se hace más activo en circunstancias de enfermedad, revelándonos que, como ha escrito Miguel de Unamuno: “La fe nos hace vivir mostrándonos que la vida, aunque dependa de la razón, tiene en otra parte su manantial y su fuerza, en algo sobrenatural y maravilloso” ⁽⁴⁶⁾.

Esta fe, sobre todo cuando estamos en dificultades, se fortalece y nos induce a buscar apoyo en alguien que nunca puede fallarnos: Dios. Este sentimiento está presente en todo ser humano, incluidos los que manifiestan no creer en Dios, Paulo Coelho en su reflexión “De la caridad amenazada”, refiere que el autor griego Nikos Kazantzakis (Zorba, La última tentación de cristo, entre otros libros), que siempre se consideró asimismo un ateo convencido, ha expresado una de las más bellas definiciones de Dios: “Nosotros miramos con perplejidad la parte más alta del espiral de fuerza que gobierna el universo. Y la llamamos Dios. Podríamos darle cualquier otro nombre: oscuridad absoluta, luz total, suprema esperanza, ...pero nosotros la llamamos Dios, porque sólo este nombre -por razones misteriosas- es capaz de sacudir con vigor nuestro corazón. Y no cabe duda, esta sacudida es absolutamente indispensable para permitir el contacto con las emociones básicas del ser humano, que siempre está más allá de cualquier explicación o lógica” ⁽⁴⁷⁾.

Cabe señalar que la humanización de la arquitectura hospitalaria no sólo busca el cumplimiento de criterios técnicos que brinden una función de calidad centrada en la persona, sino que trata de ofrecer simultáneamente condiciones óptimas para la operación y seguridad de la edificación; es decir, requisitos para contar con hospitales seguros ante desastres, ya que estos cumplen un papel fundamental en estas circunstancias. Siendo nuestro país una zona sísmica, es necesario tomar

en consideración las recomendaciones para mitigar el impacto de los desastres naturales sobre los hospitales surgidos en respuesta a la preocupación de este problema a nivel mundial de diversas organizaciones, entre ellas la OPS/OMS ⁽⁴⁸⁾. Las mismas que están orientadas a disminuir su vulnerabilidad a estas acciones de la naturaleza y permitir “que las instalaciones hospitalarias mantengan su operatividad en situaciones donde su funcionamiento es vital, tanto durante como posterior a terremotos”. Se busca reducir la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional de estas instituciones de salud. Al respecto, es preocupante que en la construcción de modernos hospitales en nuestra ciudad (Ica), posterremoto 2007, no se han respetado aspectos relacionados con el flujo externo, lo que podría ocasionar, de producirse un nuevo sismo de magnitud, un colapso funcional que les impediría a los mismos, aún sin daño importante en su estructura, brindar los servicios para la atención inmediata de las víctimas.

También es importante enfatizar que, además de los requisitos adecuados para la operación y seguridad de la edificación, debe considerarse un apropiado enfoque de la gestión del riesgo de desastres, definido por las Naciones Unidas como: “Proceso sistemático que utiliza directrices administrativas, organizaciones, destrezas y capacidades operativas para ejecutar políticas y fortalecer las capacidades de afrontamiento, con el fin de reducir el impacto adverso de las amenazas naturales y la posibilidad de que ocurra un desastre”. Así como el cumplimiento de la ley 29664 (Ley Nacional de Gestión de Riesgo de Desastre) que hace referencia a la gestión: “Como un proceso social cuyo fin último es la prevención, la reducción y el control permanente de los factores de riesgo de desastre...”. Es decir, “la gestión no sólo involucra las intervenciones en la infraestructura sanitaria, la elaboración de planes de respuesta y preparación del personal, sino implica una firme voluntad de trabajo por el desarrollo sostenible en cada una de las intervenciones. Por lo tanto, debe ser considerado como un componente transversal en la planificación, la organización y la conducción de los sistemas de salud” ⁽⁴⁹⁾.

Cabe enfatizar que estos aspectos deben ser siempre analizados en “épocas normales” para incorporar medidas de prevención y mitigación antes del desastre en concordancia con la definición de gestión de riesgo que ha dado las Naciones Unidas y que se ha mencionado previamente ⁽³⁰⁾.

El breve análisis realizado sobre los aspectos arquitectónicos nos permite deducir que existe una tendencia de la arquitectura “hacia un criterio antropológico”, cuya orientación no se limita a brindar confortabilidad al ser humano y a disminuir la vulnerabilidad física, sino también considerar la vulnerabilidad social (características psicológicas, económicas, políticas y culturales) que, como muy bien señala el

maestro peruano Julio Kuroiwa ⁽³⁰⁾: “Nos han hecho más frágiles a los desastres, los que ya no sólo son la posible consecuencia de los fenómenos naturales sino la amenaza constante que el desarrollo tecnológico indiscriminado ha sumado los desastres antropogénicos, los generados por el hombre mismo”. De allí, la necesidad de un trabajo interdisciplinario, de un compromiso que tomando en cuenta los criterios técnicos y artísticos recomendados se acompañe de normas legales precisas y de autoridades capaces de hacerlas respetar para que, en nuestra patria, logremos el desarrollo de adecuados diseños urbanísticos y de proyectos arquitectónicos hospitalarios ajustados al ser humano, capaces de proporcionarle bienestar, gracias a una moderna arquitectura que se proyecta hacia el “mundo de las personas”.

ASISTENCIA HOSPITALARIA MÁS HUMANA

“El hombre de carne y hueso, el que nace, sufre y muere sobre todo muere- el que come y bebe y juega y duerme y piensa y quiere, el hombre a quien se ve y a quien se oye, el hermano, el verdadero hermano”.

Miguel de Unamuno ⁽⁴⁶⁾

Atención ambulatoria

Si deseamos que la infraestructura de los hospitales se realice pensando en el ser humano, es razonable anhelar la humanización dada fundamentalmente por un personal sanitario con mística, sentimientos humanitarios y empatía, de allí la pertinencia de meditar si las personas que trabajamos en las instituciones de salud, al relacionarnos con el paciente, tenemos en mente el sentido de fraternidad del epígrafe expresado por el gran escritor y filósofo español. A lo largo de la historia, se ha visto que la asistencia ha sido motivada por un espíritu de caridad o inspirada en la solidaridad o el amor a nuestros semejantes, amor que “puede alcanzar grandeza inusitada en el infortunio”. Sin embargo, debemos de reconocer que muchas veces esas ideales relaciones sanitarias no se dan y no es raro escuchar, en reuniones sociales, quejas de inadecuadas atenciones médicas y a los medios de difusión comentar, con cierta frecuencia, denuncias y reparos sobre inapropiadas asistencias

hospitalarias. Diversos estudios se han realizado para evaluar la calidad de atención en las instituciones de salud, a nivel internacional y nacional. A partir de las clásicas indagaciones estadísticas efectuadas en los Estados Unidos de Norteamérica por E. Koos y por R.H. Bloom, hace más de seis décadas, y comentadas por el maestro español Pedro Laín ⁽⁵⁰⁾ que revelaban que el 64 % de pacientes urbanos adultos estaban descontentos con la manera cómo los médicos conducen la relación con ellos y el 71 % criticaban el trato recibido en los hospitales.

Posteriormente, se han llevado a cabo otras investigaciones que muestran: insatisfacción de los enfermos asociada a la omisión de información sobre su padecimiento, desazón por la solicitud de exámenes complementarios sin informales en qué consisten los mismos, sin tener en cuenta el principio de autonomía, lamentos por problemas de participación en la toma de decisiones y manejo de la información (inadecuada comunicación en la relación médico-paciente) y de respeto a la intimidad durante la hospitalización, observándose que esto es significativamente más frecuente en el hospital público, baja satisfacción de la calidad de atención hospitalaria debido a deficiente orientación dada por los vigilantes y trato inadecuado por el personal que labora en la farmacia y laboratorio, notándose que suele existir mayor insatisfacción en los usuarios con mayor nivel de instrucción ^(51, 52, 53, 54, 55).

Los trabajos mencionados expresan las percepciones negativas de los pacientes o sus acompañantes que acuden a los hospitales, con diferentes porcentajes, pero coincidentemente señalan: inadecuados grados de satisfacción de los usuarios debido al maltrato y orientación de parte de los trabajadores, demoras prolongadas en recibir la atención médica y la manera habitualmente rápida en que esta se realiza, faltando el "calor humano" que los enfermos desean recibir. Esta disconformidad con el trato recibido por el paciente, quien habitualmente está evaluando al médico, debe motivarnos a meditar sobre la relevancia de la satisfacción del mismo durante el acto médico, probablemente por ello Arthur Halley ⁽⁵⁶⁾, en su conocida novela, "*Diagnóstico final*", describe un diálogo entre dos médicos: "Uno pregunta ¿quiere decirme qué piensa usted ...de la Medicina y de este hospital? y el otro, después de meditar, expresa: supongo que la única realidad es que todos nosotros, médicos, hospitales, tecnología clínica, existimos sólo por una cosa: el enfermo, la curación del paciente. Creo que esto lo olvidamos a veces. Creo que nos abstraemos en la Medicina, en la ciencia, en mejorar los hospitales y nos olvidamos que todas esas cosas no tienen más que una razón de existir: la gente, la gente que nos necesita y acude a la medicina en busca de ayuda". Reflexiones sobre el énfasis con que se están priorizando los aspectos científico-tecnológicos, en estas instituciones sanitarias, han hecho manifestar: los hospitales "son cada vez más grandes templos de alta tecnología. Cada vez más gente involucrada en la atención del paciente, donde

todos y nadie es responsable. Cada vez mayor distanciamiento entre el médico y el ciudadano paciente, quien a veces se pierde en el sistema. Donde el informe de la máquina es más importante que la expresión del paciente sobre su enfermedad. El hospital se está transformando en fábrica de medicar y operar, donde se está priorizando la enfermedad sobre el enfermo y se están tomando más en cuenta los avances tecnológicos y científicos de la medicina que a la persona misma” (57).

Ante esta situación, nos parece adecuado el planteamiento que expresa: “volvamos entonces a esa elemental aproximación al hombre, a la persona que posee un cuerpo y un psiquismo, en íntima e inseparable unión. Esa unión indivisible que es el objeto de nuestro conocimiento y, a la vez, blanco de nuestro quehacer” (58).

Por ello, trataremos de reflexionar sobre ¿qué es lo que puede suceder o sucede en el encuentro entre el ser que acude en busca de ayuda al hospital, es decir el paciente, el paciente con angustia y esperanza, y las personas que laboran en las distintas secciones del nosocomio?, ¿cómo debe ser esta denominada relación sanitaria o clínica?

Al llegar al hospital, el ingreso dependerá de una persona, muchas veces con exceso de autoritarismo: los **vigilantes de seguridad**, que no pertenecen a las instituciones de salud sino a organizaciones de carácter privado, que habitualmente están sometidas a largas horas de trabajo, reciben bajas remuneraciones y están expuestas a traumas físicos y psicológicos. En estas condiciones es difícil que tengan dominio de sí mismos y puedan dar trato amable y ofrecer informaciones con claridad, lo que unido a la especial susceptibilidad de los que acuden a estas instituciones, suelen frecuentemente terminar decepcionando a los usuarios. Por lo que es conveniente realizar evaluaciones frecuentes orientadas a mejorar importantes aspectos relacionados con el cumplimiento de una efectiva función, en la que es fundamental fortalecer la amabilidad que -como decía Goethe- “es la cadena de oro que ata a la sociedad”. No olvidar que el primer contacto es fundamental para el grado de satisfacción del paciente y sus acompañantes. ¿Cómo es el trato en la **sección de admisión**?, ¿el trabajador de salud muestra una emoción adecuada, una actitud de cortesía que le permite atender con respeto al usuario? Con cierta frecuencia no se observa el trato apropiado ni el interés que permita surgir la capacidad de empatía, “que entra en juego en una amplia gama de situaciones de la vida” y que “se construye sobre la conciencia de uno mismo, cuanto más abiertos estamos a nuestras propias emociones, más hábiles seremos para interpretar nuestros sentimientos”. “La clave para intuir los sentimientos de otro está en la habilidad para interpretar los canales no verbales: el tono de la voz, los ademanes, la expresión facial” (59).

Enfatizar sobre esta capacidad de “ponerse en el lugar del otro sin serlo”, es importante sobre todo en la relación paciente-personal hospitalario, porque no es raro observar en ella la ausencia de prestar atención a las expresiones no verbales unidas a las limitadas comunicaciones orales, estas últimas se están haciendo más evidentes por el incremento de las migraciones que conlleva a problemas con el idioma y, en nuestro país, no debemos olvidar que existen más de cuarenta lenguas originarias y que hay un alto porcentaje de quechuahablantes, de allí la relevancia que tiene conocer, como señala el médico, investigador y maestro peruano Ciro Maguiña: “nuestro ancestral y andino idioma” para proporcionar una efectiva relación con nuestros pacientes que sólo se expresan en esta lengua ⁽⁶⁰⁾. Y es que hablarle a alguien en su lengua materna genera confianza en el trato ya que ello implica “llegar a su corazón”.

De allí la importancia que los profesionales de salud usen, en lo posible, el idioma nativo porque: “el manejo del idioma nativo supone ir más allá, e involucra el reconocimiento del derecho a la identidad y a la diversidad cultural; es decir, el derecho a la no exclusión, desarraigo y menosprecio de sociedades andinas y amazónicas” ⁽⁶¹⁾.

Conscientes de la problemática de la relación de los enfermos o acompañantes con el personal del hospital, en algunos lugares, ejemplo Madrid-España, se ha elaborado el llamado: “**Plan de acogida**”, que sirve de guía para mejorar la comunicación como elemento fundamental y permitir “salvar las barreras entre paciente y personal sanitario e incrementar el grado de satisfacción del usuario”. Su desarrollo debe centrarse en aspectos fundamentales: empatía, respeto y comprensión y reforzado por actitudes de tolerancia y falta de prejuicios ⁽⁶²⁾.

Naturalmente “la acogida” (recibimiento, protección y cuidado) dependerá del área en que esta se realiza; así, si se trata en la de los **consultorios externos**: debería existir, lo que no siempre sucede, un personal capacitado y en número suficiente para recibir al paciente, proceder a su identificación, comprobar si la citación es correcta y confirmar la disponibilidad de su historia clínica (papel o digital). ¿La persona que asigna las citas, ha recibido las adecuadas capacitaciones para poder enfrentar la ambivalencia de querer ayudar a la gente que sufre y, al mismo tiempo, proteger del estrés al médico? Y luego invitarlo a permanecer en las “salas de espera”, las que deben proporcionar un ambiente confortable que permita mitigar las habituales tensiones previas a la atención del profesional médico y no ser estos lugares “terribles sitios donde empieza a conformarse o desfigurarse la imagen del médico, con implicancias obvias sobre la calidad de la relación médico-paciente que vendrá después” ⁽⁵⁸⁾.

“No hay nada más fundamental y elemental en el quehacer médico que su relación inmediata con el enfermo; nada en ese quehacer parece ser más permanente”.

Pedro Laín Entralgo ⁽⁵⁰⁾

De esta manera, en el **consultorio**, va a producirse la relación interpersonal más importante para el ser humano que acude al hospital. La misma que, al haber sido analizada tan magistralmente por el médico, historiador y filósofo español, autor del epígrafe anterior, considero adecuado transcribir, de manera resumida, algunas de sus relevantes reflexiones.

Así, el encuentro “entre un hombre que demanda ayuda: el **enfermo** y otro ser capacitado humana y técnicamente para prestársela: el **médico**”. El primero, motivado por el sentimiento de enfermedad, el deseo de salud, anhelo de diagnóstico o de refugio, tratando de encontrar en el médico el alivio de su compañía, la exploración precautoria y la simulación interesada. Pero, junto a estas motivaciones personales, también existen motivos referentes al entorno social del mismo que promueven el encuentro y móviles concernientes a la elección del médico y que, en el caso del hospital, es el que le ofrece la institución y que no necesariamente conoce. ¿Cuál será la actitud previa frente al hombre que técnicamente va a tratarle? Tal actitud dependerá de varios factores:

a) si conoce al médico o ha oído hablar del mismo acerca de su capacidad y cualidades personales; b) si no lo conoce, de su mayor o menor confianza en la medicina; c) de la experiencia anterior en orden a la asistencia médica y d) de la personal postura del enfermo frente a la sociedad de que forma parte: conciencia de un derecho a la asistencia o si acepta resignado su situación menesterosa. En cuanto al médico, en su situación previa a su relación afectiva con el enfermo, cabe señalar como importantes: en primer término, su modo de ser médico y en este modo hay que distinguir algunos motivos esenciales: **vocación**, que exige amor y espíritu de sacrificio y que está dada por una inclinación del ánimo orientada a la ayuda del menesteroso y una afición a vencer cognoscitiva y operativamente los problemas que presenta la naturaleza. **Formación**, que debe hallarse orientada por dos propósitos: la enseñanza técnica y el alumbramiento de la vocación, la primera pide ante todo competencia y método; la segunda requiere el ejemplo. Con la vocación y formación entra en juego el tercero de los motivos esenciales del ejercicio médico, la **profesión**, el modo en cómo el médico entiende y socialmente practica la medicina. Para que la práctica de la medicina sea humana y moralmente admisible bastará que no sea ejercida

sólo por el afán de lograr un diagnóstico objetivo y riguroso, o la sed del lucro, o el deseo de prestigio, o cumplir como trabajador al servicio de una institución, sino que intervengan otros intereses más profundos y personales: el médico debe ser movido, en primer término, por una sincera voluntad de ayuda técnica al paciente que asiste. “El modo de ser médico no es indiferente al modo de ser persona”, cuyos rasgos principales son: un temperamento que irradia una intensa simpatía vital que hace sentirse a las personas de su alrededor inmediatamente cómodas; junto a ello dotes mentales, consistentes en capacidad de observación comparativa y sensibilidad para la coejecución de la vida anímica ajena. Y, en tercer lugar, los rasgos éticos de la personalidad: la habitual renuencia del ánimo frente a lo ilícito y la buena disposición hacia lo beneficioso para el enfermo. En cuanto a la personal disposición del médico frente al enfermo al que va a asistir y el singular momento de la vida del médico en que tal encuentro va a realizarse (el médico conoce previamente al paciente o no lo conoce) tendrá decisiva importancia la personal actitud íntima del galeno respecto de su propia suficiencia técnica. Cada uno con sus múltiples motivos posibles, médico y enfermo van a entrar en contacto y, como resultado de este encuentro, debería surgir una “genuina **amistad médica**” que, como manifiesta el maestro Laín, ya había sido expresada por Séneca (De beneficiis, VI,16): “¿Por qué al médico y al preceptor le soy deudor de algo más, por qué no cumplo con ellos con el simple salario? Porque el médico y el preceptor se convierten en amigos nuestros, y no nos obligan por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar buena voluntad...”⁽⁵⁰⁾

Y esta amistad se puede lograr cuando somos generosos y brindamos a los otros seres humanos lo mejor de nuestra persona, mostrando con nuestras palabras y actitudes un don de humanidad. Este sentimiento que debe estar presente en el ejercicio de nuestra noble misión también es reflejado en las palabras de otro ilustre maestro, médico y escritor argentino Florencio Escardó: “El médico tiene un alma, y la tiene porque sin ella no puede ejercer su oficio, que no es el arte de curar, o el de saber de las enfermedades, o el de diagnosticar o medicar, sino en el de transcurrir en amigo sapiente entre las gentes enfermas, ...”⁽⁶³⁾.

¿Cómo se desarrolla o debe desarrollarse la relación entre estas dos personas, médico y enfermo, para lograr la deseada “amistad médica”? Debe empezar con el **saludo**, señal de reconocimiento a la otra persona. Es tan fundamental este inicio que ha sido enfatizado por eminentes galenos, a través de certeras expresiones que me permito recordar:

- Von Leyden E.: “El primer acto del tratamiento consiste en dar la mano al enfermo”⁽⁵⁰⁾.
- Slaughter Frank G.: “Pero la gente no critica a un médico por lo que gana, sino por la manera cómo estrecha las manos o sonrío al saludar”⁽⁶⁴⁾.

- Blanton Smiley: "El roce de una mano puede envolvernos en un ambiente de afecto y comprensión y habla con mayor elocuencia que las palabras. Es el medio de comunicación tal vez más eficaz de todos: el lenguaje universal del tacto, desdichadamente muy descuidado. Tal es la magia del contacto, capaz de expresar amor y atenuar el sufrimiento, capaz de dar humanidad a nuestra especie" ⁽⁶⁵⁾.

Este contacto físico es fundamental en la dinámica social, constituye un símbolo de las relaciones humanas y se hace más necesario cuando acudimos a un hospital, cuando deseamos que las personas que nos brindarán la ayuda requerida se nos aproximen con respeto y devoción. De allí la importancia de tener presente los profesionales de salud que, simultáneamente al dar la mano, "también nos relacionamos con la mirada, sola o acompañada de gestos y es que probablemente el lenguaje no verbal transmite mejor las actitudes, sobre todo su aspecto afectivo" ⁽⁶⁶⁾.

Asimismo, es esencial como en toda comunicación las palabras ya que como se ha dicho: "el enfermo habla al médico como testigo e intérprete de su cuerpo, de su intimidad y de su mundo y la palabra dulce y afectuosa del médico, encontrará el camino que conduce al corazón del pobre paciente lleno de angustia, le conservará la esperanza, y en algunos casos reanimará tal vez la antorcha de la vida, próxima a apagarse" ⁽⁶⁷⁾.

Habiéndose iniciado la relación médico-enfermo con un saludo, adecuadas palabras y gestos que revelan amabilidad y cortesía, el médico está en mejores condiciones para proceder con la "entrevista", término que –como propugna la medicina antropológica- debe sustituir al clásico de "interrogatorio" ya que este implica poner al paciente en una situación pasiva, "como objeto a estudiar y no como persona a conocer" que sí se logra con la concepción de entrevista al situar la anamnesis en una orientación dialógica ⁽⁶⁸⁾.

Y es que el diálogo permite no sólo que el paciente conteste las preguntas, sino que las haga y que el médico debe estar interesado en escucharlas y contestarlas. El médico debe mostrarse como un oyente comprensivo, brindándole al paciente el tiempo necesario para explicar los motivos por lo que realiza la consulta. Tratará de obtener información sobre la enfermedad al mismo tiempo sobre quién la padece.

Ahora bien, ¿En los hospitales habitualmente los médicos otorgamos el tiempo suficiente, dejamos que el paciente refiera sus molestias y estamos atentos a sus expresiones, tratando de comprenderlas e interpretarlas, y así lograr el conocimiento adecuado del enfermo y sus padecimientos? Al respecto, algunos opinan: "si examinamos con detenimiento la estructura y carácter de esta conversación, propiamente no podemos calificarla de dialogal en sentido estricto". "Porque cuando

el paciente expone sus molestias suscitan habitualmente en el médico una idea determinada del tipo de afección presente en este caso. Tal idea mueve al médico a seguir haciendo preguntas, con vistas sea a corroborar esa imagen, sea a percatarse de que era errada la primera impresión". Ello conduce a que la entrevista médica no sea habitualmente adecuada y más aún cuando en los hospitales, en las salas de espera, hay muchas personas que están aguardando ingresar. Sin embargo, a pesar de la existencia de fuerzas extrañas que atentan contra un cuidadoso escuchar, los médicos siempre deberemos hacer el esfuerzo para atender sin prisa y cordialidad, pensando que "podríamos dulcificar ansiedades y preocupaciones de infinidad de enfermos con sólo tener algo más de tiempo para ellos" (69).

"El número de los médicos que ya no examina a los enfermos después de obtener su licencia, crece continuamente".

Kretschmer P. W. (70)

Es necesario, realizada la anamnesis, efectuar el examen físico y evitar ser parte de los galenos mencionados en la pregrafía anterior, puesto que, como señalaba el gran clínico y maestro español don Carlos Jiménez Díaz: "Es absurdo pensar que los problemas del hombre enfermo puedan resolverse prescindiendo de lo más humano de lo que dispone el médico, de sus sentidos, de la percepción inmediata". Recordándonos aquella certera expresión popular que, para alabar el interés del médico por un enfermo, dice: "puso en él sus cinco sentidos". Al preguntarse ¿cuál es la causa de la creciente imperfección con que se maneja la exploración clínica por los médicos?, solía decir: "Es doble, en primer término, porque no se acierta a valorar lo mucho que puede dar de sí en el camino del conocimiento de la enfermedad del paciente; pero también por lo arduo de su aprendizaje". Enfatizando: "Interpretar radiografías u otros documentos se puede aprender siempre, pero la exploración clínica se incorpora pronto al espíritu o ya no se incorpora nunca; el vicio de actitud es prácticamente incorregible" (71).

De allí, la necesidad de insistir siempre sobre la importancia de realizar el examen físico sistematizado que debemos iniciarlo aplicando la observación, la misma que vamos mejorando con la práctica, haciéndola de una manera planificada para lograr la percepción que nos permita penetrar en la unidad corporal y anímica de nuestros pacientes. Debemos tener presente que el omitir la inspección, palpación, percusión y auscultación hace que el enfermo se considere defraudado en su asistencia.

Hay que saludar toda innovación en los métodos auxiliares de diagnóstico, pero sin dejar de aferrarse a la clásica semiología, porque los medios tecnológicos modernos, en lugar de reemplazar la clínica, "deben excitar la agudeza de los sentidos del médico explorador para que, cuando menos en nuestra ciencia, la máquina no venza al hombre" ⁽⁷²⁾.

Y es que, aunque parezca paradójico, los grandes adelantos logrados en la tecnología han servido para perfeccionar las técnicas de diagnóstico físico, de la misma manera que este completa a la entrevista.

Con razón se ha expresado: "ningún método técnico puede sustituir al estudio cuidadoso de los síntomas del paciente" y, podemos añadir, ningún procedimiento tecnológico puede reemplazar al arte de obtener los signos clínicos que permitirán a la mente experimentada del médico formular un adecuado diagnóstico ⁽⁷³⁾.

Sólo investigando adecuadamente los síntomas y signos puede identificarse la enfermedad y lograrse el diagnóstico que ha sido definido como "el arte de distinguir una enfermedad de otra". La interpretación adecuada de los síntomas y signos es fundamental porque ellos constituyen los parámetros básicos que nos conducirán al diagnóstico de enfermedad, efectuar el diagnóstico diferencial seleccionando la enfermedad o enfermedades que pueden explicar mejor los hallazgos clínicos o los exámenes auxiliares ⁽⁷⁴⁾.

Don Pedro Laín E. ⁽⁷⁵⁾ hace unos importantes comentarios sobre el libro "*Clinical Judgement*" del profesor norteamericano Alvan R. Feinstein, para quien todo clínico esencialmente es: un médico que constantemente piensa y actúa "desde" y "para" el enfermo, que planea la estrategia y ejecuta las tácticas del cuidado terapéutico, que comprende la relevancia de la obtención de los hallazgos clínicos y el diagnóstico para llegar al "juicio clínico" que suele ser de algún modo científico y ver su actuación como un experimento. A él y a su precisión y fiabilidad se acercará más, si sabe cumplir las siguientes reglas: en sus observaciones clínicas distinguirá cuidadosamente los datos tocantes a la enfermedad; a la vista de estos datos, razonará sobre ellos según dos líneas principales, la terapéutica y la ambiental; en la elección del método, tendrá en cuenta que este debe adecuarse a la índole de la realidad que con él se trata de conocer y modificar; en la conceptualización y la ejecución del experimento clínico, procurará vencer conscientemente las varias objeciones que suelen oponerse a la posibilidad de una verdadera "ciencia clínica". El clínico debe tener en cuenta los problemas que el empleo de la nueva tecnología médica lleva consigo, por ello: no debe delegar en sus colaboradores no clínicos (exámenes de laboratorio y de imágenes) el establecimiento de sus criterios diagnósticos; saber elegir, por razones económicas y éticas las pruebas paraclínicas adicionales verdaderamente necesarias,

no abusar de sus peticiones puesto que ello, además del incremento de los costos en salud y conllevar incomodidades y riesgos para el paciente, nos está haciendo olvidar la importancia de escuchar al enfermo, de establecer una relación dialogante, de realizar el examen físico que no sólo tiene como finalidad conducirnos al diagnóstico sino que, al hacerlo, estamos también fortaleciendo una adecuada relación médico-paciente, obteniendo beneficios más allá de los objetivos diagnósticos y logrando que los pacientes se sientan satisfechos de la atención médica.

Por ello, "al enfrentarnos a los problemas que un semejante presenta debemos hacerlo premunidos tanto de conocimientos científicos como de sensibilidad humana", es decir, acercarnos al enfermo teniendo en mente la magistral reflexión que al respecto hizo don Carlos Alberto Seguí: "El clínico debe observar cariñosamente cada detalle, pesar cada posibilidad, razonar cada hecho y relacionarlos con los demás en un tejido de operaciones intelectuales en el que se construirá una obra de fina lógica y de amorosa comprensión. Basado en los datos que el examen clínico y los procedimientos auxiliares le ofrecen debe sopesar las características físicas y espirituales de ese hombre en ese momento, debe afinar su capacidad de análisis, debe seguir en su mente un camino firme de razonamiento científico y llegar a una conclusión sólo después de un trabajo de síntesis elevada que sea capaz de extraer de cada dato lo esencial y relacionarlos con todos los otros en una obra de armonía plena" (76).

Palabras que nos recuerda que no sólo debemos llegar a la meta cognitiva de la enfermedad, que no debemos enfrascarnos sólo en lo "objetivo" del proceso morboso sino también pensar en el aspecto personal de quien la padece, es decir, haciendo un "diagnóstico integral", que comprende lo somático y lo psíquico.

"Los médicos hacemos muchos disparates con eso de los medicamentos. Para empezar, recetamos demasiado, muchas veces innecesariamente, y en parte porque presentimos que los pacientes se irán muy decepcionados si no les recetamos nada..."

Arthur Hailey (77)

Si en el proceso de llegar a una conclusión previa (diagnóstico) es el hombre de ciencia el que predomina, en la aplicación de ese resultado (tratamiento) es donde el artista debe mostrar lo mejor de sí mismo, decía don Carlos Alberto Seguí: "Tratar a un enfermo no es prescribirle medicamentos. Es algo más: es manejar un

ser humano, es conducir un semejante por los caminos del restablecimiento de sus capacidades fisiológicas y psicológicas, es ayudarlo a recuperar la normalidad de su funcionamiento orgánico y el equilibrio de su vida social" ⁽⁷⁶⁾.

No debemos olvidar que el médico, con sus sentimientos y reacciones ante el paciente, constituye un agente terapéutico por sí mismo, como acertadamente ha sido expresado: "el facultativo es la primera medicina que prescribe" ⁽⁶⁶⁾.

En efecto, la acción terapéutica del médico está presente desde el saludo inicial al paciente, pasando por la anamnesis, examen físico, realización de algunos procedimientos exploratorios, hasta la indicación de medidas generales o de medicamentos. Es por ello que adecuadamente se dice: "el tratamiento no es un momento, un acto, alguna etapa en la relación médico – enfermo, sino una acción positiva que cubre cronológicamente toda la actuación del médico" ⁽⁶⁸⁾.

Por lo que la práctica de limitar el momento terapéutico propiamente dicho a la entrega de unas "recetas escritas" y apenas comentadas verbalmente, conlleva a una pérdida de oportunidad del médico para lograr un efecto psicoterapéutico. Y es que terapéutica no es igual a medicación. Con acertada razón, un ilustre médico español comentaba: frente a la "eficacia bruta" de un remedio, a la que permiten atribuir los datos que sobre él pueden leerse en los tratados de farmacología y terapéutica, está la "eficacia neta", resultante de la definitiva modulación de aquella por obra de la sugestión positiva o negativa que el médico, el remedio y el acto terapéutico conjuntamente ejercitan sobre el enfermo ⁽⁷⁸⁾.

Al mencionar la administración de medicamentos, es pertinente recordar que, si bien estos brindan grandes beneficios frente a problemas de salud, también pueden presentar efectos no deseables, reacciones adversas que suelen incrementarse proporcionalmente al número de fármacos empleados y que generan gastos al paciente, a la familia y a los sistemas de salud. Por ello, es conveniente enfatizar sobre el uso y abuso de estos, que es expresión de una de las características de la sociedad de consumo, que incrementa las necesidades reales y ficticias del hombre, debido a la publicidad y que ha sido comentada por Caro Guy, quién hace la diferenciación entre informar (proporcionar documentación para conocimiento de alguien) de publicidad (ejercer acción psicológica sobre el público con fines comerciales). Expresa que un porcentaje de los médicos utilizan entre sus fuentes de información la publicidad farmacéutica, la misma que se presenta principalmente bajo las formas siguientes: visita médica, publicidad en las revistas médicas, publicidad directa por correo y algunas "relaciones públicas". Afirma que este sistema de publicidad podría estar alienando en diferentes grados a los galenos por lo que plantea la necesidad de crear organismos de información compuestos por médicos que centralicen este saber y lo

difundan a sus colegas. Analiza lo concerniente a la calidad de los medicamentos y lo referente al precio de los mismos, aspectos que deben tenerse en cuenta antes de prescribirlos ⁽⁷⁹⁾.

Esto es importante porque se dice que el mercado farmacéutico es uno de los de mayor dinamismo y que el constante crecimiento en valores de la industria farmacéutica obedece a: demanda inducida ("quien decide el consumo de un medicamento no es el interesado sino una tercera persona que con frecuencia es influida por campañas publicitarias que orientan su decisión"), productores y comercializadores destinan unas importantes sumas de dinero a campañas publicitarias dirigidas a "fidelizar" a los prescriptores, dispensadores, consumidores y a lobbies en los círculos políticos; de allí, la inexistente relación precio-costo de producción, que se expresa en precios diferentes para un mismo producto según regiones y países. Por lo que se hace necesario implementar estrategias para mejorar el acceso a medicamentos, tales como: uso de peticiones nacionales de medicamentos esenciales, implementación de políticas de medicamentos genéricos y de políticas de regulación de precios basados en las recomendaciones del programa de medicamentos esenciales de la OMS ⁽⁸⁰⁾.

Paralelamente, es necesario insistir en: fortalecer el uso racional de medicamentos con la conformación de comités farmacoterapéuticos y el uso de protocolos y guías clínicas e instar especialmente a los colegas jóvenes, en formación y capacitación en los hospitales, para que en el futuro la frase con la que iniciamos este tema de medicación no siga ocurriendo. Menciono especialmente a los jóvenes, porque son los que elaboran con frecuencia las recetas en las instituciones hospitalarias y están sometidos a la presión de la publicidad farmacéutica y también a las solicitudes insistentes de muchos de sus pacientes. De allí que, tal vez, se justifique traer a la memoria expresiones, tales como la de Alain Mercier: "Entre el martillo de los laboratorios y el yunque de los pacientes, el médico tiene que estar hecho de un metal excepcional para poder resistir a la deformación" ⁽⁷⁹⁾.

La recomendación de Gastón Paquien: "Joven médico, antes de imponer tratamientos costosos a un enfermo, que la mayoría de veces hacen lo mismo que los que poco cuestan, es conveniente preguntarle, con mucho tacto, si ese gasto no les traerá trastornos en sus finanzas" ⁽⁸¹⁾ o la frecuentemente citada frase de W. Osler: "Los médicos jóvenes comienzan recetando veinte medicamentos para una enfermedad y los médicos viejos terminan recetando un medicamento para veinte enfermedades".

Simultáneamente a instar a los profesionales médicos al no abuso de los medicamentos se requiere educar a la población y establecer medidas gubernamentales orientadas a disminuir lo que alguien ha llamado la "farmacologización" de la sociedad y así evitar la automedicación.

Pero, la atención médica no sólo se limita al diagnóstico y al tratamiento, sino que en ella se originan, simultáneamente, vínculos de tipo afectivo, lazos de afecto que une a dos personas en situaciones vitales muy diferentes entre sí, el enfermo que pone su **confianza** en la medicina y en la persona que va a tratarle y el médico que, en base a su **conciencia**, brinda la voluntad de ayuda técnica y cierta compasión humana. Esta relación es, debe ser, en todo momento ética porque “el hombre es constitutivamente moral” y esta condición se manifiesta en el cumplimiento de los deberes del profesional, que no necesitan de reglamentos, con respecto al enfermo, buscando siempre “el bien del paciente” ⁽⁵⁰⁾.

Coincidente con esta expresión, el médico y maestro peruano don Alberto Perales dice: “La ética de la atención médica, no puede exclusivamente derivar de códigos profesionales rígidos, impuestos por mandato, sino de decisiones prudentes que se plasman frente al enfermo bajo nuestro cuidado, respetando la sacralidad de su condición humana y por ende de sus derechos”. Añade: “...El criterio ético de la atención médica es la phronesis (prudencia), que no se fundamenta en la perfección del acto - pues los errores son inevitables por la falibilidad del hombre - sino, en investigar sus causas, aprender de los errores, corregirlos formando experiencia y evitar que se repitan” ⁽⁸²⁾.

Teniendo presente las fundamentales vinculaciones afectivas y ético- religiosas de la relación médico – enfermo, esta debe contemplar también una “fase esclarecedora”, en la cual el médico dialoga con el enfermo acerca del resultado del proceso de atención médica, comunicándole sus conclusiones y así cumplir con las relevantes funciones: informativa, educativa, consensual y motivacional ⁽⁶⁸⁾.

Con cuanta frecuencia escuchamos quejas de los pacientes por la ausencia de esta comunicación. Lamentablemente en el ejercicio profesional cotidiano los médicos omitimos frecuentemente lo sustancial que significa esta información y, sobre todo, la importancia de la manera cómo se hace, cómo se trasmite para que las prescripciones, las recomendaciones se asimilen correctamente. La inadecuada comunicación entre médico y paciente suele relacionarse con bajos niveles de alfabetización sanitaria (grado de capacidad que tienen los individuos de obtener, procesar y comprender la información básica necesaria para tomar decisiones apropiadas en materia de salud del paciente), y dificultades en la capacidad de empoderamiento (proceso educativo diseñado para ayudar a los pacientes a desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para asumir efectivamente la responsabilidad de sus decisiones relacionadas con su salud). De allí la necesidad de buscar un fortalecimiento de la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes en el hospital, para lo cual es importante,

además de mejorar el tiempo dedicado a la consulta, capacitar en comunicación para que los médicos empleando un adecuado lenguaje logren una mejora en la satisfacción y en el cumplimiento del tratamiento. Es importante: “ilustrar y persuadir” al enfermo para que nuestro arte de curar sea más eficaz, porque “médico que no educa es médico a medias” ⁽⁶³⁾.

Junto a la preocupación para mejorar la comunicación ha surgido en los últimos tiempos la inquietud de si **¿los avances informáticos nos llevarán a una nueva relación médico-enfermo?**, por lo que es pertinente meditar, aunque sea brevemente, sobre este aspecto ya que los progresos de la técnica han traído como consecuencia la utilización de las Historias Clínicas virtuales, lo que puede originar que la fundamental relación directa entre médico y enfermo sea modificada. En efecto, hemos escuchado expresiones de pacientes como: “durante la consulta el médico casi no me ha mirado, sólo observaba su computadora”; pero ¿serán las computadoras interpuestas entre ellos las responsables de que el médico no le mire la cara al enfermo? A muchos les preocupa que el tiempo dedicado a la computadora disminuye el tiempo asignado al enfermo y ello se hace más notorio cuando hay exigencia en las instituciones para la atención de un número elevado de pacientes; sin embargo, otros piensan que: “no es problema de herramienta sino de actitud” y hacen una propuesta de un plan integrado para que, en vez de un obstáculo, sean oportunidades en beneficio de la atención médica. La proposición que nos parece adecuada y práctica sugiere que el galeno debería revisar la historia antes del ingreso del paciente, lo que permite que los primeros minutos del encuentro se utilicen, no en la lectura del registro electrónico sino en centrarse en el enfermo. Después de haber establecido una buena relación e identificadas inquietudes inmediatas, “la pantalla de la computadora debe reubicarse para formar un triángulo imaginario definido por paciente, médico y computadora”, esto hace que sea natural que paciente y médico vean la pantalla juntos y hagan contacto visual periódicamente. El médico debe aprovechar la existencia de los datos registrados para educar a los pacientes, mostrándoles imágenes, explicándoles los hallazgos del laboratorio, etc., lo que contribuye a consolidar la interacción. A continuación, antes del final del encuentro, “el médico debe de romper el triángulo y mirar al paciente directamente”, y juntos afrontar las preocupaciones que permitirá aclarar el diagnóstico y asegurar que los planes terapéuticos sean claramente definidos ⁽⁸³⁾.

Lo anterior enseña que las modernas tecnologías no nos conducen a la deshumanización, sino que somos quienes las utilizamos los responsables de que ello ocurra. Usémoslas adecuadamente para brindar una atención más efectiva, en la que esté siempre presente “el trato amable y generoso del médico”.

Se ha meditado sobre aspectos concernientes a la relación médico-enfermo, vinculación fundamental en el quehacer del médico y que en los hospitales se lleva a cabo en diferentes ambientes hospitalarios. En líneas previas, se ha orientado más las reflexiones en torno a lo que sucede en consultorios externos al relacionarse estos dos personajes: médico y enfermo; pero, es pertinente también analizar cómo es o cómo debe ser esta relación en la hospitalización. En este ambiente, ya no es el médico el único que atiende por lo que el enfermo puede establecer relación con otro personal de salud, de allí que algunos autores prefieren utilizar otras denominaciones, tales como: relación sanitaria o clínica, esta última porque la palabra "clínica" procede del sustantivo griego *klíne*, que significa lecho, cama.

ATENCIÓN EN ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN

“Ser paciente de un hospital puede ser una experiencia terriblemente solitaria y desesperante”.

Daniel Goleman ⁽⁵⁹⁾

Hay que comprender lo que significa estar en la cama de un hospital y recordar que, a lo largo de la historia, siempre los enfermos han solicitado a las personas que los atienden: “Alivio, consuelo y esperanza”. Por ello, es necesario analizar las acciones de los seres humanos responsables de la asistencia hospitalaria que hacen, o deben hacer, posible la humanización de la misma. En el **área de hospitalización**, la calidad del servicio involucra a todos los agentes que intervienen en la producción del mismo, especialmente aquellos que están más en contacto con los usuarios. Con frecuencia se comenta sobre la deshumanización de la asistencia sanitaria, de allí que Plumed Moreno Calixto ⁽⁸⁴⁾ manifieste: “El gran reto del sistema sanitario en este siglo será lograr que el paciente vuelva a ser el protagonista de las actuaciones de todos los profesionales”. Para lo cual, trae a la memoria las meditaciones de Pier Luigi Marchesi (1929-2002), a quien considera “impulsor del proceso de humanización del mundo de la salud”, algunas de cuyas reflexiones consigna: “La medicina más eficaz, pero más alejada de las necesidades del hombre [...] requiere una Pastoral de la Salud organizada, planificada, animada, una nueva catequesis para el personal sanitario

a todos los niveles". Señala como misión: "Transformar lo impersonal en personal, para que el sufriente pueda vivir su aventura humana y espiritual en un ambiente de amor y respeto". Por ello, enfatiza que "quienes trabajan en el mundo de la salud han de ser personas que aprendan todos los días a ser sensibles al dolor humano. Personas que transformen el hospedaje en un lugar con afecto en el cual el enfermo pueda ver satisfechas sus expectativas morales, espirituales, supranaturales, además de psicológicas y sociales".

Como quiera que entre este personal de salud hay uno que juega, o debe jugar un papel fundamental al cumplir la noble función de enfermería, me permito señalar algunos de los pensamientos que, sobre esta importante profesión, han sido expresados por grandes maestros de la medicina, así W. Osler ⁽⁸⁵⁾ manifestó: "Habéis convertido el ejercicio de la medicina en más sencillo para el médico". "Os hacéis indispensable en la vida de los enfermos, como parte misma de la familia". "Os convertiréis en involuntarias poseedoras de las confidencias más recónditas y que quizás más nadie conozca, el secreto en cuanto a lo visto y oído entre los enfermos". "Las cabezas benévolas han estado siempre dispuestas a recomendar medios de aliviar el sufrimiento; los corazones tiernos, han estado siempre dispuestos a hablar al doliente de los goces de la paz, y manos cariñosas han siempre atendido a los agobiados por la tristeza, la necesidad y la enfermedad...", y don I. Chávez ⁽²⁾ dijo: "Ayer la enfermera era la leal seguidora de las órdenes del médico, pasiva y obediente. Hoy es la colaboradora, inteligente y capaz de tomar decisiones por sí misma, cuando la gravedad del caso vuelve preciosos los minutos de los que depende la salvación o la pérdida del enfermo". "Esa transformación de la carrera de enfermería, ese ennoblecimiento de su misión, sin perder por ello su rico venero de ternura, que es consuelo y protección para el enfermo, todo este cambio en el saber, en el trabajo y en las responsabilidades, nuestras enfermeras lo han sabido echar sobre sus hombros, alegremente, confiadamente, sin una voz de protesta contra la dureza de la diaria labor".

Después del reconocimiento de esta loable labor expresada tan acertadamente por los distinguidos maestros mencionados, cabe preguntarnos si en las salas de hospitalización de nuestros modernos hospitales, cada vez más grandes y complejos, con alta tecnología y enorme sobrecarga de atención, existe gestión adecuada que permita el cumplimiento del cuidado del paciente como su quehacer principal, si en su praxis diaria asiste al enfermo de manera personalizada, atendiendo en él "no sólo las necesidades corporales sino también las espirituales".

Al respecto, al analizar las diferentes funciones de los profesionales de enfermería: cuidado directo, cuidado médico delegado, coordinación de servicios, educación e investigación, que permiten comprender la importancia del papel que desempeñan

tanto en el funcionamiento y buena marcha de las salas de hospitalización, como en todo lo que tiene que ver con el bienestar y la seguridad de los pacientes, se menciona que, con frecuencia, "las funciones del cuidado y educación de los pacientes son delegadas a las auxiliares de enfermería, y que la función del profesional de enfermería se centra en actividades administrativas", que el trabajo diario del personal de enfermería se diluye en las funciones de coordinación de los servicios y en las médico delegadas, además de otras actividades que nada tienen que ver con el cuidado de los pacientes...", de allí la preocupación de las propias enfermeras porque, al estar obligadas al cumplimiento de disposiciones administrativas que consumen la mayor parte de su trabajo, no pueden "consagrarse al alivio del dolor ajeno", a la asistencia humanizada centrada en el servicio de los enfermos, mostrándoles que es una persona muy importante y preciada para quien lo atiende, con actitudes de respeto y amor a ese ser humano que acude a los hospitales con incertidumbre, angustia y esperanza ⁽⁸⁶⁾.

Y en relación al profesional médico, **¿son nuestras acciones acompañadas de grandes sentimientos con el fin de mitigar o evitar la deshumanización observada en nuestros hospitales?** El médico que ejerce en hospitales se ve sometido, como se ha señalado previamente para el personal de enfermería, a un sistema de organización asistencial en el que el paciente se siente expuesto a un servicio impersonal, que no le permite ver al profesional como "su médico" sino sólo como funcionario que lo atiende, a pesar que "el enfermo con personalidad no quiere tener "un médico", sino "su médico", es decir, alguien que lo ayude personalmente y por quien se sienta comprendido. Esta "propiedad" del paciente implica un compromiso por parte del médico de acercarse a cada paciente con sentido personal y la responsabilidad de garantizar que los resultados de la atención médica sean los mejores posibles ⁽⁷⁰⁾.

Sin embargo, el sistema de gestión institucional hace que el galeno no sienta responsabilidad frente al paciente sino que se escuda en el hospital "dejando con frecuencia la atención del enfermo en manos de los profesionales médicos en formación o capacitación", esto se ve agravado por normas que permiten al profesional médico laborar en más de una institución hospitalaria lo que acarrea, además de falta de sentimiento de pertinencia institucional, una sobrecarga del trabajo y desgaste profesional. Las elevadas demandas a las que están expuestos los hospitales, no permiten garantizar la estabilidad de la atención y seguimiento del paciente por un mismo profesional, conduciendo a que el paciente se sienta desamparado y expuesto a un servicio impersonal, en el cual cada profesional hace su labor, no siempre coordinada, dentro de un horario rígido. El problema de deshumanización se hace más evidente cuando: "el personal médico pasa por alto la forma en que los pacientes reaccionan a nivel emocional, incluso mientras

se ocupan de su estado físico. "Los cuidados médicos modernos a menudo carecen de inteligencia emocional". Existe una tendencia a un universo profesional en el que los imperativos institucionales pueden hacer que el personal médico pase por alto la vulnerabilidad del paciente, o se sienta demasiado presionado para hacer algo por él, debido a que las crudas realidades del sistema médico están cada vez más reguladas por los contadores, las cosas parecen empeorar día a día" ⁽⁵⁹⁾.

De allí la necesidad que los médicos "no pasemos por alto la vulnerabilidad del paciente en las instituciones hospitalarias" y tratemos de mejorar las condiciones de su asistencia, defendiendo los principios que garanticen un adecuado ejercicio profesional, ejercicio que, como lo señala el Código de Ética y Deontología de nuestro Colegio Médico en Título I, art. 5: "... Se fundamenta en el permanente respeto a los derechos de los pacientes, tales como el derecho a la libertad de conciencia y de creencia; el derecho a la integridad física, psíquica y moral; el derecho a su libre desarrollo y bienestar; el derecho a la intimidad personal y familiar; el derecho a que se respete su autonomía, ..." ⁽⁸⁷⁾.

Ese respeto y defensa de las normas mencionadas previamente y el actuar con conciencia en bien de nuestros pacientes evitará que se diga: "en general el médico, especialmente el del hospital, es una figura distante, que no ofrece ningún asidero a las necesidades emocionales de asilo y comprensión del enfermo; que no habla con sus pacientes y si lo hace emplea un lenguaje ajeno a ellos". Y que se manifieste, asimismo, que raramente se preocupa el médico, en general, de comprender lo que ocurre cuando un hombre debe abandonar su casa e internarse en un hospital y, no siempre, se pregunte ¿Qué resonancia psicológica tienen las diferentes maniobras hospitalarias a las que el enfermo es sometido? ... ⁽⁸⁸⁾.

Estas inquietudes expresadas, en las meditaciones previas, nos debe inducir a reanimar el pensamiento de siempre considerar al paciente como un ser humano, "comprender que, al lado de su enfermedad, existen vivencias de la enfermedad, de quienes lo cuidan y las experimentadas en todo su proceso". Y es que la medicina es: "fundamentalmente entender al ser humano, al sujeto en su propia subjetividad, con su sufrimiento y con su entorno". Por ello, los que la ejercemos, "debemos proporcionar soporte y apoyo emocional, en una atmósfera de optimismo y esperanza, capaz de ayudar a encarar su realidad existencial, valorando y despojando sus dudas y temores" ⁽⁶⁶⁾, y esforzarnos por fortalecer la formación de los aspectos bioéticos, ya que "la bioética es un puente entre la salud y su humanización, es una disciplina que proporciona los instrumentos suficientes para argumentar nuevas perspectivas de cómo abordar la dignidad humana y la calidad de vida de las personas enfermas" ⁽⁸⁹⁾.

MEDICINA INTERNA

"... El internista va a seguir siendo necesario debido a que es capaz de ofrecer mejor que nadie una asistencia integral al paciente y por tanto más satisfactoria para él, desenvolverse en el terreno de la complejidad e incertidumbre con arte clínico y desarrollar su labor de forma eficiente en el terreno económico".

Ciril Rozman ⁽⁹⁰⁾

Hay aspectos que se hacen más notorios en cada uno de los departamentos o secciones en donde se desarrollan las llamadas grandes especialidades, por lo que tal vez es conveniente meditar sobre las particularidades que pueden observarse en cada una de ellas; así:

En el **Área de Medicina Interna**, la sala de hospitalización constituye el centro de la actividad del internista y en ella se realiza, o debe efectuarse, la atención integral del paciente, considerando no sólo el aspecto biológico sino también el emocional, cultural y social. Y es que el formado adecuadamente en esta especialidad tiene ciertas características que han sido magistralmente descritas por don Carlos Alberto Seguin, de allí la pertinencia de mencionar algunas de sus importantes reflexiones: "Ser clínico es acercarse al semejante sin más armas que el conocimiento y la inteligencia. Observar minuciosamente cada detalle, pesar cada posibilidad, razonar cada hecho y relacionarlos con los demás en un tejido de operaciones intelectuales en el que construirá una obra de fina lógica y de amorosa comprensión. Debe de afinar su

capacidad de análisis, debe en su mente seguir un camino firme de razonamiento científico y llegar a una conclusión sólo después de un trabajo de síntesis elevada que sea capaz de extraer de cada dato lo esencial y relacionarlo con todos los otros en una obra de armonía plena. Si en el proceso de arribar a una conclusión previa es el hombre de ciencia el que predomina, en la aplicación de ese resultado es donde el artista debe mostrar lo mejor de sí mismo. Tratar a un enfermo no es prescribirle medicamentos. Es algo más: es manejar al ser humano, es ayudarlo a recuperar la normalidad de su funcionamiento orgánico y el equilibrio de su vida social..." (76).

Vemos pues que el internista, clínico por excelencia, en base a sus pensamientos y sentimientos, es capaz de desempeñar "funciones de diversas especialidades", con aptitudes y actitudes que permiten una atención holística y centrada en toda persona adulta, desde la adolescencia hasta la ancianidad. Enfoque integral que permite racionalizar exámenes o procedimientos especiales que originan incomodidades y riesgos innecesarios en los enfermos y limitar el uso de múltiples fármacos que conducen frecuentemente a un solapamiento de los mismos. Su humildad le permite aceptar sus limitaciones e imposibilidad de mantenerse al ritmo de los constantes adelantos científicos y tecnológicos de allí que, en cuanto tiene dificultades en diagnóstico o manejo de sus pacientes, solicita la colaboración de otros especialistas y así lograr la ansiada atención con calidad y calidez a sus enfermos.

Esta forma de "hacer medicina" conduce a que se le compare con el "director de una orquesta cuya partitura es el cuidado integral del paciente y cuyos conocimientos le habilitan para tocar todos los instrumentos que la componen"; por ello, cuando la tendencia a la superespecialización se incrementa, su presencia se hace cada vez más necesaria en su papel de coordinador y de integrador de la información obtenida, utilizando las evidencias científicas, su experiencia y los valores y preferencias del paciente, podrá tomar la decisión más adecuada en cada uno de sus enfermos (90).

Debemos insistir en este modelo de práctica en la clínica porque constituye la mejor manera de lograr la confianza y seguridad de los pacientes, puesto que en los Departamentos de Clínica Médica se observa la tendencia, cada vez más frecuente, de asignación de camas por subespecialidades que está conduciendo a la "pérdida de la visión del paciente como un todo" y originando en el enfermo confusión y preocupación por la fragmentación de su atención. Al respecto, el Dr. Carlos Bustamente Ruiz expresó: "La superespecialización de la Medicina ha multiplicado los conocimientos y obligado, en la búsqueda de la perfección técnica, a la división del trabajo, en tal medida que... me he permitido llamar la atención de los visitantes al Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Obrero de Lima, enmarcando el pensamiento siguiente: "Vivimos muy cerca del órgano enfermo, pero

muy lejos de la persona humana”⁽⁹¹⁾. En el mismo sentido, el premio Nobel de Medicina Alexis Carrel manifestó: “A menudo sucede que se da una importancia exagerada a una parte cualquiera a costa de las demás. Estamos obligados a considerar todos los diversos aspectos del hombre...”. Reconoce que la civilización moderna necesita de los especialistas para que la ciencia pueda progresar; sin embargo, enfatiza “los datos dispersos de los análisis deben ser compendiados en una síntesis y dicha síntesis requiere el esfuerzo, no de un grupo, sino de un hombre”⁽⁹²⁾.

De allí la necesidad de que, en las salas hospitalarias, donde actúan distintos profesionales, siempre debe haber alguien formado con mente amplia y espíritu sintético y que, al mismo tiempo que ejerce la función de “director de orquesta” de los diferentes subespecialistas, cumpla un rol fundamental en la relación con el enfermo y sus familiares. Hay que buscar, en las salas de hospitalización, un equilibrio funcional adecuado entre internistas y subespecialistas, siendo importante enfatizar que la formación de estos últimos se sustente en una base sólida de medicina interna que les permita comprender la relevancia de una atención integral del paciente, sustentada en un pensamiento holístico de la vida. Concepto analizado por el profesor español don Pedro Piulachs que, al reflexionar sobre “el ser viviente como totalidad”, nos trae a la memoria una serie de expresiones de grandes pensadores, algunas de las cuales me permito transcribirlas: Letamendi: “El hombre es un ser; su cuerpo un sólo órgano; su vida, una sola función”. Kant: “La vida es totalidad, de modo que en el organismo vivo la razón de ser de cada una de sus partes reside en todo el conjunto, de manera que las partes son para el todo y el todo para las partes”. Durken: “El ser vivo es un todo, y esta totalidad reside, en primer lugar, dentro de cada una de sus órbitas somática, psíquica, y en el hombre, espiritual; y, en segundo lugar, en la integración de todas ellas, de modo que se funden en una integridad superior”⁽⁹³⁾.

Y esta comprensión de integridad que ejercen los que practican la verdadera medicina interna hace que los que acuden en busca de ayuda a los hospitales respeten y valoren a quienes prolongan las más bellas tradiciones brindándoles seguridad y confianza.

En sus discursos sobre medicina y moral, Pío XII mostraba su preocupación por la necesidad de una adecuada colaboración dentro del equipo sanitario, tal como se refleja en algunos de sus pensamientos que, dada su pertinencia y profundidad, me permito reproducir: “Es indispensable una disciplina de grupo que dará fruto en la medida que se sostenga en un fervor común, que guiará las energías de cada uno hacia la realización de un ideal que en vano intentaría conseguirse con esfuerzos aislados” y, al dirigirse a cualquier especialidad médica, enfatizaba “en un punto que trasciende las consideraciones de toda especialización y alcanza un nivel filosófico: el

concepto de hombre como totalidad, y la necesidad de elevarse del campo concreto dentro de cuyos límites se ejerce una profesión que tiene por objeto algunos aspectos del hombre, hasta una consideración de síntesis que atienda al hombre en sí mismo como a un todo" ⁽¹⁾.

Inquietud similar es señalada en la expresión: "Se puede saber mucho, alcanzar una suprema técnica y una caudalosa erudición y no ser un verdadero médico; tal veracidad la determina un hecho de orden puramente espiritual que es la compenetración anímica con la situación vital del enfermo, el ensimismamiento con su inmediato padecer, la comunión con su trance profundo" ⁽⁶³⁾.

Pensamientos que nos hacen comprender que la condición vital de todo paciente exige ser atendida de una manera integral puesto que todos los elementos que constituyen su organismo son una unidad indivisible y que siempre debemos aproximarnos a él considerándolo de una manera total, viéndolo como una persona cuya aventura humana que está viviendo requiere un ambiente de respeto y amor.

CIRUGÍA

“Nuestras obligaciones van más allá de la ejecución mecánica de un procedimiento quirúrgico; incluyen el compromiso de formar parte de una familia angustiada en su hora de mayor necesidad”.

Fred Epstein ⁽⁹⁴⁾

Esta expresión de quien fue un eminente neurocirujano pediátrico norteamericano, dotado de una excelente habilidad quirúrgica y de gran humanismo, nos motiva a reflexionar sobre algunas consideraciones relacionadas con los que realizan sus actividades en tan importante área médica: la **Cirugía**. El maestro don Carlos Alberto Seguí pensaba que el cirujano debe tener, como el clínico, gran sensibilidad y que, aun cuando su actividad gira fundamentalmente en torno al hecho quirúrgico, debe tener presente que en sus manos está el destino de su enfermo y, al “sentir la vida latiendo entre sus dedos”, esforzarse de lograr una técnica que le permita superar las grandes dificultades que frecuentemente se presentan en el acto operatorio ⁽⁷⁶⁾.

René Leriche, en sus reflexiones sobre la cirugía y sobre las cualidades que exige en quienes la realizan, manifestaba: “Los dos problemas base de la filosofía de la cirugía son: el problema del conocimiento y el problema de la acción, porque conocer y obrar son la trama misma de la obra de nuestras manos”. Y señalaba como ejemplo del concepto de lo que debe ser la cirugía las notas manuscritas que redactaba en el Hôtel-Dieu, en la sala de Desault, alrededor de 1795, Javier Bichat: “La operación es, según la expresión corriente, la aplicación metódica de la mano,

sola o ayudada por un instrumento, sobre unas partes para producir en ellas un efecto saludable. Considerándola desde este punto de vista, la cirugía tendría unos límites muy reducidos y nos ofrecería menos una ciencia por cultivar que un oficio a ejercer y, más obreros que artistas, seríamos nosotros únicamente instrumentos dirigidos por una rutina. El arte de operar, un poco de costumbre lo da; la destreza le añade cierta perfección y todo el mundo puede lograrla al cabo de un tiempo bastante corto. Pero el arte de saber operar oportunamente, de conocer los casos que requieren operaciones y los que nos ordenan abstenernos, los momentos y los medios adecuados para practicarlas, las circunstancias que influyen en sus éxitos o sus fracasos, la modificación tan diversa que adoptan una multitud de circunstancias que la acompañan y los medios de hacer esas consecuencias menos molestas, esto es el arte difícil del cirujano: esto es lo que compone la ciencia, el resto es sólo un oficio...". Y al meditar sobre el humanismo en cirugía, el prestigioso cirujano francés, dijo: "El espíritu de caridad, el espíritu cristiano, está en vías de desaparecer, desterrado por la dictadura administrativa y por la preocupación técnica. La cirugía está expuesta a perder en ella su alma. No debe perderla. Es uno la víctima de un éxito que derrocha el artista, y se llegará fácilmente a operar enfermos a quienes no se ha reconocido personalmente, reduciendo el arte a un simple trabajo de ejecutante. Pero existe otro peligro y más grave: el que hace correr al espíritu samaritano, la tracción irresistible del espíritu científico. Es preciso que la cirugía conserve la preocupación de lo humano, y que el cirujano siga siendo el servidor comprensivo y respetuoso del hombre enfermo". También analiza los deberes humanistas ante el enfermo, manifestando: "El primer deber humanista del cirujano es saber calmar esas angustias. Para esto, debe lo primero escuchar a los que se confían a él. No sólo porque su relato oriente muchas veces mejor el diagnóstico que el examen físico atento. Es también porque al contarlos se desahogan. Esta liberación es la mejor de las preparaciones a la terapéutica. Los cirujanos, gentes que tienen prisa generalmente, creen con facilidad que se pierde el tiempo escuchándolos. Están equivocados. El deber humanista en el acto operatorio, nos obliga a conocer nuestros propios límites y a no sobrepasarlos. Un renunciamiento reflexivo no es nunca una humillación". Mostrando su preocupación por el futuro de la cirugía general, dice: "¿Qué sucederá con los que van a venir mañana? Llegarán a la cirugía en el momento en que esta parece disolverse en especialidades herméticas. Les dirán que no hay ya, en realidad, cirugía general; que cada compartimiento de la patología tiene sus disciplinas". Aboga por que en cada centro hospitalario docente se constituya una gran unidad de cirugía general con tantos departamentos como especialidades quirúrgicas hay, "bajo la enérgica dirección de un jefe capaz de efectuar las conexiones, de proponer una síntesis y capaz de formar espíritus" (95).

Estas importantes meditaciones sobre los deberes humanísticos nos inducen a preguntarnos si en la práctica o en el quehacer diario de los que ejercen la especialización de cirugía son cumplidos. Al respecto, se suele manifestar que, con cierta frecuencia, los cirujanos suelen mostrar más preocupación por las técnicas quirúrgicas que por los procedimientos necesarios para un adecuado diagnóstico; de allí surge el concepto de considerarlos básicamente como: “operadores”, se olvidan de la relevancia de establecer una adecuada relación con el paciente en circunstancias tan llenas de angustias y temores como es el preoperatorio. Cuántas veces se postergan en los hospitales el ingreso a las salas de operación sin contemplar lo que ello significa para el enfermo y muchas veces sin darles las explicaciones adecuadas. Es relativamente frecuente escuchar en los pacientes: “No hemos recibido una explicación adecuada sobre los beneficios y riesgos de los procedimientos a los que seremos sometidos”. Al referirse a los documentos de consentimiento informado suelen habitualmente expresar: “No son claros y su solicitud para ser firmados se efectúan no por los profesionales que tienen la responsabilidad del acto quirúrgico y en momentos y circunstancias que no permiten ser analizados correctamente”. Y cuando ya se encuentran en el quirófano, es pertinente recordar que: no se trata, pues, ya de disponer únicamente de la hábil finura de vuestros sentidos, la destreza de vuestros dedos, la agudeza de vuestra atención, la rapidez, la genialidad, la seguridad de vuestra intuición. Ahora hay que trabajar con todo el corazón, pero de tal manera que el corazón realmente os ayude, y no os ayudará si, aun siendo extraordinariamente sensible, no sabe mantenerse al mismo tiempo en imperturbable calma”. Después de la intervención, “qué equivocado estaría quien pensase que, acabada la operación, ya no había más que desfilar tranquilamente, como si hubiese caído el telón al final de un drama”, No, en vosotros se prolonga, porque no podéis menos que sentir un afecto paternal, por decirlo así, por aquel enfermo cuya vida, durante algunos minutos, acaso durante algunas horas, ha estado en vuestras manos. Habéis llevado a cabo la parte esencial de vuestro fin, pero no ha terminado con todo esto, todavía quedan bastantes imprevistos; quedan todos los peligros e inconvenientes” ⁽¹⁾.

De allí, la relevancia de la expresión “con gran emoción el cirujano aconseja y decide una operación, con gran angustia la realiza y con gran inquietud vigila a su operado durante los siguientes días a la intervención” ⁽⁹⁶⁾.

En efecto, pasada la angustia que suele generar el acto operatorio, debe mostrar cuidadosa vigilancia a su operado y no dar motivo a que algunos de los pacientes manifiesten: “sólo he visto al cirujano al ingresar a la sala de operaciones, después no tuve la oportunidad de recibir su visita mientras permanecí internado en el hospital”. Es importante que el cirujano responsable de la operación continúe brindando la

atención correspondiente en el posoperatorio, lo que se está perdiendo debido a los sistemas de organización hospitalaria. La relación médico - enfermo se rompe al pasar el paciente de unas manos a otras, y la ausencia de esta fundamental interrelación se hace más sensible debido a las circunstancias especiales por la que atraviesan los seres humanos que requieren intervenciones quirúrgicas. Por ello, la necesidad de que la caridad debe estar siempre presente en sus vidas para lograr el cumplimiento de su noble tarea.

GINECO-OBSTETRICIA

"Pensamos que el recién nacido no tiene consciencia, se le manipula y trata como objeto y no como un ser".

Frederick Leboyer ⁽⁹⁷⁾

Otra importante área hospitalaria es en la que se realiza la atención integral de la patología gineco-obstétrica, la misma que es desempeñada por profesionales que requieren singulares características humanas, sobre todo en la función de ser "considerados y deseados como salvadores de dos criaturas: madre e hijo". Peculiaridades que han sido acertadamente señaladas por diversos autores, así, Carlos Alberto Seguí manifestaba: "quien quiera dedicarse a esta especialidad debe tener condiciones especiales ya que nadie está más cerca del misterio maravilloso de la creación y nadie es más capaz de gozar del inmenso placer de dar la vida". Añadía que ser obstetra, "es enfrentarse a sus semejantes en uno de los momentos más trascendentales de la existencia y realizar una tarea de gran responsabilidad porque se le confía, no una existencia amenazada que se quiere que salve, sino dos vidas humanas, dos seres rodeados, no del temor a la muerte, sino de la esperanza de la vida" ⁽⁷⁶⁾.

Al respecto, Ángel Alcalá G. expresaba: "Entre sus grandes responsabilidades el médico gineco-obstetra tiene que enfrentarse a veces a la trágica tarea de erigirse en árbitro de la vida y de la muerte que, si bien compete a todo médico, este especialista se encuentra a cada paso con problemas técnicos que requieren una escrupulosa

preparación moral. A las exigencias y a las limitaciones con que hoy todavía tropieza la ciencia, hay que añadir a veces la instancia de una cruel situación que no puede esperar, a los requerimientos sentimentales, siempre justificados, de una familia que quizá va a quedar sin madre en el preciso y precioso momento de su máximo honor y de su máximo valor, que es el intentar dar la vida a un nuevo ser". El filósofo y teólogo español continúa expresando: "Es absurdo el dilema ¿madre o hijo? con que torpemente suele presentarse la cuestión, confiar en Dios que ha hecho las leyes de la vida. El médico no tiene derecho de disponer de la vida del niño o de la madre. Nadie en el mundo, ningún poder humano puede autorizarle para su destrucción directa. Su oficio no es destruir, sino salvar la vida. Se objeta, la vida de la madre, principalmente de familia numerosa, es siempre de un precio incomparablemente superior a la de un niño que no ha nacido aún. La aplicación de la teoría de la balanza de los valores. ¿Quién puede juzgar cuál de las dos vidas es en realidad más preciosa?, ¿quién puede saber el camino que recorrerá ese niño y las elevadas acciones que pueda alcanzar? Se compara aquí dos magnitudes, de una de las cuales no se conoce nada" ⁽¹⁾.

El epígrafe nos motiva a reflexionar sobre el tema relacionado con la "medicalización del nacimiento". Sobre el cual algunos se preguntan ¿de qué dependió que un proceso natural, fuese asimilado al concepto de enfermedad?, se piensa que entre los factores que contribuyeron a ello se encuentran: por un lado, el dolor que suele estar presente durante el parto y, por otro, el temor a las complicaciones que pueden presentarse, las mismas que aun no siendo frecuentes han inducido a la concepción del parto como una "situación de riesgo" que puede evitarse en las instituciones de salud. Sin duda, con estas ideas, "es mucho lo que se gana, pero también mucho lo que se pierde", ya que "al ser la madre asimilada al criterio de paciente, se ve obligada a aceptar las conductas rutinarias para el manejo adecuado del trabajo del parto". Acciones que habitualmente no respetan la autonomía, la privacidad ni la tranquilidad de quien debe sentir el alumbramiento como "un acto maravilloso y natural". Al mencionar "natural", aparece la preocupación por el "alto porcentaje de cesáreas", debido a que estas se realizan no sólo en los casos en que está indicada, sino como una elección optativa de la paciente para "evitar las molestias del parto o por motivos personales del médico obstetra" ⁽⁵⁸⁾.

De allí, la disposición que muestran muchos especialistas hacia un cambio conceptual de la asistencia perinatal en las instituciones de salud que conduzca a una "atención de los partos más humana". Decisiones motivadas por las recomendaciones de la OMS ⁽⁹⁸⁾ que surgieron a partir de la conferencia realizada en Fortaleza (Brasil), donde más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres revisaron

los conocimientos sobre la tecnología para el parto que los llevó la adopción unánime de recomendaciones que deben ser aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo. Fomentando “una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del mismo”. Enfatizando la necesidad de una “profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales”.

Recomendaciones que han hecho surgir “tendencias dirigidas a otorgar una atención integral del parto, con la creación de ambientes acogedores, presencia de una persona significativa, opciones para el autocuidado, tendiendo con ello a hacer más satisfactoria la experiencia y la calidad del cuidado entregado” ⁽⁹⁹⁾ y la aplicación de acciones destinadas al logro de “la naturalización del parto”, destacando la preparación de la futura madre, el espacio del nacimiento y la humanización del actuar del equipo de salud. Esto es importante a tener en cuenta puesto que la humanización de la atención y la naturalización del parto se articulan y son dependientes. Hablar de naturalización del parto implica también preocuparse por el recién nacido, “personaje que no escapa a todo el bagaje de iniciativas que supuestamente aseguran un buen resultado” ⁽¹⁰⁰⁾. Ser que, a través de una empática y magistral descripción de Frederick Leboyer en su comentada obra, Nacimiento sin Violencia, manifiesta: “Vengo de un lugar a 37°C, en donde he permanecido durante 9 meses casi a oscuras y en total conexión con mi madre, y llego a una sala fría, con mucha luz y se me trata sin respeto. Se me corta mi única fuente de oxígeno antes de que haya aprendido a usar mis pequeños pulmones, además me ponen boca abajo,... SOCORRO!.., expresión que demuestra que el recién nacido en vez de encontrar un mundo de paz y tranquilidad, haya uno tecnificado “lleno de luces y estimulaciones nada enternecidas”, lo que debe obligar a los profesionales de salud a realizar los esfuerzos para lograr “naturalizar el nacimiento”, haciendo que este acto natural sea plácido para el recién nacido y ello implica, también que el pediatra se comprometa a dejar de considerarlo como un enfermo más.

PEDIATRÍA

“El pediatra tiene que ser el menos iatrógeno de los médicos, no le está permitido ejercer sobre su pequeño paciente la menor violencia ni el más simple acto de fuerza...”.

Florencio Escardó ⁽¹⁰¹⁾.

El profesional que atiende en el **área de pediatría**: el pediatra, según C. A. Segúin ⁽⁷⁶⁾, al tener en sus manos una vida tan indefensa, enfrentarse a algo tan conmovedor como es el sufrimiento de un niño y acercarse al ser humano en los años cruciales de su formación física y espiritual lo debe hacer actuar como médico y educador, dando “todo lo que su saber y su amor puedan”. Al respecto, cita como ejemplo las expresiones de Florencio Escardó: “El pediatra no ha de querer superficialmente al niño sino amar en él al hombre del que el niño es cifra y resultado... Quien no entiende un modo vivo y real que el niño no es una presencia sino una continuidad no debe ser pediatra”. Y al mencionar al ilustre pediatra y maestro argentino cabe recordar el pensamiento que sobre esta especialidad él tenía: “La pediatría debe comprender al niño no sólo como unidad orgánica en trance de crecimiento y maduración (Medicina de la edad evolutiva) sino también como parte del complejo familiar (Medicina psicosocial del ser humano)”. Muestra su preocupación al señalar que con frecuencia en los hospitales hay carencias o distorsiones del estímulo afectivo que repercuten negativamente no sólo sobre la conducta social sino también sobre su salud física; en cambio, en el seno de la familia, frecuentemente, encuentra afecto y éste es tan importante para conservar la salud como los mejores medicamentos” ⁽¹⁰¹⁾.

Lamentablemente, en las salas de hospitalización, las actividades de los profesionales de salud se orientan fundamentalmente a atender la enfermedad del niño, olvidándose muchas veces de brindar manifestaciones de afecto y comunicación y comprender que, en esta etapa de la vida, existen otras importantes necesidades como las de jugar y aprender.

De allí, la preocupación por aplicar estrategias que conduzcan a la "humanización hospitalaria". Para ello, debemos comenzar trayendo a la memoria las palabras del galeno y educador previamente mencionado: "Uno de los más graves cargos que la medicina moderna hace con justicia a la pediatría es la inútil brusquedad de gran parte de sus procedimientos exploratorios y técnicos: deprimir la lengua para ver la garganta con un depresor o una cuchara, introducir gotas en la nariz sabiendo que van a despertarse con ello angustiosos reflejos faríngeos, introducir un supositorio sabiendo que de la región correspondiente parten sensaciones molestísimas, aplicar por inyecciones medicaciones que pueden dar iguales resultados administrados por boca...". Expresiones que enfatizan sobre la gran responsabilidad del pediatra ante el porvenir puesto que "en el niño todo sufrimiento físico tiene un correlato emocional importante y definitivo y cada enfermedad o accidente deja una huella en su ánimo...", lo que obliga a este especialista a ser muy sensible y humano, esforzándose en todo momento a prodigar amor al niño que atiende. Pero ¿ese amor está presente en todo profesional de salud que se enfrenta a ese patético o enternecedor sufrimiento del niño en nuestros hospitales? Al parecer, y no raramente, se observa falta de ese noble sentimiento en muchos de los que prestan su servicio en esta área de las instituciones de salud, motivándonos a seguir recordando reflexiones sobre la "necesidad de una pediatría más humana". Tales como: "todo profesional de la salud que atiende niños debería tomar conciencia de que existe en la pediatría otra cara de la moneda distinta a la meramente científica y tecnológica: la cara humana" y, en razón de ella, considerar al niño como ente anímico y sensible en todo el decurso de la atención. En el área de hospitalización, tener presente que el reposo forzado y prolongado, atenta contra el derecho del niño al movimiento y la privación del juego; la terapéutica con horarios de la medicina no respeta el derecho al sueño. La no institucionalización de la presencia y la participación de la madre en la atención del niño hospitalizado olvida que ya en la década del 40 Spitz (Psicoanalista: Viena: 1887- Denver: 1974) describió "Los efectos negativos que sobre el desarrollo afectivo y cognoscitivo del niño tenía la separación de la madre", delineando magníficamente el cuadro del hospitalismo. Informaciones científicas posteriores, que establecieron la relación entre la separación de la madre y los efectos emocionales negativos en los niños, condujeron al Informe Platt (1959), elaborado por un equipo multidisciplinario, que dio fundamento al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña para dictar la norma: "Los padres deben tener acceso ilimitado a sus hijos en los hospitales" ya que "el

niño es un ente inseparable de su familia, en especial de su madre, tanto más cuanto más pequeño es” ⁽⁵⁸⁾.

Por ello, la acertada expresión: “el mejor pediatra de un niño es su propia madre”, nos debe hacer recordar que “el hospital puede dar atención médica perfecta, cuidados higiénicos y dietéticos incomparables, pero no puede brindar ese estímulo psíquico del regazo maternal que tanto influye sobre la higiene mental de la criatura, indispensable para la salud física infantil” ⁽¹⁰²⁾.

En la búsqueda de la humanización de los ambientes hospitalarios pediátricos, es importante considerar la **Carta Europea de los Niños hospitalizados** ⁽¹⁰³⁾ que, junto a los derechos a estar acompañados de sus padres y familiares como elementos activos de la vida hospitalaria y el derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad, señala el derecho a disponer de locales amueblados y equipados para los cuidados, la educación y los juegos, cumpliendo las normas oficiales de seguridad.

Por ello, la importancia de insistir sobre los adecuados diseños arquitectónicos, no sólo de la habitación sino de ambientes de aprendizaje y recreación, sobre la necesidad de realizar “esfuerzos para que los niños puedan estar en una planta física hermosamente diseñada, con ambientes de belleza y color, con espacios que les permita continuar recibiendo su educación, disfrutando de la lectura de las historias infantiles que, como estrategia de dicha humanización, tiene un impacto positivo en la internación del niño” ⁽¹⁰⁴⁾.

Así, la hospitalización “deja de ser una experiencia negativa para convertirse en una formativa”, en donde el niño, además de aprender a superar situaciones difíciles, reciba enseñanzas propias de la educación formal ⁽¹⁰³⁾.

SERVICIO DE URGENCIAS

“Sentir que a alguien se le escapa la vida pero que con tus actos puedes devolvérsela, ni siquiera un rey tiene tanto poder”.

Noah Gordon ⁽¹⁰⁵⁾.

La frase de este gran escritor norteamericano nos lleva a reflexionar sobre cuántas pérdidas de vidas pueden evitarse en estos importantes **servicios hospitalarios de urgencias** si están bien organizados y con personal adecuadamente capacitado. Preocupación que surgió en los Estados Unidos de Norteamérica y que llevó a organizar en 1968 el “American College of Emergency Physicians” (ACEP) a motivar el desarrollo de las primeras residencias para preparar especialistas en este campo y lograr que: “Cualquier paciente no importando su tipo de afección, que acude a un servicio de urgencias, tiene el derecho de recibir una atención rápida, cortés y competente, no importando el horario en el que se presente el enfermo” y, para ello, es importante tener en mente que “una de las características que hacen diferente a la medicina de urgencias de la mayor parte de las especialidades médicas, es que, a menudo, además de las complejas patologías a las que el médico de urgencias se enfrenta, no ha tenido tiempo suficiente para familiarizarse con su enfermo y cuenta con muy poco tiempo para tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas” ⁽¹⁰⁶⁾.

A lo anterior hay que añadir la existencia de frecuente presión asistencial como consecuencia de la habitual masificación de la demanda que suele haber en estos servicios. Esto obliga a centrar este proceso en el motivo de consulta y agilizar, y

a veces limitar la anamnesis y exploraciones a través de un síntoma/signo guía. Lo que conlleva, en muchas ocasiones, a problemas de tipo legal y a no cumplir con la fundamental función de la ética que “va más allá, en busca de la mejor solución para un problema, aspirando a lo óptimo”. En cuanto a los principios éticos cabe mencionar: aspectos relacionados con la autonomía del enfermo, consentimiento informado que es la autorización indispensable para realizar algún procedimiento diagnóstico o terapéutico. Es importante recordar que legalmente el consentimiento informado tiene algunas excepciones cuando el enfermo está inconsciente o cuando el tipo de urgencia requiere acción inmediata, de lo contrario, la vida del enfermo puede ponerse en riesgo. En estos casos el médico y el equipo de salud actúan ante el imperativo moral de “beneficio”, al proceder en función de los intereses del enfermo. Asimismo, tener presente el consentimiento sustituto que aplica cuando el paciente es incapaz de dar el consentimiento debido a su estado físico o mental, y en estas situaciones el familiar más cercano es quien puede otorgar el consentimiento. Y el consentimiento para el tratamiento a menores debe obtenerse de los padres o de quien tenga la patria potestad, sin olvidar la importancia del asentimiento del menor cuando está en condiciones de darlo. Siempre tener en mente que el sujeto de la información es el paciente y a él, cuando es posible, se debe preguntarle a quiénes pueden comunicárseles sobre su proceso. A veces es necesario tomar decisiones inmediatas, estableciendo probabilidades diagnósticas con menos datos de los requeridos para un seguro diagnóstico, y “evitar transgredir el principio de No maleficencia por el retraso”. En los casos donde llegan a un servicio de urgencias varios pacientes accidentados, el “triaje” es un concepto fundamental para establecer los estudios y tratamientos indispensables para cada enfermo y jerarquizar la gravedad de cada caso. Al respecto, es importante que los hospitales cuenten con un protocolo diseñado para determinar el grado de necesidad del usuario según la complejidad del caso, en vez del orden de llegada. La aplicación de los mismos contribuye a proporcionar el máximo beneficio al mayor número de enfermos. Hablando de los beneficios es relevante evocar un principio básico de la ética médica: la justicia distributiva, ya que no podemos olvidar que los médicos tenemos una enorme influencia en los gastos para la atención a la salud, de allí la obligación de utilizar los recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes de la manera más racional posible ⁽¹⁰⁷⁾.

Cabe señalar que las consideraciones a los principios éticos en la relación clínica en estas situaciones difíciles debe estar acompañado de un ambiente laboral en donde existan vínculos de respeto y honestidad entre médicos, enfermeras y otros profesionales, actitudes que deben ser también tenidas en cuenta, en los hospitales referenciales, con respecto al personal de las otras instituciones de salud que transfieren a los enfermos, evitando realizar comentarios negativos en presencia de

pacientes y familiares. De igual manera, el médico que remite un paciente debe asumir gran responsabilidad al hacerlo, efectuar un análisis profundo de su decisión, “comprendiendo la alarma que se crea en los sentimientos del paciente cuando se le informa que “debe ir a otro lugar para recibir mejor atención”, además de los problemas familiares y económicos que ello conlleva” ⁽¹⁰⁸⁾.

Las reflexiones previas deben motivarnos a realizar los esfuerzos necesarios para que la atención que se brinde en estos servicios sea lo más humana posible.

Empezando por una capacitación adecuada de los vigilantes, que suelen ser los primeros en relacionarse con los pacientes y familiares y que con frecuencia, al no ser considerados como parte del equipo sanitario, no están entrenados para poder establecer relaciones interpersonales empáticas, sobre todo en situaciones especiales como es una emergencia, cuyo concepto dado por el American College of Emergency Medicine es: “Toda circunstancia nueva o inesperada que modifica la condición habitual de salud de una persona, que siendo reconocida por el paciente o por terceros, es percibida como potencialmente peligrosa” y, esta percepción es la que induce, habitualmente a los seres humanos, a considerar que “su problema de salud requiere inmediata atención” ⁽¹⁰⁶⁾.

Esta idea debe inducirnos a esmerarnos para adquirir las competencias necesarias requeridas, conjugando lo científico-técnico con lo humano, y así poder brindar una asistencia de calidad, un servicio con amor y mantener con vida, cuando es posible a quien está en trance de perderla.

UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

“...Sin olvidar al hombre, sujeto y objeto de la medicina de todos los tiempos, a quien no puede comprender la máquina y menos ofrecerle amor, ese amor que embellece la vida y sin la cual todos nos sentimos desamparados y ausentes”.

Carlos Bustamante Ruiz ⁽⁹¹⁾.

La recomendación del ilustre médico peruano se hace más evidente en los servicios asociados con abundante tecnología, tal como las **Unidades de Cuidados Intensivos** que fueron creadas ante la necesidad de brindar una atención, de la manera más permanente y efectiva posible, a toda persona cuya vida está en peligro; tratando de que, en base a la tecnología y a la dedicación y preparación de profesionales de salud especialistas, se logren recuperar pacientes en situaciones críticas; sin embargo, este intento de “salvar vidas” lleva, con relativa frecuencia, a disminuir la “calidad de la vida”, y es porque, como ha escrito la Dra. Iona Heath ⁽¹⁰⁹⁾: “Cuando sienten que se los responsabiliza de toda muerte, la culpa y la incomodidad impulsan a los médicos a luchar cada vez más por la prolongación de la vida, a menudo en detrimento de su calidad, conduciéndolos a la “medicalización de la muerte”, agresividad en los tratamientos, inadecuada comunicación con enfermos y familiares y ausencia de respeto a la autonomía y a la dignidad de las personas”. Esta médico inglesa, al reflexionar sobre “¿qué forma de morir queremos para nosotros y para nuestros

seres queridos? Afirma: "Muchos quieren participación en una muerte especial, aquella en la que el moribundo parece poder controlar y orquestar el proceso y morir con tal dignidad y calma que todos los que lo rodean, entre ellos el médico, se sientan privilegiados por la vivencia de esa situación y, en cierta forma extraña, enriquecidos por ella".

Y, en sentido similar el médico y maestro argentino Francisco Maglio, al analizar algunos aspectos éticos frente al paciente en situación crítica, se preguntaba "¿Estoy haciendo con él lo que me gustaría que hicieran conmigo, de ser yo el paciente?". En su respuesta a esta interrogante, enfatizaba que lo fundamental es aquello que el paciente necesita, siente que necesita, más allá de nuestras mediciones y parámetros biológicos. Señalando que, frecuentemente llevados por la buena intención de mejorar algunos de estos parámetros biológicos ejercemos a la postre un control tal sobre el paciente que "medicalizamos" su vida, posponiendo sus propios proyectos a nuestros objetivos terapéuticos y allí es cuando "enfermamos curando" y dejamos de tener presente el derecho a una muerte digna, entendiendo como tal a aquella sin dolor, con lucidez para la toma de decisiones y con capacidad para recibir y dar afectos, olvidándonos frecuentemente del "efecto sanador" de nuestra propia presencia, que el paciente "sienta" que estamos a su lado, que vibramos en ese encuentro irreplicable de persona a persona, que estamos en su misma "sintonía corporal" ⁽¹¹⁰⁾.

En este "estar a su lado" y "del lado" del enfermo, los profesionales de enfermería juegan un papel importante por lo que es conveniente señalar algunos aspectos éticos relacionados con su actuación, meditando sobre lo que se debe mejorar para respetar los derechos y principios éticos fundamentales de los pacientes. En relación con el derecho a la intimidad, se dice: "Los pacientes en las ucis suelen estar desnudos físicamente, ... pero en muchas ocasiones somos el personal sanitario los que violamos ese principio innecesariamente, como por ejemplo cuando tiramos de sábanas y ropas indebidamente sin tener en cuenta quién pueda estar viéndolos". En cuanto al derecho a la confidencialidad: "la historia clínica de un paciente es suya", por lo que el contenido de la misma debe ser reservada, lo mismo debe suceder con lo que los pacientes nos cuentan confidencialmente en momentos de soledad o desesperación. El derecho a la información, lo que se le diga al paciente y a la familia debe guardar coherencia entre lo expresado por médicos y enfermeras para evitar confusión en los mismos; también existe el deber de informar de los cuidados y procedimientos que se van a realizar y las molestias que ellos puedan ocasionar. El derecho a la elección, a la negativa y alternativa de tratamientos, "no debemos olvidar nunca que el ser humano puede disponer de su propia vida y tiene derecho a elegir la asistencia sanitaria e incluso a rechazar el tratamiento indicado sino está

de acuerdo con él”, para ello es necesario que esté en condiciones de ser autónomo y de estar bien informado de todo lo relacionado con su proceso. El derecho a la delegación en un representante familiar o tutor legal, con frecuencia los pacientes ingresados en UCI no son autónomos, son incompetentes para decidir por ellos mismos, suelen estar entubados y los que no lo están, suelen tener tal estado de miedo y de confusión que es la familia o tutor los que deciden, por lo tanto, hemos de dirigirnos a ellos y respetar sus decisiones. Y en cuanto a principios éticos: Justicia, debemos preguntarnos ¿somos conscientes del “derroche” y “mal uso” que hacemos del material, de medicaciones, de pruebas, etc.; que repercuten en los presupuestos de todos?, ¿somos conscientes de que no tratamos a todos con la misma medida de consideración y respeto? Y, ¿somos conscientes de la vulnerabilidad del principio de justicia cuando dejamos que familiares o amigos nuestros, o de alguien del centro, tengan flexibilidad a las horas de visita, mientras que para los desconocidos somos rígidos y no consideramos la necesidad de compañía o comunicación que puedan tener? Principio de Beneficencia, sin dejar de reconocer la importancia de la tecnología en la atención del paciente, no puede olvidarse que esta, en muchas ocasiones puede llegar a deshumanizar, de allí la necesidad de realizar un cuidado integral, centrado en el enfermo y en la familia. Principio de No-maleficencia, con cuánta frecuencia, en estas situaciones críticas, damos respuesta a la interrogante para qué la aplicación de tratamientos agresivos, fútiles y costosos a pacientes irrecuperables. Aun cuando las indicaciones surgen de los médicos, las enfermeras deben dar su opinión sobre las mismas, ya que con su silencio se hacen cómplices de esa falta a la dignidad de la persona que estamos cuidando ⁽¹¹¹⁾.

De lo señalado se deduce cuán relevante es el accionar de estos profesionales y cuán fundamental su papel en la humanización de estos ambientes hospitalarios, en la medida que busquen: la tranquilidad del enfermo, disminuyendo los traumas acústicos (apagando radiorreceptores o televisores, conversando en voz baja) y visuales (suprimiendo las luces innecesarias), y ofreciendo un afectuoso contacto personal (coger las manos de los pacientes) y expresándoles palabras que motiven su recuperación.

Lamentablemente muchos de los que ejercen su labor en estas unidades, son personas orientadas a la acción, cuyos esfuerzos van dirigidos fundamentalmente a atender lo biológico dejando en un lugar secundario los aspectos psicológicos y sociales lo que conduce a ambientes impersonales y deshumanizados ⁽¹¹²⁾.

Por ello es importante considerar, como plantean algunos, la utilización de “escalas de vida”, en donde se evalúen aspectos fisiológicos, mentales, emocionales y sociales. Debiéndose considerar la evaluación integral de todo aquel que se halla e interactúa en este ambiente de gran intensidad de experiencias: al paciente y la familia, que

el enfrentarse a un entorno desconocido y la cercanía con la muerte les origina incertidumbre, sentimientos de soledad, depresión y sufrimiento; y a los profesionales de la UCI, que el hacer frente a esta difícil circunstancia y a la necesidad de tomar decisiones al final de la vida genera en ellos sentimientos de impotencia, de toma de conciencia de los límites de la ciencia, de indiferencia e incluso de evasión y negación en relación a la muerte. El problema vivencial que puede experimentar el médico, y todo el equipo de salud, ante un paciente grave se intensifica por los conflictos éticos que suelen presentarse y que están asociados habitualmente al desacuerdo sobre decisiones terapéuticas con el paciente y familia, a la omisión y retirada del tratamiento de soporte vital. Todo lo cual contribuye a que, algunos profesionales, se sientan inconscientemente culpables ante una imaginaria falla en sus conocimientos y capacidades, generando en ellos el llamado síndrome de burnout que debe ser adecuadamente evaluado y tratado para evitar errores y lograr más eficiencia y seguridad en el cuidado de estos pacientes en situaciones críticas ⁽¹¹³⁾.

En la orientación hacia la humanización de estas unidades hospitalarias es pertinente examinar algunos aspectos concernientes a la relación que existe o debe existir entre el grupo de personas que laboran en las ucis, cuyas características de la atención las obliga a una cooperación entre ellas, al cumplimiento de objetivos de salud compartidos y a tomar en consideración la influencia que dicha relación pueda tener en la calidad de la asistencia brindada. Para ello, es necesario una adecuada comunicación y clara definición de roles y responsabilidades, que permiten fomentar la creatividad y favorecer esquemas de trabajo con mayor autonomía, realizar funciones complementarias distribuidas según las mejores capacidades de cada uno de sus miembros, tal como se reflejan en algunas expresiones de trabajadoras de salud: "Desde la secretaria que está en la ventanilla hasta el jefe de servicio. Todo el mundo tiene su papel. Si todos entre nosotros nos comunicamos más, es más fácil, cuando estamos delante de un paciente, de un familiar, hacerlo persona a persona; nosotros trabajaremos más a gusto y el mensaje que recibe el paciente o el familiar es más coherente y, por lo tanto, más comprensible" o "Si cada uno va por su lado y no habla con los demás miembros del equipo, no creo que se lleve el cuidado del enfermo en condiciones adecuadas" ⁽¹¹⁴⁾.

Manifestaciones de deseos para dar un servicio más humanizado, brindado en equipo y que traen a la memoria lo dicho por la madre Teresa de Calcuta: "Nadie de nosotros ha hecho cosas increíbles. Pero todos podemos hacer cosas pequeñas con mucho amor, que cuando se juntan, pueden hacer algo maravilloso".

En este sentido, es loable la pretensión de humanizar las ucis, a través de foros y puntos de encuentros entre pacientes, familiares y profesionales, como lo está

realizando Gabriel Heras ⁽¹¹⁵⁾, intensivista español, fundador del proyecto HUCI (H de Humano) de investigación multidisciplinar, que ha trascendido las fronteras de España y se ha hecho internacional, "movimiento social subjetivo, destinado a poner en valor el cuidado de lo invisible, de lo intangible, de lo emocional que afecta al paciente, a los familiares y a los profesionales, pasar a una sanidad centrada en la persona", donde las emociones importan, porque como él manifiesta: "... Son esas emociones que se viven en las ucis de las que empezamos a ser conscientes y gracias a ello nos volvemos más humanos y mejores personas". Las líneas estratégicas del proyecto: mejorar las comunicaciones, prevenir y tratar el desgaste profesional, cuidado de lo intangible con la atención psicológica, flexibilidad de las visitas de los familiares, estructuras más adaptables a los enfermos y familiares, dando en todo momento empatía y compasión, remotivando a los profesionales y realizando un trabajo en equipo.

Si logramos utilizar, como pretende el proyecto mencionado, "el arma más poderosa que todos tenemos y que no se ve: el alma humana" en estas áreas de cuidados críticos, donde existe la máxima tecnología, estamos seguros que, dicho ejemplo se extenderá a todos los ambientes hospitalarios y brindaremos una asistencia, con ciencia y tecnología, pero sobre todo humana ⁽¹¹⁵⁾.

MANERA DE MORIR

“Más triste que la muerte es la manera de morir”.

Marco Valerio Marcial ⁽¹¹⁶⁾.

Hemos analizado en líneas anteriores algunos aspectos relacionados con lo que es inevitable en todo ser vivo: la muerte. La misma que ha motivado siempre diversas reflexiones, sobre todo cuando ocurre en circunstancias de angustia y soledad, y en “ambientes tecnificados” que muchas veces hace que los profesionales de salud nos alejemos de la responsabilidad de generar entornos que contribuyan a que las personas “mueran con dignidad”. Se ha dicho que la obligación del médico es: “luchar por conservar la vida de nuestros semejantes para que sigan sirviendo a la humanidad, ayudándoles a vivir sin dolor, pero, cuando se acerque lo inevitable, asístelos para que mueran sin angustia, como el que, después de una jornada fatigosa, cierra los ojos para descansar apaciblemente” ⁽⁷⁶⁾.

Ayudemos a tener muertes tranquilas, sin intervenciones cruentas e innecesarias y meditemos brevemente sobre la atención y cuidado que debemos brindar a nuestros pacientes que están viviendo el final de su existencia, aquellos que, algunos denominan, “paciente en estado terminal”, que se encuentran en momentos muy angustiantes de su existir, a ellos hay que proporcionarles un trato con dignidad y respeto en un entorno familiar y con amigos.

En relación con ello, el médico y psicoterapeuta peruano Francisco Vásquez P. ⁽¹¹⁷⁾ ha señalado que “la respuesta a esta agonía depende de cada tipo de personalidad, creencias y experiencias de la vida”. Por lo cual es importante realizar una adecuada comunicación al paciente cuando se le va a informar sobre su diagnóstico o situación de su salud. “Debe basarse en la presencia de una escucha activa con alto grado de compasión y de respeto y con una adecuada utilización de los silencios y una comunicación no verbal que favorezca el apoyo narrativo”. La comunicación debe considerar las necesidades psicológicas y sociales del enfermo. Recordándonos que “La forma de cómo se dice (que es el proceso) y lo que se dice (que es el contenido) son dos elementos indispensables de la comunicación”.

De allí, la relevancia de tener presente aspectos relacionados con la atención: sentarse, escuchar, asignar un tiempo para la conversación. Estos elementos, nos traen a la memoria lo que uno de nuestros profesores nos refirió: “...cuando al gran clínico y maestro español Gregorio Marañón se le preguntó en una ocasión cuál es el aparato o técnica que había hecho progresar más a la medicina, respondió: la silla, porque al permitirle al médico estar cómodamente sentado, este es capaz de escuchar, de dedicarle el tiempo necesario para que, en diálogo con su paciente, pueda conocer más sobre él y su enfermedad”.

También debe establecerse una adecuada comunicación con la familia que, con fundamentos similares a los mencionados con el paciente, tenga algunas particularidades ya que está dirigida a mejorar su nivel de comunicación con el enfermo y que sean capaces de realizar la mayor parte de los cuidados físicos y afectivos de los mismos.

Nos hace acordar que una de las situaciones que más temores suscita en el paciente es que “sea abandonado en sus últimos momentos”, lo que puede ocurrir cuando el equipo destinado a cuidar al agonizante “piensa que ya no puede hacer nada”. Y, al mismo tiempo, nos induce a meditar sobre la formación de los profesionales de salud, cuya educación no es suficiente para abordar los problemas psicológicos generados por las maneras habituales de concebir y de evadir la muerte. Necesitamos capacitarnos para brindar amor suficiente y sentarnos al lado del agonizante y hacerles sentir que estamos con él, acompañándolo tal vez en sus últimos momentos de vida. Para ello, es preciso que las facultades de medicina se esfuercen en una formación de profesionales que, junto a “diagnosticar y curar”, sean capaces de “cuidar y consolar”, de comprender el sufrimiento de sus semejantes, de tener presente que “acompañar y dar apoyo a una persona que está enfrentado con su propia muerte es siempre una labor demandante y agotadora pero al mismo tiempo una de las cosas más valorables que un ser humano puede hacer por otro”, que no sólo se concentren

en tratar de "vencer la muerte", sino de luchar por vencer el sufrimiento de sus pacientes. Buscando siempre que se den las condiciones adecuadas para "morir con dignidad", con el mayor consuelo y tranquilidad posible ⁽¹¹⁷⁾.

En esa búsqueda de responder integralmente a las necesidades de quien está próximo a morir, los especialistas de "cuidados paliativos" amplían la preocupación por el control exigente del dolor físico para incluir el dolor emocional y el dolor espiritual como igualmente causantes de una muerte de mala calidad. Intentan proporcionar nuevas alternativas científicas y humanas para enfrentar la muerte de un paciente, tratan de descubrir tras los comportamientos o síntomas que lo enmascaran, el sufrimiento: abordarlo y trabajar en conjunto para buscarle soluciones. De allí la necesidad que los profesionales de salud asumamos una postura ética, una responsabilidad de humanizar nuestro contacto con el enfermo. No olvidando que "las situaciones que más angustias generan en el paciente terminal suelen ser: el abandono médico y el morir sin asistencia espiritual cuando esta se desea" ⁽¹¹⁸⁾.

Por ello, es conveniente considerar algunas reflexiones efectuadas sobre lo que constituye la dignidad de la persona humana, especialmente en relación con el sufrimiento y la muerte, "dos realidades que parecen poner a prueba nuestra concepción del sentido de la vida". Al respecto, se expresa ⁽¹¹⁹⁾ una concepción sobre qué debemos entender por "derecho a una muerte digna": "el derecho a vivir, humanamente, la propia muerte". Proponiéndose que la expresión "derecho a morir con dignidad" no se entienda como "una formulación de un derecho, en el sentido preciso del ordenamiento jurídico", sino más bien como "una referencia al universo ético", es decir, expresión de una exigencia ética" y que el término "morir" debe entenderse como "forma de morir". Se analizan principios éticos relevantes en la medicina paliativa (definida por la OMS como "la atención activa y completa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo"), tales como: Principio de veracidad, de proporcionalidad terapéutica, del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia, de prevención y principio de no-abandono. Y se plantea que el modelo de atención que nos propone hoy la Medicina Paliativa podría representar un profundo cambio en la cultura médica contemporánea. Frente a la lógica del "imperativo tecnológico", que con frecuencia nos impele a considerar que es éticamente justificable -o incluso exigible- todo lo que es técnicamente posible, esta disciplina presenta un modelo de salud que podríamos denominar personalista, es decir, un ethos profesional basado en un profundo respeto por la persona, por lo que ella es y por su dignidad. Para ello es necesario tener presentes aquellos principios éticos que resguardan la dignidad de la persona, incluso en condiciones de extrema debilidad, como suele ser la etapa final

de la vida, y que pueden resumirse en dos actitudes fundamentales: respeto por la dignidad de la persona y aceptación de la finitud de la condición humana.

Si meditamos cómo deseáramos ser asistidos en circunstancias similares a las descritas y tomamos "consciencia de nuestra finitud y de las limitaciones de nuestra vida", tal como afirmaba E. Kubler-Ross, probablemente lograremos tener "la fortaleza y el amor suficientes para sentarnos junto a un paciente moribundo en el silencio que va más allá de las palabras y comprender que este momento no es espantoso, sino el pacífico cese del funcionamiento del cuerpo" ⁽¹²⁰⁾.

MÉDICO CUÍDATE A TI MISMO, CUIDEN AL CUIDADOR

Hemos analizado algunos aspectos sobre la calidad de asistencia de los pacientes en los hospitales; sin embargo, como lo manifestó el Dr. Alberto Perales C.: “Este análisis sería incompleto, si en los sistemas ineficientes de atención de salud no se considera también la salud del médico y de todo el personal sanitario” ⁽¹²¹⁾.

De allí, la pertinencia de meditar sobre ciertos aspectos relacionados con ello y que han sido abordados por diferentes autores.

Algunos estudios han analizado el bullying al equipo de salud, que afecta la relación médico-enfermo, mencionándose como causas del problema: pacientes con mayor información de sus enfermedades a través de internet que, unido a la tenencia de seguro médico, los pone en condiciones de exigir procedimientos, diagnósticos, y terapias que en ocasiones pueden ser innecesarias. Además, la existencia de sistemas de fiscalización al equipo de salud en los hospitales públicos, donde hay personas encargadas de escuchar al usuario más no al equipo de salud. Las disconformidades de los pacientes, suscitadas habitualmente por una inadecuada relación entre ellos y los profesionales de salud, conducen frecuentemente a los reclamos judiciales que ha traído como consecuencia el surgimiento de una manera no ética del acto médico: la medicina defensiva, destinada a protegerse ante un eventual futuro reclamo del paciente, pero, esta búsqueda de protección que realiza el médico, pensando en sí mismo, lo hace perder la visión fundamental del ejercicio profesional centrado en el paciente. Generando, además de elevación de los gastos en los sistemas de salud, un distanciamiento entre el médico y sus pacientes ⁽¹²²⁾.

Otras investigaciones han conducido a elaborar la propuesta de la medicina asertiva contra la medicina defensiva, planteándose que los médicos lleven a la práctica acciones que permitan renovar en sus consultas la esencia de la medicina humanista y se restaure la relación médico-enfermo. Acciones en el ejercicio profesional que se resume en cuatro puntos: mantener una comunicación verbal y no verbal adecuada con cada paciente, permanecer en continua actualización de conocimientos, habilidades y destrezas; respetar los derechos de sus pacientes y defender sus derechos como médico. Mejorar la comunicación es fundamental porque sin ella es muy difícil lograr una efectiva relación médico-enfermo, base para evitar el disentimiento de los pacientes ⁽¹²³⁾.

Al respecto, Diego Gracia G.: expresa que la medicina es una de las llamadas "profesiones de cuidado" y que como tal sus roles de ayuda se basan en la relación interpersonal que exige de quien la ejerce, no sólo conocimientos y habilidades, sino también, y quizá principalmente, actitudes humanas y humanizadoras. Desempeño de actividades con gran implicación personal de los profesionales, lo que origina satisfacción profunda cuando las cosas van bien; pero, cuando ello no sucede, enorme desgaste emocional: "Síndrome de desgaste profesional" o "*burnout syndrome*", cuya significativa incidencia, variable según las especialidades, ha originado que se preste importancia al "cuidado del cuidador y que este sepa cuidarse de sí mismo". El maestro español, mencionado anteriormente, cree que el síndrome tiene que ver fundamentalmente con la incapacidad del profesional de manejar adecuadamente los conflictos de valor. Piensa que el error está en ver la salud y la enfermedad como cuestiones de hecho y no como problemas de valor. Visión que conduce irremisiblemente al fracaso del acto médico, a que las expectativas del paciente no sean satisfechas y que los profesionales sufran frustraciones.

Esta insatisfacción frecuentemente percibida requiere ser mejorada y ello puede lograrse con una mejor educación de los profesionales en el manejo de los valores ⁽¹²⁴⁾.

Cambios adecuados en la formación de los profesionales de salud deben ir acompañados de acciones destinadas a revisar el sistema, que suele habitualmente responsabilizar al profesional médico cuando los resultados no son favorables, y poner énfasis en mejorar las condiciones de trabajo y la organización del mismo. Insistir en la corrección de factores relacionados con el agotamiento del médico dependientes de los sistemas de gestión, tales como: mayor presión de producción, medida en base al número de pacientes atendidos; exigencias en el llenado de papeles o demandas creadas por registros de salud electrónicos que restan tiempo para dedicarlo a los pacientes. Aspectos que deben modificarse

para reducir el desgaste de los profesionales de salud y dar seguridad a la atención del paciente.

Es indudable que los médicos que se encuentran sometidos a presiones y que no están satisfechos no pueden hacer un adecuado trabajo, estando propensos a cometer errores en el ejercicio de su profesión. De allí, la necesidad de efectuar modificaciones en la cultura organizacional de las instituciones de salud puesto que ¿cómo pueden los profesionales médicos brindar una atención de calidad, si están sometidos a constante estrés en su trabajo tanto por el lado de las instituciones como por los pacientes?, ¿cómo es posible ofrecer la anhelada "atención con calidad y calidez" a sus enfermos, cuando el profesional de salud está subordinado a presiones negativas constantes en el entorno laboral que repercuten en su ambiente familiar? La respuesta a estas interrogantes exige la búsqueda de ambientes de trabajo que minimice las cargas administrativas, apoye la atención basada en el equipo e infunda "bienestar" para evitar que estas imposiciones gerenciales conduzcan al profesional médico a una situación como la expresada por Frank G. Slaughter, a través de uno de sus personajes, en su novela, *"Nadie debería morir"*: "...No le parecía extraño que los médicos terminaran por ser adictos clientes de los sanatorios mentales o aficionados a las drogas. El efecto continuo de la llamada del teléfono, repetidas mil veces, producía su huella en el sistema nervioso, siendo capaz de llevar a cualquiera hasta la locura. Igual que la tortura medieval de la gota de agua" ⁽⁶⁴⁾.

Si en su labor habitual los profesionales de salud están sometidos a permanente estrés es lógico pensar que, en situaciones especiales de grandes demandas de atención, como estamos observando en la pandemia del COVID-19, este problema de salud se incrementa puesto que se añaden otros factores que influyen negativamente, entre ellos, miedo de adquirir la enfermedad y transmitirlas a sus seres queridos y tratar de dar solución a difíciles dilemas éticos.

La realidad de los sistemas de salud exige fundamentales cambios organizacionales y programáticos que faculden a los médicos desarrollar su trabajo en condiciones de calidad. Renovación de las políticas de los sistemas de salud actuales que permiten que los galenos puedan, cumpliendo sus horas de trabajo mensuales, laborar en más de una institución de salud sean públicas o privadas y muchas veces situadas en zonas alejadas que les obliga a alejarse de la familia, sacrificando a esta por la profesión, forzados muchas veces a adaptar sus vidas a la actividad laboral en vez de adecuarla a la vida. No olvidemos que el trabajo debe ser un medio para lograr una vida mejor. No permitamos que el trabajo devalúe el papel tradicional de padres "como nutridores y maestros". Florencio Escardó, en sus reflexiones sobre

la familia del médico, nos hace recordar una frase que con frecuencia hemos oído: “Los médicos tienen tiempo para los hijos de los otros, pero no para los propios”. ¿Es realmente así? no se trata cronográficamente de un problema de “tiempo”, sino de un problema de “tempo” en el contexto que esta palabra tiene en el lenguaje musical: la extensión del compás vital” ⁽⁶³⁾.

Las consideraciones previas nos recuerdan que la deshumanización está presente no sólo en el ambiente laboral, relacionado directamente con la atención del enfermo en los hospitales, sino también en el ambiente familiar del profesional médico, de allí, la urgencia de cambios que permitan la tan ansiada atención médica de calidad y para ello es fundamental tener en cuenta los aforismos con que iniciamos estas breves meditaciones.

REFLEXIONES EN TIEMPO DE PANDEMIA

“En medio de las epidemias, como en todas las grandes calamidades públicas, se ve amortiguar en el corazón de los hombres el poderoso instinto que los liga a la vida; pero no todos recogen los mismos frutos de estas pruebas solemnes; no todos saben aprovecharse de esta disposición moral, para elevarse a la virtud...”.

Max Simon ⁽⁶⁷⁾.

Mientras escribíamos parte del contenido de este libro se ha presentado la pandemia del COVID-19, la misma que nos ha motivado a reflexionar sobre algunos aspectos relacionados con ella, entre los cuales está la importancia que tienen, como lo manifestó el médico y maestro peruano don Carlos E. Paz Soldán, dos palabras: “Salud (libertad del cuerpo) y libertad (salud del alma), que permiten, entre ambas, una floración variada de la vida social. Salud y libertad dos vocablos que nuestro tiempo no asocia. Quienes sirven a la salud, los médicos de preferencia; y quienes sirven a la libertad, función que los políticos tienen por privativa suya no han intentado tender un puente sólido que cruce sobre las aguas del egoísmo individual para dar enlace a estas dos expresiones supremas de la vida” ⁽¹²⁵⁾.

Hemos visto entrar en conflicto estos importantes valores. Como para muchas personas la cuarentena significa una restricción forzada de su libertad en vez de

sentirla como una responsabilidad social, como una obligación de proteger la salud de la comunidad. No pensamos que, en circunstancias como esta, la libertad debe utilizarse responsablemente. La pandemia nos ha hecho ver la necesidad de fortalecer los aspectos educativos sobre el significado de "libertad" que permitan modificar la creencia de que en base a ella podemos "hacer todo lo que queremos y en la forma cómo lo deseamos" en vez de comprender que nuestra independencia para decidir o elegir debe estar orientada hacia la adquisición de una libertad solidaria que nos permita desarrollar actitudes eminentemente sociales.

La relevancia de estas meditaciones se hacen más evidentes en situaciones como las que el mundo está viviendo, momentos que, dados los adelantos de la informática, los medios de comunicación divulgan, "en tiempo real" lo que viene sucediendo, proporcionándonos informaciones que revelan la triste realidad en que se encuentra el sistema sanitario, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, y la necesidad de optimizar la asignación de recursos en circunstancias de excepcionalidad como esta que, según Howar Markel ⁽¹²⁶⁾, profesor de historia de la Universidad de Michigan, USA: "Es el mayor experimento de estrategias de mitigación social y manejo de una pandemia en la historia humana, ya que las otras epidemias históricas no cuentan porque no tenían cuidados intensivos, respiradores, ...". En efecto, como se señala, la deficiencia del sistema sanitario se hizo más notoria ante el insuficiente número de unidades de cuidados intensivos, las mismas que se vieron obligadas a planificar su funcionamiento de manera especial, en base a criterios científicos y principios éticos, tratando de ofrecer una atención lo más justa y equitativa posible. Era lógico que, ante el exceso de demanda, surgieran una serie de dilemas éticos, algunos de los cuales paso a mencionar: ¿se deben asignar las camas por orden de llegada?, ¿debe seleccionarse al más joven, o al que tiene el mayor número de dependientes?, ¿pueden aplicarse criterios basados en edades, discriminando a los ancianos?, ¿es dable quitar a un paciente con una probabilidad limitada de supervivencia un ventilador para dárselo a otro con mejores posibilidades?, ¿los médicos y todos los trabajadores de salud o los policías y los bomberos, deben tener prioridad porque gracias a su servicio podrían seguir salvándose más vidas? Al determinar quién debe recibir tratamiento cuando los recursos son escasos, los expertos comentan que el criterio más apremiante es la posibilidad de supervivencia: ¿quién tiene más probabilidades de morir y cómo asignar recursos a personas con una probabilidad similar de supervivencia?, ¿quién puede salvarse? podrían recurrir a un criterio secundario: ¿Quién tendría el mayor beneficio a largo plazo? Todos estos dilemas surgen al producirse una **Tensión entre interés colectivo e individual** que obliga a modificar el habitual estándar de cuidados en estas unidades y hacen tomar decisiones sanitarias que priorizan el interés común frente al individual. Determinaciones sobre el acceso de pacientes

a estas unidades que generan estrés en los profesionales, que deben optar entre varios cursos de acción, haciéndolos pedir respaldo normativo para decidir ya que, a pesar que este personal que labora en UCI habitualmente es capaz de resolver y tomar decisiones que son trascendentales para el futuro de una persona que se encuentra entre la vida y la muerte, no existe un consenso conocido que faculte acogerse a tal o cual decisión y que facilite al personal afrontar la situación de un paciente en estado crítico.

Por ello, es necesario la participación de comités de ética hospitalaria que permita, de manera consensuada, dar las pautas de actuación sobre el acceso de pacientes a estas unidades, aliviando al médico que ante situaciones tan difíciles “tenga que tomar decisiones, paciente por paciente”. Las determinaciones se tomarán de forma equitativa, siempre por razones de salud pública. De allí que algunas sociedades científicas se hayan pronunciado, tal como la Sociedad Española de Medicina Intensiva ⁽¹²⁷⁾, dando recomendaciones, cuyos objetivos principales eran: “Apoyar a los profesionales en la toma de decisiones difíciles, facilitando criterios colegiados que permitan compartir la responsabilidad en situaciones que implican una gran carga emocional y explicitar unos criterios de idoneidad de asignación de recursos en una situación de excepcionalidad y escasez”.

Lo propio tuvieron que hacer, asumiendo su responsabilidad, los ministerios de Salud; en efecto, en nuestro país el Ministerio de Salud ⁽¹²⁸⁾ emitió un documento técnico en el que se señalan las difíciles y penosas decisiones del médico: “priorizar la asistencia para unos y posponer la de otros. Decisiones en bases científicas acompañadas de sufrimiento moral”. Objetivos del documento: ofrecer atención médica respetando la dignidad y condición humana del paciente, contribuir a salvar el mayor número posible de vidas humanas, apoyar a los profesionales de salud en la toma de decisiones, proteger al personal de salud en función de criterios de justicia. Se enfatiza, como se había mencionado en líneas previas, sobre el relevante papel que deben jugar los comités de Ética Asistencial hospitalarios en la ayuda de la prevención o resolución de conflictos de valores entre las partes implicadas (profesionales, pacientes, familiares e institución) relacionados con la toma de decisiones.”

Se ha señalado la importancia de brindar apoyo, en estas circunstancias de decisiones tan complicadas y penosas, a los profesionales de salud a fin de que puedan cumplir, con algo de tranquilidad, su abnegada labor que “suele tener una dimensión épica ya que las acciones que requiere son fruto de coraje, esfuerzo y heroísmo”. En efecto, valor se requiere para enfrentar los últimos momentos del paciente, en los que, a pesar de las normas rigurosas de distanciamiento físico, el profesional de salud

piensa: cómo hacer para que las personas no mueran solas, cómo garantizar procesos de “morir con dignidad”, cómo establecer la posibilidad de un acompañamiento con un familiar, cómo comunicar a las familiares que a su ser querido le quedan pocas horas o minutos de vida, y cómo hacer para que éste familiar reciba apoyo de salud mental en el manejo de la situación final de vida y duelo. Tratando de evitar el riesgo del llamado “duelo patológico” al que puede conducir el negativo impacto emocional que produce el fallecimiento de un ser querido, al que no se ha podido acompañar en sus últimos momentos y del que “ha sido imposible despedirse”. Todo ello demanda gran esfuerzo físico y emocional añadido, al habitual que el trabajo en estas UCI exige, a los profesionales de salud ⁽¹²⁹⁾.

De allí, la necesidad que los hospitales cuenten con adecuados equipos de profesionales que en forma interdisciplinaria enfrente el manejo de esta pandemia. Las instituciones de salud deben valorar la situación de “desgaste laboral” de sus profesionales, ya que si no se esfuerzan por proteger la salud de sus trabajadores es imposible brindar una atención de calidad a los pacientes. Sin duda, como afirma Daniela Rojas Miranda ⁽¹³⁰⁾, al comentar la obra de Susan Sontag, *“La enfermedad y sus metáforas”*: “El cuidado de los pacientes y la crisis de la pandemia no puede sostenerse en el heroísmo benevolente del personal sanitario, si al mismo tiempo no está siendo cuidado por el propio sistema de salud (mejora de las condiciones laborales y de seguridad)”. “Este aspecto debe ser uno de los ejes fundamentales de la gestión de la pandemia y postpandemia”. “Necesitamos transformar los actos benevolentes individuales en políticas institucionales y sistemas basados en la solidaridad y la justicia social”.

Por ello, es importante reflexionar sobre aspectos éticos en estos tiempos, tal como lo hace la Universidad Complutense ⁽¹³¹⁾, porque: “La ética es tanto más necesaria cuanto más difíciles son las situaciones que afrontamos”. El maestro Diego Gracia comenta que han pasado 50 años desde que Potter puso en circulación el término “Bioética: la ciencia de la supervivencia”, manifestando “cuánta razón tenía al utilizar este término”. “La bioética, como su nombre lo indica, que fue el propósito original de Potter, no es la ética de los profesionales de la salud, sino la “ética de la vida”, no es una ética particular sino una general, todos formamos parte de ella”. Esta universidad española, al solicitar la visión de la pandemia a algunos expertos en Bioética a nivel mundial ⁽¹³²⁾, nos transmite valiosas meditaciones, tales como: ha servido para hacernos conscientes de la necesidad de tener un sistema de salud bien preparado. Ha puesto en evidencia puntos débiles del sistema como atención primaria y de adultos mayores y casi absoluta prevalencia de lo asistencial sobre la salud pública. Se ha visto cómo se toman decisiones para distribución de recursos, en hospitales se han incrementado camas UCI postergándose todo tipo de prestaciones electivas. Las

primeras semanas se orientaron los esfuerzos para producir más equipos para UCI, descuidándose recursos no tecnológicos como los elementos de protección para la primera línea de defensa. Se ha realizado maximización de la utilidad, postergándose la atención de pacientes “no COVID”, daño social innegable. No han sido las vidas igualmente valoradas, discriminación de los viejos, se han dado recomendaciones basadas en modelos de priorización utilitarista, recordándonos que el término valor o utilidad social es ambiguo y éticamente discutible porque todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana. Hemos aprendido que: el compromiso internacional debe acompañarse del imperativo moral basado en la humanidad común y la justicia social para ayudar a los países a controlar la pandemia.

Al respecto, el Papa Francisco ⁽¹³³⁾ refiriéndose a la pandemia expresa: “Dejó al descubierto nuestras falsas seguridades. Más allá de las diversas respuestas que dieron los distintos países, se evidenció la incapacidad de actuar conjuntamente. A pesar de estar hiperconectados, existía una fragmentación que volvía más difícil resolver los problemas que nos afectan a todos”. “La sociedad cada vez más globalizada nos hace más cercanos, pero no más hermanos”. “El avance de este globalismo favorece normalmente la identidad de los más fuertes que se protegen a sí mismos”. Ejemplo de ello, ha sido la adquisición de las vacunas que, simultáneamente a la búsqueda de un consenso internacional para cómo debería distribuirse este bien universal, algunos países poderosos económicamente firmaban contratos con las empresas productoras de las mismas mediante los cuales estas se comprometían a abastecer prioritariamente este beneficioso fármaco a esas naciones. Se constata un deterioro de la ética, que condiciona la acción internacional, y un debilitamiento de los valores espirituales y del sentido de responsabilidad. En el mundo actual los sentimientos de pertenencia a una misma humanidad se debilitan, y el sueño de construir juntos la justicia y la paz parece una utopía de otras épocas. Manifiesta su anhelo de que una época como esta, de dolor, incertidumbre y temor, haga resonar el llamado a repensar nuestros estilos de vida, nuestras relaciones, la organización de nuestras sociedades y sobre todo el sentido de nuestra existencia, permitiéndonos “hacer renacer entre todos, un deseo mundial de hermandad”. Asimismo, hemos podido constatar que los medios de comunicación, incluidas las redes sociales, no siempre han brindado informaciones adecuadas que contribuyan positivamente a que la población comprenda y asuma la responsabilidad en el cumplimiento de las recomendaciones epidemiológicas destinadas a frenar la propagación de esta terrible enfermedad y cómo el exceso de comunicación a través de “tecleos de mensajes rápidos y ansiosos, sin el silencio y la escucha, pone en riesgo la estructura básica de una sabia comunicación humana”.

Cabe señalar, de igual manera, cómo la sociedad ha dado muestras de agradecimiento a aquellos miembros de la misma que, asumiendo sus responsabilidades, compromisos y lealtades, se han sacrificado por ella, exteriorizándoles espontáneas muestras de reconocimientos. Muestras de gratitud expresada en canciones o en poemas, como ejemplo de estos es pertinente mencionar el de Amanda Gorman ⁽¹³⁴⁾, algunas de cuyas frases transcribo: “Por sus acciones e impacto en un tiempo de incertidumbre y necesidad. Ellos han tomado la delantera superando todas las expectativas y limitaciones, ...líderes sanadores y educadores. ...Luchan por salvar vidas en las zonas de batallas de la UCI, definiendo a los héroes de primera línea que arriesgan sus vidas por las nuestras. ...Caminemos con estos guerreros..., actuando con valor y compasión, haciendo lo que es correcto y justo. Porque mientras los honramos hoy, son ellos quienes cada día nos honran”.

El vivir situaciones como la pandemia nos motiva, como les ha sucedido a muchos, traer a la memoria cómo la literatura y la historia han analizado aspectos importantes de los seres humanos frente a condiciones tan difíciles y tratar de sacar enseñanzas para mejorar nuestro comportamiento ante estas críticas circunstancias. En este sentido, es pertinente recordar y comentar algunas obras de la literatura mundial, tales como las de: Albert Camus (*La peste*), Gabriel García Márquez (*Cien años de Soledad*) y José Saramago (*Ensayo sobre la ceguera*), que expresan magistralmente sentimientos que afloran en los humanos en estas circunstancias. Así, Albert Camus ⁽¹³⁵⁾, en “*La peste*”, manifiesta: “El gran sufrimiento era la separación, aunque sienten la profunda necesidad de un calor que los una, no se abandonan a ella por la desconfianza que aleja a uno de los otros, por el temor al contagio”. “Muchos permanecían inactivos, a pesar que la epidemia interesaba a todos y que cada uno debía cumplir con su deber”. También resalta que existían ejemplos donde “los sentimientos humanos fueron más fuertes que el miedo a la muerte”, demostrándose que en medio de las plagas “hay en los hombres más cosas dignas de admiración que de desprecio” y que “en el fondo de todos los corazones se agitaba una esperanza inconfesada, una cosa que se desea siempre y se obtiene a veces: la ternura humana”. Señalando que “el hombre puede ganar, al juego de la peste y de la vida, el conocimiento y el recuerdo; pero, enfatiza qué duro debía ser vivir únicamente con lo que se sabe y que se recuerda, privado de lo que se espera”. “Había que tener siempre esperanza porque los designios de la Providencia son impenetrables”. Esperaba que, a pesar del horror de aquellos días, nuestros ciudadanos dirigiesen al cielo la única palabra cristiana: la palabra de amor. Dios haría el resto”.

Gabriel García Márquez ⁽¹³⁶⁾, despierta al leer su clásica novela “*Cien años de Soledad*”, pensamientos relacionados con diversas circunstancias. De allí que, en muchos lectores de su obra, surjan la asociación de ideas de lo narrado como parte de la

ficción con momentos vivenciales de nuestra realidad. Concretamente un fragmento de la novela referido a la peste del insomnio que llega a Macondo y afecta a todos los personajes, generando en ellos insomnio y una pérdida de memoria. “La peste del olvido” expresa sentimientos y acciones que afloran en situaciones difíciles como los originados por la actual pandemia. En efecto, se tomaron medidas destinadas a evitar la propagación de la enfermedad: “Cuando José Aureliano Buendía se dio cuenta de que la peste había invadido al pueblo reunió a los jefes de familia para explicarles lo que sabía y se acordaron medidas para impedir que el flagelo se propagara a otras poblaciones de la Ciénega”. “A todos los forasteros que recorrían las calles de Macondo...no se les permitía comer ni beber nada durante su estancia porque se creía que la enfermedad sólo se transmitía por la boca”. Se intensificó la fe en un Ser Supremo: “En la entrada del camino de la ciénega se había puesto un letrero que decía: “Macondo” y otro más grande en la calle central que decía: “Dios existe”. Hubo muestras de solidaridad, los habitantes del lugar buscaban maneras de adaptarse a la crítica situación: “En todas las casas se habían escrito claves para memorizar los objetos y los sentimientos”. Resalta el sentimiento de soledad “el gitano iba dispuesto a quedarse en el pueblo... había regresado porque no pudo soportar la soledad”. Y con un final testimoniando la esperanza: Melquiades: “Le dio a beber a José Aureliano Buendía una sustancia de color apacible, y la luz se hizo en su memoria”. “Los habitantes recuperan sus recuerdos como su vida anterior”. Las palabras de García Márquez nos transmiten fe y esperanza, presentes en cada uno de nosotros en la actual pandemia, sentimientos que nos inducen a orar para que Dios ilumine a nuestros científicos en el logro de medicamentos capaces de controlar esta enfermedad.

José Saramago ⁽¹³⁷⁾, a través de su *“Ensayo sobre la ceguera”*, nos expresa magistrales meditaciones sobre el alma humana, revelándonos cómo en los seres humanos pueden manifestarse, frente a las adversidades, sentimientos tan diferentes: en algunos, domina el deseo de pensar sólo en sí mismos, supremacía del egoísmo: “Estamos hechos mitad indiferencia, mitad ruindad”; mientras que otros piensan y actúan solidariamente, tal como lo manifiesta al analizar la actuación de uno de los personajes, “... lo que hizo no fue más que obedecer a aquellos sentimientos de generosidad y altruismo que son, como todo el mundo sabe, dos de las mejores características del género humano, que pueden hallarse, incluso, en delincuentes”.

Estos grandes representantes de la literatura universal nos muestran la importancia del lenguaje para transmitir y hacer sentir el padecimiento humano. Relatando, de manera magnífica, cómo en circunstancias tan difíciles, en medio de dramáticas situaciones, “se desnudan las almas”, permitiéndonos ver al mismo tiempo sentimientos negativos y positivos que moran en el ser humano. Ojalá que estos

últimos sean los predominantes en las actuales circunstancias que estamos viviendo, que imperen las muestras de solidaridad, honestidad, responsabilidad y hasta de sublime abnegación al brindar sus vidas por servir a la de los demás. Suele decirse que los recuerdos de sufrimientos progresivamente se van desvaneciendo hasta desaparecer; sin embargo, es necesario evitar que ello suceda y esforzarnos para extraer lecciones que esta pandemia todavía nos continúa dando y también extraer enseñanzas de anteriores pandemias cuya historia nos permite meditar sobre aspectos que pueden o deben servirnos de ejemplo ante estas críticas situaciones, tal como lo ha hecho Andrés Nadal ⁽¹³⁸⁾, historiador español que nos recuerda a Marco Aurelio, quien con sus expresiones: “No lo hagas si no es conveniente, no lo digas si no es verdad” y con sus acciones: al no dudar en utilizar sus propiedades o pertenencias para ayudar a la población de su imperio sumida en grave crisis económica, constituye un modelo digno de imitar en nuestros actuales momentos.

No perdamos la fe y la esperanza porque esta pandemia tiene que pasar y, el mencionar “tiene que pasar”, nos trae a la memoria el hermoso poema “Esperanza” del poeta Cubano Alexis Valdés ⁽¹³⁹⁾, convertido en canción por el gran cantautor Italo-Argentino Piero de Benedictis y cuya letra me permito recordarles: “Cuando la tormenta pase y se amansen los caminos y seamos sobrevivientes de un naufragio colectivo. Con el corazón lloroso y el destino bendecido nos sentiremos dichosos tan sólo por estar vivos. ... Y entonces recordaremos todo aquello que perdimos y de una vez aprenderemos todo lo que no aprendimos.... Seremos más generosos y mucho más comprometidos, entenderemos lo frágil que significa estar vivos, sudaremos empatía por quien está y por quien se ha ido.... Cuando la tormenta pase te pido Dios, apenado, que nos vuelvas mejores como nos habías soñado”. Y “para volvernos mejores”, es necesario que no dejemos de mostrar gratitud permanente a Dios por la vida que nos da, agradeciéndole mediante la oración, pidiéndole el milagro que esta pandemia y otros males que azotan a la humanidad dejen de estar presentes en nuestro mundo. Que esta desgracia nos haga reflexionar, sobre todo a los que tienen la gran responsabilidad de conducir las políticas públicas en nuestro país, de la obligación de atender prioritariamente al sector salud y que no se vaya a cumplir lo expresado por el profesor Markel ⁽¹²⁶⁾: “El acto final de la mayoría de las pandemias es la amnesia”, sino que el paso de la misma nos conduzca a tomar conciencia de que tanto dolor no puede ser inútil, que el sufrimiento vivido nos motive a comprender las limitaciones de nuestra ciencia y a originar que en cada uno de nosotros habite la esperanza de cambiar y contribuir a un mundo mejor: más solidario, de permanente cooperación hacia los más necesitados y de sentirnos llamados a testimoniar el amor a nuestros semejantes.

DOCENCIA EN LOS HOSPITALES

“Un estudiante, según creo, obtiene la parte más esencial de su enseñanza, no en la sala de clases, sino a la cabecera de la cama del enfermo. Nada de lo observado allí se pierde, los ritmos de la enfermedad... se graban indeleblemente en la memoria”.

Oliver Wendell Holmes, Introductory Lecture, 1867 ⁽⁸⁵⁾

El pensamiento anterior expresa la importancia que, para la formación de los médicos y de otros profesionales de salud, tienen las instituciones sanitarias. Antes de analizar la relevancia de estas en el desarrollo de programas que permitan una adecuada formación de estos profesionales, considero conveniente reflexionar sobre algunos aspectos de las organizaciones académicas que son las fundamentales responsables de esa misión.

¿Las universidades, a través de sus escuelas o facultades de medicina, lo están haciendo en la cantidad y calidad requeridas por las necesidades de salud de la población?, ¿en nuestra América Latina estos centros de educación superior universitaria están cumpliendo de manera efectiva con su responsabilidad social? En cuanto a la cantidad y calidad, el número de profesionales de salud egresados se acrecienta cada vez más debido a un marcado aumento de “entidades formadoras”; sin embargo, como señala José Venturelli: “A pesar del incremento de la mano de

obra profesional médica en América Latina, no se logra cambiar el contexto global en lo que a equidad, calidad, relevancia o eficiencia se refiere". Y, añade que, si bien las escuelas médicas han proliferado, simultáneamente la calidad de la formación se ha deteriorado; enfatizando que "mientras que la formación profesional sólo sea vista con ojos de negocios educacionales es poco probable que el problema de salud y el de educación encuentren solución" ⁽¹⁴⁰⁾.

De manera semejante, Jaime Arias Congrains manifiesta su preocupación porque la universidad no está aceptando el número de alumnos en función de la capacidad pedagógica de la institución. Insiste sobre la importancia de no alterar la relación "cupos-capacidad pedagógica" con el argumento de la necesidad social. Señala: "La no existencia de una honesta y técnica política de limitación funcional en la mayoría de nuestras facultades o escuelas profesionales de salud, que ha traído como consecuencia que los hospitales reciban una cantidad de estudiantes de la ciencia de la salud, a nivel de pregrado y posgrado, muy por encima de lo que las normas técnicas establecen. Alterándose de esta manera la calidad de la enseñanza que está en estrecha relación con la calidad de la asistencia" ⁽¹⁴¹⁾.

Las meditaciones previas expresan la preocupación porque muchas instituciones formadoras no están, habitualmente, siendo responsables de aplicar una política de gestión de la calidad de manera ética y, como consecuencia de ello, observamos la poca efectividad para responder a las necesidades de transformación de la sociedad, olvidándose de su papel importante como agente social.

Debemos tener presente que el problema de salud de nuestros países no se soluciona preparando más médicos, sino formándolos con las adecuadas competencias que le permitan cumplir su noble misión al servicio de sus semejantes.

De allí el planteamiento de tratar de identificar "mejores y eficientes formas de hacerlo" y la necesidad de innovar en la formación profesional en salud. La búsqueda por mejorar la enseñanza-aprendizaje de los profesionales médicos es un anhelo desde hace varias décadas, tal como se refleja en valiosas propuestas. Algunas de las cuales me permito señalar: Carlos Alberto Seguí, nos recordaba que, en la conferencia acerca de la medicina preventiva en las escuelas médicas, año 1952, se manifestaba: "Sin embargo, al preparar a los estudiantes en las complejidades de la práctica hospitalaria y dirigiéndose hacia el manejo de los problemas diagnósticos y terapéuticos, se está pagando un precio al perder de vista al paciente como un individuo, como un miembro de una familia y una comunidad", y citó también, a Rappleye, exdecano de la facultad de Medicina de la universidad de Columbia, quien en 1955 dijo: "Es hoy imperativo que la enseñanza médica reconozca y maneje los elementos sociales, económicos, emocionales y otros de la enfermedad, en la salud

y la incapacidad porque la preocupación del médico de hoy día debe ser la sociedad tanto como la medicina, los seres humanos en su ambiente y con la multitud de angustias y emociones tanto como su patología" ⁽¹⁴²⁾.

La importancia que los profesionales de salud se formen en base a un enfoque holístico de los seres humanos permitiría comprenderlos mejor y cumplir su noble misión de manera más adecuada; por ello, se continúan proponiendo modificaciones en la educación médica y promoviendo cambios en las instituciones de salud orientados hacia el logro de ese objetivo.

Para alcanzar las transformaciones deseadas se plantea la necesidad de considerar que, como lo hace Mario Testa, los problemas que afectan de manera importante a la sociedad actual no son sólo de naturaleza científica, sino que abarcan todos los aspectos de la vida social, especialmente en lo que se refiere a las políticas de desarrollo. Se pregunta ¿es posible mantener la unidad de las ciencias (naturales y sociales) bajo una única conceptualización? y propone la obligación de trabajar - científica y políticamente - en el nivel de las instituciones intermedias de la sociedad para resolver los problemas planteados en cuanto funcionamiento institucional y en cuanto cambio social. Señala que la medicina en nuestros países latinoamericanos será una medicina dependiente en tanto no se enlace con los intereses del pueblo y que la enseñanza de esta lo será también en tanto no modifiquemos sus contenidos y sus métodos ⁽¹⁴³⁾.

De allí la importancia de revisar permanentemente los aspectos curriculares que permitan responder a las transformaciones sociales y a las características de los profesionales de salud que el porvenir demanda.

En este sentido es pertinente considerar, como lo hace Jovell, los cambios que los profesionales médicos deberán incorporar para adaptarse a los nuevos modelos de práctica clínica, adquiriendo y desarrollando competencias para cumplir de la mejor manera sus importantes roles. Los mismos que han sido descritos tan magistralmente por el autor mencionado que me permito a continuación señalarlos, utilizando sus propias palabras y de manera resumida: Informe diario-comunicador, capacitado para seleccionar y dar una adecuada información individualizada al paciente, educándolo para que puedan tomar decisiones informadas. **Gestor del conocimiento**, el acceso al conocimiento científico origina en el profesional médico dos dificultades; una, relacionada con la transferencia del conocimiento científico disponible a la práctica clínica cotidiana; la otra, surge de la complejidad de trasladar el conocimiento obtenido en estudios de pacientes al manejo del caso clínico individual. Procesos que implican dos tipos de conocimiento: explícito y tácito. El primero, tangible, es aquel que es fácilmente transferible entre profesionales

y alcanza su mayor visibilidad en las publicaciones de los estudios científicos (medicina basada en evidencias); el segundo, intangible, surge del conocimiento del entorno laboral en el que se trabaja y de la experiencia acumulada durante los años de ejercicio profesional. **Experto**, que es el resultado de la acumulación de los conocimientos tácito y explícito. Sin olvidar que, a pesar de la tendencia a la especialización, no se debe obviar la existencia del cuerpo común de conocimientos y habilidades: capacidad de realizar una buena anamnesis y exploración física, con el propósito de orientar el diagnóstico de presunción, ya que ella permite la comunicación interna profesional entre las diferentes especialidades, y entre estas y aquellas que mantienen la competencia más generalista, como son la atención primaria y la medicina interna. La condición de experto implica, también, una mayor utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, que contribuyen a la capacidad de mejora de la práctica profesional y permiten una adaptación a las demandas de una ciudadanía cada vez más informada y con deseos de participar en la gestión de su salud. **Cuidador**, supone una modificación de la formación de los profesionales de salud ya que “educamos más para curar y atender preferentemente enfermedades agudas”. El rol de cuidador o protector del bienestar de los pacientes impulsa a ejecutar la denominada “medicina basada en la afectividad” que enfatiza la parte más humanística de la práctica médica, partiendo de la noción de que la enfermedad aparte de producir un trastorno físico comporta una alteración psicológica que también precisa de un cuidado especial. La unión de las funciones de coordinación y de cuidador con la tendencia a la personalización de la relación médico-paciente pone de manifiesto el desarrollo del concepto de medicina basada en la confianza. **Gerente y directivo**, la complejidad del ejercicio de la profesión médica va a condicionar una mayor implicación de los médicos en el gobierno de las organizaciones sanitarias. Así, mientras la primera generación de gestores estaba formada por médicos que respondían a una tipología carismática y la segunda generación correspondía a tecnócratas de la gestión de formación no sanitaria, a la nueva generación de gestores se les exige estar familiarizados con los aspectos clínicos, económicos, legales y éticos de la salud. Los profesionales de salud parten en una situación de ventaja con respecto a otras profesiones para incorporarse en posiciones de liderazgo directivo, siempre y cuando reciban y acrediten la formación y el entrenamiento adecuado. **Gestor de recursos sanitarios**, la condición de agente principal del sistema y su relación directa con los pacientes los ubica en una situación preferente y dominante en los procesos de distribución de los recursos sanitarios. En este sentido, la condición de **agente principal** debería adoptar una doble función: por un lado, la tradicional de defensa de los intereses del paciente al que atiende y, por otro lado, la de defensa de los intereses de la comunidad en la que presta sus servicios profesionales.

Profesional, papel que estaría asociado, e incluiría al conjunto de roles que se están describiendo y que se fundamenta en los valores del profesionalismo, que reflejan estándares de competencia técnica, humanística y ética ⁽¹⁴⁴⁾.

La adquisición y mantenimiento de las competencias referidas en niveles apropiados de calidad requiere la implantación de estrategias en la formación y la educación médica continua. En pregrado deben enmendarse los currículums de asignaturas que no están respondiendo a las necesidades de la sociedad que financia los estudios, el diseño de un modelo formativo que presenta la medicina como una ciencia cierta y basada sólo en conocimientos explícitos y la ausencia de una formación básica en valores. Y en el mantenimiento actualizado de competencias, modelos adecuados de recertificación donde las sociedades científicas y los colegios profesionales deben jugar un relevante papel.

Por tanto, es importante que cada escuela o facultad de medicina, integrándose a su medio, estructure su programa curricular destinado a dar respuesta, de la mejor manera a las necesidades sociales de su comunidad. Sólo así, lograremos formar, como señala José Venturelli: "Un médico con capacidad de identificar los problemas básicos de salud de su sociedad, integrar las ciencias básicas con las clínicas, entender conceptos de atención primaria y los relacionados con prevención, darle importancia a los valores, derechos y realidad socioeconómica de sus pacientes y reconocer como responsabilidad ética adquirir las destrezas educacionales" ⁽¹⁴⁰⁾.

Si anhelamos formar un profesional médico con adecuadas competencias, tales como: capaces de actualizar permanentemente sus conocimientos (teniendo presente lo que alguien ha dicho: "En medicina la ignorancia puede ser criminal porque la vida de nuestros pacientes depende frecuentemente de nuestros conocimientos"), con gran capacidad reflexiva y crítica, con adecuadas habilidades y destrezas para el ejercicio profesional, con ética y con el más elevado sentido humano, es necesario preguntarnos:

¿Cómo hacer para alcanzar la formación de un médico con las características mencionadas?, ¿qué papel juegan las singularidades del estudiante y del docente para lograr ello? En relación con el **estudiante**, se ha dicho que la inquietud por saber quién puede ser médico y exaltar en él al máximo las capacidades para serlo cabalmente, es una preocupación de los responsables de la educación por lo que es necesario que se realice el difícil pero importante camino de "elegir entre el conjunto humano a aquellos seres especialmente dotados, particularmente dispuestos y suficientemente decididos para ejercer con eficacia una tarea tan alta, tan delicada..." ⁽⁷⁶⁾.

Lo ideal sería poder acercarnos a considerar estas especiales características de los estudiantes en el momento de la elección de los mismos; sin embargo, vemos que en la práctica los procedimientos que utilizan las comisiones o comités responsables de dichas selecciones, en nuestro medio, se basan fundamentalmente en un examen de admisión que evalúa conocimientos intelectuales o científicos y dejan de lado los aspectos humanos de los candidatos, no toman en cuenta las motivaciones de “ayudar a sus semejantes” que inducen a muchos de estos estudiantes a optar por la medicina.

Ante la poca efectividad de estos procesos de admisión, es necesario dirigir la mirada hacia el profesor y recordar lo expresado por Edward M. Bridge que, a pesar de las décadas transcurridas (año 1965), mantiene actualidad: “Hoy en día en muchas escuelas de medicina se presta poca atención a las aptitudes de educador en la selección de profesores”. Analiza cómo suele hacerse esta selección, basada fundamentalmente por la “producción científica” (investigaciones y números de publicaciones) y dando poca importancia a su “actuación como docente” (aspectos educacionales son a los que menos méritos académicos se otorgan, a los que menos compensaciones académicas se dan). Habitualmente no se evalúan los aspectos pedagógicos que permiten motivar el proceso de aprender, a enseñar lo que es útil, a preparar a los estudiantes para los cambios futuros e influir para que en su manera de pensar y actuar estén permanentemente presentes las manifestaciones humanas y la conducta ética que, desde los tiempos del padre de la medicina, siempre han acompañado el ejercicio de nuestra profesión ⁽¹⁴⁵⁾.

En efecto, es usual que, los que tienen la responsabilidad de conducir los destinos de las instituciones universitarias, no tomen conciencia de la importancia de elegir a docentes con aptitudes y actitudes. De profesores que no sólo brinden conocimientos, sino que contagien entusiasmo, despierten en sus estudiantes el permanente deseo de aprender y que contribuyan a la formación de profesionales guiados por la primacía de valores al servicio de la humanidad y la mejor manera de hacerlo es a través del ejemplo, puesto que “la forma de ser transmite más valores que lo que se dice”.

Dada la relevancia de ello, considero pertinente insistir en aspectos relacionados con la formación espiritual de los futuros profesionales y para hacerlo nada mejor que recordar los valiosos pensamientos expresados por el gran maestro peruano Honorio Delgado, algunos de los cuales me permito transmitirles: “Un verdadero maestro, por sus dotes especiales para servir de modelo e inspirar la imitación, puede formar generaciones de alumnos que se distinguen marcadamente de los egresados de otros planteles”. “Los preceptores deben preocuparse incesantemente

del comportamiento y de la expresión de sus alumnos, teniendo en cuenta que cada incorrección o imperfección no sólo encarna un mal individual sino un peligro colectivo". "Hay que convenir en que la labor docente no puede reducirse a la comunicación de conocimientos. Antes que esto está el fin de procurar un conveniente desarrollo armónico de todas las facultades mentales, del espíritu valorativo y de la formación del carácter". Recuerda a Sócrates, citando una frase que puede resumir la práctica de la educación del gran filósofo: "Mi oficio de comadrón, tal como yo lo ejerzo, difiere del de las comadronas en que son las almas, no los cuerpos, lo que ayudo a dar a luz" ⁽¹⁴⁶⁾.

Reflexiones que enfatizan la obligación de un buen profesor para que no sólo intente mantener el interés humanístico, que con relativa frecuencia existe en los estudiantes de medicina, sino trate de fortalecerlo; motivándolos a incrementar su sensibilidad para los sentimientos de otros y buscando que interioricen actitudes como cualidades fundamentales en su formación, ya que, sin ellas, aun cuando estén presentes adecuadas aptitudes, no podrán brindar una efectiva atención médica.

Por lo tanto, es primordial que las escuelas o facultades de Medicina se esfuercen en cumplir con su responsabilidad social y verificar que cada uno de sus egresados hayan recibido un adiestramiento adecuado y estén preparados, tanto intelectual como moralmente, para prestar servicio a la sociedad, para lo cual es fundamental que cuenten con profesores que piensen y actúen con cualidades semejantes a las previamente mencionadas, que existan en ellos motivaciones académicas más que interés por tener un cargo que le dé prestigio e ingresos económicos y que estén capacitados o tengan voluntad para adquirir habilidades para enseñar, que utilicen adecuados métodos pedagógicos que conduzcan a una educación médica apropiada ⁽¹⁴⁵⁾.

Educación médica que cumpla con los objetivos de cuidar y humanizar, que tenga en cuenta las "transformaciones sociales que exigen a los profesores dialogar críticamente sobre las propuestas pedagógicas y académicas, que estructure escenarios de aprendizajes que sean significativos y problematizadores de movimientos sociales, sus determinantes sociales y las posibilidades de superación". Para ello, es importante que las instituciones formadoras se preocupen que sus profesores se capaciten en cómo enseñar mejor, que sean capaces de conocer y participar del proceso de planeamiento, estrategias de enseñanza y de prácticas evaluativas y que apliquen un proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en el estudiante que le permitirá a este adquirir una adecuada información, a comprender la importancia de integrar los conocimientos de las ciencias básicas con las clínicas y, al mismo tiempo, ser sometido a lo largo de todo el desarrollo educativo a evaluación formativa mediante

la cual se le hagan ver sus fortalezas pero también a reconocer sus debilidades que conducirán a adquirir humildad y una mejora permanente, para lo cual es necesario que la evaluación sea continua y tenga en cuenta los dominios cognoscitivos, psicomotor y afectivos ⁽¹⁴⁷⁾.

Hablando de evaluaciones, estas, en vez de ser sumativas que no han demostrado su eficiencia porque sus "promedios de calificaciones" habitualmente reflejan conocimientos y no evalúan valores y cualidades personales, deben ser preferentemente formativas, individualizadas, que respondan a los objetivos que han sido fijados y que permitan evaluar todos los aspectos del proceso educacional ⁽¹⁴⁰⁾. No olvidar que la evaluación debe considerarse como un "método más de aprendizaje", que conduce a mejorar al estudiante.

La búsqueda "de la activa participación del estudiante en su formación", ha motivado propuestas de nuevos enfoques, de indagación por métodos que permitan una mejor educación médica, de toma de conciencia de la necesidad de cambios, los mismos que surgieron allá por el decenio de 1960 cuando se propuso una "integración curricular", aceptada por la escuelas de las ciencias de la salud de La Universidad de McMaster (Canadá) y posteriormente de Maastrich (Holanda) que vienen funcionando como modelos y consultoras de adaptación del ABP en sus currículos: aprendizaje basado en problemas: ABP, metodología de enseñanza basada en la resolución de problemas, con integración de contenidos de diversas disciplinas que colaboran en torno a un eje temático que constituye un módulo curricular. Donde el estudiante, reunido con sus compañeros en pequeños grupos, se convierte en el autor principal de la construcción de su aprendizaje, bajo la supervisión de un tutor. Además de ABP, una pedagogía de problematización también ha sido incorporada en la enseñanza superior en salud. Esta última es un tipo de estrategia de enseñanza que se basa en observación de la realidad, reflexión y acción, destacando la relación enseñanza-servicio, enfatizándose el "aprender haciendo" y en grupos de trabajo multiprofesional. Un modelo consolidado, con la propuesta de Carlos Maguerez del llamado "método del arco" ⁽¹⁴⁷⁾.

Estas propuestas nos muestran la preocupación por mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje y, en este sentido, tal vez es conveniente recordar lo expuesto por algunos autores sobre el razonamiento clínico que suelen utilizar los médicos con experiencia en la asistencia a los pacientes. Trayéndonos a la memoria épocas que, como estudiantes de medicina, éramos motivados con estas técnicas cognitivas aplicadas por nuestros profesores en las llamadas "visitas médicas", durante las cuales, al contemplar su actuación frente al enfermo, aprendíamos por observación e imitación lo que "ningún libro de texto podía enseñarnos". Lamentablemente, como

suele manifestarse: "el ambiente actual para la formación médica (con una medicina a ritmo rápido, tecnológicamente rica, exigente en tareas, con escasez de tiempo y algorítmicamente monitorizada) ha erosionado significativamente el tiempo que pasan juntos los profesores y estudiantes con los pacientes o discutiendo casos reales". A pesar de estos cambios que se están presentando en la práctica de la medicina hospitalaria, es necesario que, en las instituciones de salud, donde se llevan a cabo la docencia, se den oportunidades para la aplicación del razonamiento clínico, método que es aplicable a la enseñanza de resolución de problemas en pequeños grupos de estudiantes durante los rotatorios clínicos. Tratando en lo posible, que los enfoques diagnósticos sean el resultado de la obtención minuciosa de información valiosa proporcionada por el enfermo y se evite "ahorrar tiempo" que restringe la anamnesis, la exploración física y conduce a solicitar rápidamente "pruebas diagnósticas", las que al permitir identificar el diagnóstico llevan habitualmente a no completar la historia clínica, limitándonos las posibilidades de reflexionar respecto a lo que hemos aprendido y, sobre todo, a no lograr establecer una adecuada relación médico-paciente. En la propuesta de los autores el razonamiento clínico "combina un enfoque clásico, es decir, la elaboración de los principios cognitivos subyacentes al diagnóstico y al tratamiento con otro poderoso método pedagógico: el aprendizaje basado en ejemplos cuidadosamente elegidos", que permiten aprender por descubrimiento mediante inferencia o deducción y participación activa. Enfatizan sobre la importancia del empleo de modelos seleccionados de entidades clínicas, cuyos datos clínicos provienen de pacientes reales, que permiten la comprensión y enriquecimiento de estas por la repetición de experiencias. En cada caso clínico presentan un contenido cognitivo que es una mezcla de varios aspectos del proceso diagnóstico o una combinación de temas diagnósticos y terapéuticos. Describen al diagnóstico como un proceso evolutivo y secuencial de generación, eliminación y perfeccionamiento de las hipótesis, no un proceso en que se acumula una gran lista de hipótesis para su valoración subsiguiente. Recomiendan que durante el desarrollo del proceso diagnóstico no debemos prestar atención sólo a los hallazgos positivos, sino también a los resultados negativos de las pruebas, a los hallazgos normales y a la falta de ciertas manifestaciones clínicas. Piensan que "el ejemplo clínico es el elemento más poderoso del que disponemos para la enseñanza del razonamiento clínico" y que, a pesar de que las exigencias de la medicina moderna y la eficiencia y exactitud de las pruebas puede considerar "juicioso" cortocircuitar el proceso diagnóstico, este debe seguir considerándose como "el mejor modo de enseñar y aprender la medicina clínica, bajo el tutelaje de un clínico experimentado...", puesto que: "Observar cómo este clínico disecciona los elementos clave de un dilema diagnóstico, llega a esclarecerlo y trata hábilmente al paciente, constituye una experiencia ejemplarizante" ⁽¹⁴⁸⁾.

Si queremos transformar la educación médica es necesario enfatizar sobre la relevante función del profesor de clínica, de allí la importancia que, al seleccionarlo se consideren ciertas características que debe poseer, tales como: experto en su área clínica, buen comunicador con los pacientes, estudiantes y colegas, efectivo colaborador dentro del equipo multidisciplinario de salud y capaz de atender adecuadamente tanto al paciente como a los estudiantes en su proceso de enseñanza - aprendizaje. Es decir, un profesional en los que se conjuguen conocimientos científicos – tecnológicos, capacidad en métodos pedagógicos y calidad humana que les permitirá ser un modelo para los estudiantes gracias a las actitudes personales e interpersonales y a la manera ética que en todo momento muestra. Características que lamentablemente no se están considerando, con bastante frecuencia, al seleccionar los docentes que se encargarán de formar futuros profesionales de salud en diferentes escenarios; tampoco se están estimando una adecuada articulación entre los procesos de enseñanza - aprendizaje y los del cuidado de la salud por lo que es importante programar actividades que permitan ver a los seres humanos en su medio familiar, insertos en su realidad, ya que ello les proporciona experiencias que contribuirán a que los egresados sean capaces de actuar en los diversos espacios de la cadena de los cuidados de salud ⁽¹⁴⁹⁾.

Y en esta sucesión de ambientes surge el papel relevante que tienen en la formación de los médicos una institución que debe ser considerada como insustituible, aun cuando no exclusiva: El Hospital, en donde se realizan la formación clínica de los futuros galenos y, de otros profesionales de la salud, así como la capacitación o perfeccionamiento para lograr una especialización.

De allí, la necesidad de evaluar si estas instituciones sanitarias reúnen los requisitos adecuados para cumplir con tan importante función, si su organización brinda condiciones favorables para contribuir a una apropiada educación médica que permita al estudiante al ingresar a ellas, percibir lo que manifestaba Michel Foucault: "Penetrando en los hospitales sentirá emociones dolorosas, conmiseración activa, deseo ardiente de llevar el alivio y la consolación... es allí donde aprenderá a ser religioso, humano, compasivo". Y ello le motivará a adquirir experiencias fundamentales que le servirán para el cumplimiento de su noble deber. Obteniendo, señala el gran pensador francés, "la mirada médica" que le permitirá abrir el secreto de la enfermedad. "Es en estas instituciones de salud donde los estudiantes, guiados y motivados por la pericia de sus profesores, comprenderán que no basta con escuchar y leer, que es necesario ver, tocar y sobre todo ejercitarse en el hacer y adquirir el hábito" ⁽¹⁵⁰⁾.

Es en ellas donde se puede adquirir una adecuada experiencia a través de la observación y relación con los enfermos, de allí que con razón se haya dicho "Solamente frente al enfermo el estudiante de medicina comprende lo elevado de su misión; tan sólo frente al lecho del hospital o de la clínica puede sentir la gravedad y la belleza de su profesión" ⁽⁹⁶⁾.

Dado el relevante papel del hospital se hace indispensable que, tanto las autoridades de salud como las de las organizaciones académicas de un país, cuyo objetivo es formar profesionales y técnicos en la cantidad y calidad requeridas para solucionar las necesidades de salud de la población, dispongan de instituciones que permitan desarrollar, además de la función asistencial, programas de enseñanza e investigación. La atención y la enseñanza deben estar estrechamente relacionadas, pues la calidad de la enseñanza depende de la calidad de atención. De allí que, teniendo en consideración que en América Latina habitualmente la universidad se afilia a un hospital y a otros establecimientos de salud, sean importantes los convenios que se lleven a cabo entre las entidades formadoras y prestadoras de salud, tratando de encontrar una articulación entre los aspectos administrativos y funcionales que permitan brindar tanto una asistencia como docencia de calidad ⁽¹⁵¹⁾.

Debe insistirse en la búsqueda de una adecuada armonía, en conseguir una operatividad en la participación mutua en los órganos de la dirección, representantes de la universidad en las comisiones técnico-asistenciales y representantes del sistema sanitario en las juntas y consejos de gobierno de la facultad ⁽¹⁵²⁾.

Suele enfatizarse sobre la importancia de la existencia de un coordinador de docencia que cumpla funciones de director de docencia, elabore objetivos específicos, señale líneas estratégicas en este ámbito y participe en la evaluación de las estrategias y los objetivos docentes. Se dice, con razón, que la docencia aporta a la asistencia una oportunidad para aumentar sus conocimientos tanto de quien se está formando para ser profesional de salud en pregrado como de quien se está especializando en el sistema de postgrado. Pero también a los docentes que transmiten su saber, sus experiencias adquiridas a lo largo de su vida profesional, enseñando no sólo lo que sabe sino lo que le es útil al estudiante ⁽¹⁵³⁾.

Es necesario insistir que cada servicio cuente con un responsable coordinador que supervise adecuada y permanentemente a los estudiantes y que sea capaz de mostrarles, con el ejemplo, la actitud que hay que mantener en situaciones difíciles o de incertidumbre.

Las actividades humanas que se desarrollan en los hospitales son fundamentales para la formación de los profesionales de la salud, de allí que todos los que examinan

los aspectos educativos que se llevan a cabo en las instituciones sanitarias enfatizan sobre las mismas. Así, Carlos Alberto Seguín, al analizar “el factor humano en la enseñanza”, señala: características de quienes en ella van a tomar parte: el maestro y el discípulo. También la de médico-paciente y expresa que no se ha estudiado suficientemente una situación interhumana tanta o más interesante: la situación didáctica médica. Comprendiendo al maestro, discípulo y enfermo. Expresa que en esta relación triádica se presentan una serie de reacciones afectivas, conscientes e inconscientes, de importancia fundamental. Los sentimientos que unen al médico con su enfermo pertenecen al grupo de sentimientos amorosos, tomando este calificativo un sentido que desborda la esfera del amor sexual. Son sentimientos diferentes de todos los que unen a los seres humanos, se trataría de una modalidad nueva y distinta de amor para la que propone el nombre: “eros psicoterapéutico”. Por otra parte, en toda relación maestro/discípulo aparecen también sentimientos amorosos que constituyen, del lado del maestro, el “eros pedagógico”. Asimismo, en la relación del discípulo/maestro suelen estar presentes emociones de este tipo que favorecen el aprendizaje ⁽¹⁴²⁾.

Dada la importancia de la relación profesor – estudiante, considero pertinente seguir expresando pensamientos de diversos autores sobre las características de los docentes clínicos. Algunos afirman: “Los buenos profesores clínicos actúan como modelos para los estudiantes, como supervisores efectivos, dinámicos y acogedores; es decir, capaces de desempeñar papeles de médico experto, competente y empático con los pacientes, de profesor interesado en el proceso de enseñanza-aprendizaje, disponiendo de tiempo adecuado para los estudiantes, distribuyendo sus cargas horarias de manera flexible para adaptarse a la organización política y social del sistema de salud, ayudando a los estudiantes a encontrar sus hiatos de conocimiento, habilidades y actitudes ⁽¹⁴⁹⁾.”

Otros, enfatizan la necesidad que los profesores sean capaces de auto interrogarse, haciendo suyas las preguntas formuladas por E. Bridge: ¿Tengo la sensibilidad necesaria para comprender los sentimientos humanos en mis relaciones con pacientes, estudiantes, enfermeras y otro personal que labora en el hospital, para que suscite la estimación e ilustre con el ejemplo?, ¿señalo durante las visitas en las salas del hospital problemas del sufrimiento humano y las consecuencias sociales de las enfermedades?, ¿cumpló con la tarea de convertir la desgracia de un individuo que yace en la cama de un hospital en una experiencia inolvidable para el estudiante que preparará la historia clínica y, en lo posible, también para los demás miembros del grupo? ⁽¹⁴⁵⁾.

La búsqueda de respuestas positivas conducirá a que el profesor reconozca la importancia de la interacción con los otros miembros del equipo de salud y motive

al estudiante para que tome conciencia y comprenda que el paciente es una persona que merece la mejor atención, el mayor respeto e interés y que no se olvide de las consecuencias psicológicas y sociales de la enfermedad.

Sentimientos necesarios en una educación médica que, utilizando los constantes avances de la ciencia y tecnología, no debe dejar de ser fundamentalmente humana. Emociones que permiten superar los obstáculos que suelen presentarse durante el ejercicio de esta noble misión formadora, tal como puede reflejarse en la expresión del gran clínico vienés Franz Chvostek: "Una de las misiones más erizadas de dificultades, pero también más grata del maestro clínico, consiste en enseñar a sus alumnos, incansablemente, en la cabecera del enfermo la certera visión médica, y conferirles durante su aprendizaje clínico un tesoro óptico que les capacite, lejos de los hospitales dotados de todos los recursos modernos, para diagnosticar acertadamente a sus enfermos ⁽⁷²⁾.

Conscientes de la necesidad de mantener la "medicina clínica", a través de una adecuada formación en los centros hospitalarios, diversos educadores se han preocupado de evaluar la manera cómo se realiza el proceso de enseñanza-aprendizaje en muchas prestigiosas instituciones formadoras, así W. Morgan Jr. y G. Engel, hace aproximadamente medio siglo, comentaban los resultados de estudios que comprendían varias escuelas médicas de Estados Unidos y que revelaban la poca frecuencia de pedir a los estudiantes demostrar cómo habían obtenido los datos de la historia clínica o del examen físico que mencionaban en la presentación del enfermo durante la visita. Esta negligencia llegaba a tal punto que en el 25% de estas presentaciones de enfermos el instructor ni siquiera había visto al enfermo ⁽¹⁵⁴⁾.

En la actualidad probablemente se ha incrementado la inadecuada instrucción sistemática acerca de la técnica de la entrevista y examen físico de los enfermos. De allí la importancia de seleccionar el escenario donde debe realizarse el aprendizaje clínico. Este debe iniciarse en las salas de hospitalización, donde el estudiante aprende no sólo las manifestaciones y tratamientos de las enfermedades sino también cómo estas pueden afectar al enfermo y su familia, y cómo el médico obtiene y analiza la información proporcionada por el paciente, su familia o los exámenes auxiliares. Posteriormente continuará viviendo experiencias de estudio y cuidado del enfermo en otros ambientes como consultas externas y sala de urgencias. Procurando siempre de buscar los síntomas y signos que son la forma de expresión de la enfermedad y, luego, agruparlos en síndromes o empleando la orientación por problemas, diseñada por Weed.

Y es que la historia clínica es fundamental, sin ella no es posible llegar a un adecuado diagnóstico. Tan es así que se cita que el gran Sydenham, en una de sus obras,

Observaciones médicas, escrita en 1665 decía: "Para alcanzar la perfección en nuestro arte es necesario tener una historia o descripción de todas las enfermedades tan gráfica y natural como sea posible". Por ello, debe fomentarse la buena práctica de efectuar revisiones, por los médicos de más experiencias, que permitan mejorar la calidad de las mismas. Una anamnesis que consigne los acontecimientos más importantes que han sucedido en el paciente, "con veracidad, claridad y orden". Y un examen clínico en el que, a pesar del enorme aumento de la instrumentación y de recursos de laboratorios, los cuatro elementos básicos del mismo (inspección, palpación, percusión y auscultación) mantenga todo su valor ⁽¹⁵⁵⁾.

Los profesores tienen la responsabilidad de estimular a los estudiantes para que pongan todo su esfuerzo personal y abnegación en la elaboración de la historia clínica, que tomen conciencia de la relevancia de la misma, para que comprendan que "...El diálogo consciente y la exploración física motivada con el enfermo, no sólo administran una información preciosa acerca de la enfermedad del paciente sino que aportan algo igualmente importante: la oportunidad para conocerlo y para iniciar esa relación tan vital entre dos personas, médico y enfermo, la cual mientras más racional se torna más productiva" ⁽¹⁵⁶⁾.

No se debe permitir que en nuestros jóvenes estudiantes "...el apoderamiento gozoso de la ciencia y el orgullo de dominar la técnica les deformen el espíritu. Que recuerden que ningún aparato, por maravilloso que parezca, vale lo que la idea que lo engendró. Que la utilidad de las técnicas no se discute, pero debemos no dejarnos atrapar por ellas ⁽²⁾.

El breve análisis de algunos de los aspectos formativos del médico en las instituciones hospitalarias, nos debe inducir también a preguntarnos: **¿qué sucede en los hospitales públicos de nuestro país en donde se realiza la docencia?**, las oficinas de apoyo a la capacitación, docencia e investigación (OACDI) que son los "órganos encargados de proponer, coordinar, apoyar y evaluar el uso de los campos clínicos para las actividades de docencia en servicio con las universidades, institutos y demás centros de formación, al parecer no están cumpliendo su importante función en el proceso de determinación y distribución anual del campo clínico para las actividades de pregrado, internado y residentado. En efecto, observamos que en la mayoría de hospitales no suelen establecerse políticas correctas para la regularización del número de estudiantes que proceden de escuelas o facultades de ciencias de la salud públicas y privadas y que la aceptación de los mismos habitualmente está basada en convenios interinstitucionales que no tienen en cuenta criterios técnicos ni adecuada supervisión por las autoridades de salud ni de las entidades académicas. Convenios que, para el uso de los campos clínicos, ponen ciertas condiciones, tales

como aportes de las instituciones académicas y exigencias que los docentes sean profesionales de salud del hospital, requisitos que están conduciendo a desventajas para las universidades estatales y a una inadecuada selección de los docentes clínicos, lo que repercute negativamente en la calidad de la enseñanza.

Y hablando de la calidad de la formación en servicio de los futuros médicos, cabe reflexionar sobre algunos aspectos relacionados con el internado y que han sido señalados en el "Diario de un interno de medicina" en cuyas páginas, como se expresa en el prólogo, se relatan problemas de fondo de la educación médica en el hospital, "en donde prima un estilo de enseñanza que no tiene como pilar el diálogo o la explicación, sino el cumplimiento de órdenes, la sobrecarga de trabajo, el maltrato y la sanción". Se describen constantes situaciones de estrés ocasionadas por: "numerosos pacientes por atender, muchos de ellos en estado crítico, enfrentamiento contra la muerte, el trato de los superiores, los reclamos de los pacientes y la frustración de no tener todo disponible", que explican el porqué de la prevalencia del síndrome de Burnout entre los internos. De allí, la recomendación de "aplicar un método alternativo de formación del interno de medicina que revierta esta visión jerárquica y totalizadora" ⁽¹⁵⁷⁾.

Estos "costos emocionales" deben, también, ser tenidos en cuenta en la formación y el trabajo cotidiano de los estudiantes de posgrado: Médicos Residentes.

"La residencia era la tierra de promisión y constituía el sueño dorado de todo buen interno".

Slaughter Frank G ⁽⁶⁴⁾.

El sueño señalado por el médico y escritor estadounidense en su novela "*Nadie debería morir*", publicada hace más de cinco décadas, no sólo persiste, sino que se ha intensificado ya que la mayoría de los médicos titulados aspiran a ingresar en los hospitales donde se desarrollan programas de posgrado: "residentado médico". Constituyen excepciones admirables los que consagran su carrera ejerciéndola en zonas rurales, donde su "vocación de servir" los hace comprometerse con la comunidad, haciéndose merecedores de respeto y confianza, convirtiéndose en propulsores del progreso social ya que son, como decía A. J. Cronin, en *El médico de Lennox*: "...una fuerza cuya influencia alcanza a toda la comarca" ⁽¹⁵⁸⁾.

El programa especial de estudios para graduados médicos se inició en la Escuela de Medicina de Johns Hopkins (USA), a comienzos del s. XX, a propuesta de cuatro grandes maestros de la época: Halsted (cirugía), Osler (medicina), Kelly (ginecología) y Welch (patología). Su denominación de "Residencia" se debe a que los galenos que se formarían en la especialidad habitualmente "vivían en el hospital". Gracias a los logros, poco a poco, en diversos lugares del mundo se fueron creando sistemas similares, instalándose porque eran asociadas o identificadas como una estrategia, tanto para la salud como para educación, para poder levantar la calidad de la atención y la calidad de la formación ⁽¹⁵⁹⁾.

Así, en nuestro país la especialización, como actividad académica formal, se inició en la Facultad de Medicina de La Universidad Nacional de San Marcos en 1957, al crearse el Departamento de Graduados y de Internado.

Siendo aprobado como primer programa de residentado médico el de Anatomía Patológica con tres plazas y con una duración de dos años que, posteriormente, se amplía a tres. En los años siguientes, la facultad incrementa el número de especialidades ⁽¹⁶⁰⁾.

Cabe señalar que a fines de la década de los 60 empiezan a desarrollarse en Lima y otros lugares del país, en hospitales afiliados a la docencia universitaria, programas de residentado médico sin contar con la autorización legal de la Universidad Peruana ya que recién, en el año 1972, el Estatuto General de la Universidad Peruana, promulgado por Decreto Ley 17437, establece que los Programas de Residencias se ubiquen en el ciclo de segunda especialización de la Dirección de Programas Académicos de Medicina Humana. La primera especialización termina con la obtención del título médico cirujano. Y por Resolución 1226-73-CONUP del 18 de enero de 1973, el Consejo Nacional de la Universidad Peruana (CONUP) autorizó a la UNMSM a implementar su Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana y a otorgar el título de especialista a nombre de la nación ⁽¹⁶¹⁾.

Mediante el Decreto Supremo N.º 00659-76-SA del 23 de setiembre de 1976, se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Formación de Especialistas de Medicina Humana (SINAREME) con la finalidad de normar la organización y funcionamiento del sistema. Este define a "la formación de especialistas como un sistema educativo correspondiente al segundo ciclo de educación superior del país, por el cual se ofrece a los profesionales médicos enseñanza y adiestramiento especializado de posgrado, mediante un programa docente asistencial desarrollado por las universidades que cuentan con programas académicos de medicina humana en coordinación con los servicios de salud del país y orientados de acuerdo a los

objetivos de los planes nacionales y regionales de salud, usando la metodología del residentado médico”. Desde 1976 se han venido promulgado diversas normas destinadas a mejorar el funcionamiento del sistema, aspirando a que en nuestro país “cualquier médico residente tenga garantizada una formación de calidad independiente del lugar en que esta se realice” ⁽¹⁶²⁾.

Y el Consejo Nacional del Residentado Médico (CONAREME) en su Plan Estratégico Institucional 2018-2022 ⁽¹⁶³⁾, expresa como su Misión: “Somos un sistema concertado que articula entidades formadoras y prestadoras que tiene por función la regulación, planificación y evaluación de la formación de especialistas en medicina humana” y al analizar su diagnóstico institucional, afirma: “El Sistema Nacional de Residentado Médico, desde el 10 de junio del 2016, adquiere mayor capacidad de gestión, se empodera, al regirse por una ley, la Ley N.º 30453, reglamentada con el Decreto Supremo N.º 007-2017-SA. Estas normas establecen niveles de jerarquía con la configuración del Consejo Nacional de Residentado Médico; el Comité Directivo con su Secretaría Técnica, los Comités Regionales de Residentado Médico y los Comités de Sede Docente”. Establece la acreditación de Sedes Docentes, autorización de programas y autorización de campos clínicos. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se han venido realizando para el logro de su misión se observan, en la práctica, aspectos que deben mejorarse, muchos de los cuales han sido señalados como debilidades en el análisis de su plan estratégico. De allí la importancia de seguir perseverando en la mejora continua, tratando de efectuar: adecuada planificación sobre el número de plazas de residentes por especialidad en función de las necesidades regionales; establecer programas curriculares vinculados a los requerimientos de nuestro país, motivando a las escuelas o facultades de medicina que propongan una estructuración de la malla curricular en función del perfil de egresado y que este se elabore con participación activa de los representantes de entidades formadoras como prestadoras, así como del Colegio Médico del Perú, Gobierno Nacional y Regionales y Residentes, asimismo que en el plan curricular se precise la selección y organización de escenarios y dispositivos que permitan la construcción de competencias profesionales requeridas para dar respuesta al contexto en el que actúa.

Debe insistirse en un enfoque por competencias ya que un sistema basado en ellas, “pone énfasis en los resultados de ese aprendizaje y en la evaluación que certifica haberlas alcanzado”. Es necesario enfatizar sobre la adecuada supervisión de los aspectos académicos y de servicios porque la mayoría de las veces se trata de responder a las necesidades asistenciales, olvidándose de las educativas. Al residente se le hace cumplir la función de “tapar agujeros”, desatendiendo su proceso formativo, no teniéndose en cuenta que la residencia es una forma de

enseñanza bajo tutoría ⁽¹⁵⁹⁾. Y, como se mencionó en el internado, no siempre se evitan los maltratos de los profesores o de los residentes de años superiores, “las jerarquías académicas a veces son mal utilizadas”. “No suele motivarse un trabajo en equipo ni fomentarse un espíritu de fraternidad facilitado por las vivencias junto a los pacientes y las horas de permanencia juntos”. Los comités hospitalarios deben fortalecer la coordinación entre sus miembros, empleando estrategias que permitan el cumplimiento del programa establecido, que logre su doble función: prestador de servicio y de formador de profesionales especialistas ⁽¹⁵⁹⁾.

Hay que tener presente que “la formación en servicio se centra en los actos, en lo concreto, con saberes integrados, donde la experiencia adquiere un rol fundamental, ...”. De allí, la importancia de seleccionar a los formadores entre los médicos que sean “idóneos, hábiles en la aplicación de herramientas educativas, pero también capaces de analizar y comprender los contextos en los cuales se trabaja y enseña”. “Como formadores, aprender a diseñar e implementar estrategias y dispositivos variados, que respondan a las necesidades de nuestro servicio, a las urgencias de cada momento y a las características de nuestros formados”. El incremento irracional de escuelas o facultades de medicina y de programas de segunda especialización ha conducido a habilitar sedes docentes que no cumplen con las exigencias de infraestructura y procesos concordantes con los estándares de formación, sedes a las que no se le exigen las condiciones mínimas necesarias para recibir residentes, tales como: contar con profesionales de planta de la especialidad comprometidos con la formación, responsables docentes para la formación de los residentes en la especialidad, instalaciones y equipamiento adecuado a las actividades establecidas en los programas, acceso a información actualizada real y virtual. Y cuando no se pueden lograr los estándares mínimos exigidos, porque no están disponibles en el hospital donde se está realizando la residencia, los docentes responsables deben procurar la búsqueda de oportunidades que permitan alcanzar estas competencias en otra sede hospitalaria. Por ello, es importante insistir sobre la evaluación de los programas y de las sedes hospitalarias, mediante “evaluación de los residentes y evaluación por los residentes” y fortalecer la supervisión de los comités hospitalarios ya que, lamentablemente, en muchas sedes hospitalarias no se llevan a cabo autoevaluaciones de las actividades académico-administrativas que permitan un mejor seguimiento de la formación de los médicos residentes. Formación que requiere un ambiente de hermandad, en donde los profesores juegan un rol fundamental estimulando el trabajo en equipo que ayuda a mitigar el frecuente estrés laboral y a encontrar un equilibrio entre el trabajo y la vida personal y familiar ⁽¹⁶⁴⁾.

Hablando del estrés en los residentes médicos, urge la necesidad que, tanto los responsables de la administración de las instituciones prestadoras de salud, como de

las formadoras de especialistas médicos, así como de sus entidades representativas, propugnen coordinadamente estrategias destinadas a moderarlo. Para lo cual es importante que traten de corregir los factores asociados al mismo, tales como: exceso de horas de trabajo semanales, demasiados pacientes que atender y, como ya se señaló en los que realizan el internado médico, frecuentes maltratos de los profesores o de los residentes de años superiores; al mismo tiempo aplicar metodologías que hagan posible en estos profesionales, desarrollar recursos que fortalezcan su capacidad para enfrentar las exigencias a las que están frecuentemente sometidos.

En cuanto a las horas laborables, es pertinente comentar sobre las controvertidas opiniones respecto a la progresiva reducción de las horas de permanencia de los residentes en el hospital que se han ido estableciendo; algunos, están a favor de limitar las horas semanales de los residentes porque, entre otras razones, piensan que cometerían menos errores al realizar la atención médica; otros, lo creen diferente. Así Henry Marsh en su obra, Ante todo no hagas daño, al meditar sobre este aspecto en Inglaterra, manifiesta: "...El gobierno empezó a reducir las largas jornadas de los internos y residentes, porque se decía que estaban cansados y trabajaban demasiado, y que con ello se ponían en peligro las vidas de los pacientes. Sin embargo, ahora que dormían más por las noches, en lugar de volverse más seguros y eficaces, parecían más descontentos e informales. En mi opinión, eso pasa porque ahora trabajan por turnos y porque, de hecho, al impedirles vivir aquellas largas jornadas de trabajo, los habían privado de la sensación de formar parte de algo verdaderamente importante". "Aquellas reuniones matutinas para hablar de los últimos pacientes ingresados, planear los tratamientos y ofrecer una formación constante a los residentes, conseguiría recuperar de alguna forma el perdido espíritu de grupo". "En el sistema de salud premoderno, los especialistas nunca llevaban la cuenta de las horas: sencillamente seguían al pie del cañón hasta que el trabajo quedaba hecho". "Los turnos se han probado en otros sitios y no gozan de popularidad en ninguna parte. Echan por tierra cualquier continuidad en el cuidado y seguimiento de los pacientes. Las jornadas reducidas significarán también que tendrán menos experiencias clínicas, y eso supone un riesgo" ⁽⁴⁰⁾.

Los que nos formamos bajo un sistema de residentado similar al descrito por este eminente neurocirujano de Gran Bretaña, podemos comprender cuánta razón tienen sus vivencias narradas y cómo aquellas rutinarias reuniones nos permitían revisar nuestros errores, motivarnos a la búsqueda de nuevos aprendizajes y mejorar como seres humanos. Y precisamente el deseo de aprender y de servir hacía que ese arduo trabajo dejara a un lado el cansancio, tal como lo expresa la frase atribuida al gran poeta latino Horacio: "El placer que acompaña al trabajo pone en olvido a la fatiga".

HOSPITALES COMO CENTROS DE INVESTIGACIÓN

“Ya nadie duda que el hospital es el centro insustituible de la medicina científica del futuro. Es el taller de nuestra ciencia”.

A. Garretón Silva ⁽¹⁵⁵⁾.

Coincidiendo con la expresión anterior del profesor de medicina chileno, en su magnífica obra sobre formación de la personalidad del médico, otro eminente maestro latinoamericano Ignacio Chávez ⁽²⁾, manifestó en uno de sus discursos: “Trabajar atendiendo enfermos, nada más noble en la vida profesional. Enseñar, llevar a los alumnos de la mano a través del aprendizaje, hasta ver cómo un alma dibuja su perfil: nada más alto en el plano espiritual. Pero eso, con ser mucho, no basta en la vida científica. La obra queda trunca si no la anima un espíritu creador... Necesitamos crear nosotros mismos, hacer ciencia nosotros mismos...”. En efecto, es menester efectuarla porque la investigación conduce, habitualmente al bienestar, sobre todo cuando se trata de investigación biomédica, porque el conocimiento generado de ella, su difusión y aplicación contribuye a mejorar la salud y la calidad de vida del ser humano. Y un importante lugar para realizarla es, como ha sido señalado el hospital. Al respecto, considero pertinente continuar analizando algunas de las reflexiones que, sobre investigación en estas importantes instituciones de salud, han efectuado algunos ilustres maestros de la medicina.

En nuestro país, el Dr. Alberto Hurtado en una comunicación al Seminario Interamericano de Hospitales, manifiesta que el progreso de la medicina se debía fundamentalmente a la labor de investigación y que, en ella, el hospital ha desempeñado un rol importante. Señala que “ni los sentidos, ayudados por la experiencia, ni las investigaciones auxiliares de laboratorio o experimentación pueden aisladamente, en muchos casos, resolver los problemas de la patología”. “Es la armoniosa conjunción de todos estos métodos de aproximación y análisis lo que constituye la medicina de hoy día”. Concluyendo su artículo con un mensaje motivador: “La oportunidad de investigar existe en todo hospital y hacer uso de ella es evidencia de que la elevada responsabilidad del cuidado del enfermo está a cargo de una institución consciente de su obligación de contribuir y progresar y de hombres cuyas actividades, alejadas de normas meramente asimilativas, tienen el mérito de cooperar al adelanto de los conocimientos médicos” ⁽¹⁶⁵⁾.

En el mismo sentido, otros autores resaltan el papel de los hospitales modernos en la contribución al conocimiento de la realidad sanitaria y señalan la responsabilidad de los miembros que integran los órganos administrativos superiores (nivel normativo y ejecutivo), en especial del director que tiene la obligación de desarrollar la investigación científica en su hospital, pues si bien existe una problemática común a todos los hospitales no es menos cierto que cada hospital tiene problemas propios del contexto en que está inmerso que encontrarán una mejor solución en la medida que se aplique la investigación para esclarecerlos. Reconocen que, dentro de los métodos de investigación biopsicosocial, la investigación clínica es la que tiene mayor tradición y desarrollo en los hospitales. Sin embargo, hacen notar la necesidad de ampliar la investigación a otras áreas, aprovechando la aplicación creciente de sistemas de información y el uso de la metodología estadística, que al analizar los hechos asistenciales y económico-financieros que se observan en el hospital permiten mejorarlos y, así, fortalecer la actividad administrativa. En las últimas décadas se han ido incorporando otros métodos de investigación científica: epidemiológicos y los destinados a evaluar los procesos de cuidados y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados en el manejo de la enfermedad, que contribuyen a brindar un mejor servicio ⁽¹⁶⁶⁾.

Al respecto, un estudio que evaluó la relación entre la investigación y eficiencia en hospitales públicos, utilizando base de datos del Ministerio de Sanidad de España (periodo 1996-2009), concluyó que los hospitales que realizan investigación son mejores en las actividades diagnósticas-terapéuticas, en la reducción de la estadía media de los pacientes y en el costo de salud ⁽¹⁶⁷⁾.

De allí, la preocupación por motivar la formación en investigación en el ámbito hospitalario, sobre todo cuando se observan cambios en la atención de salud que

conlleven a limitar la investigación clínica, olvidándose que “el mejor desempeño de las funciones hospitalarias se logra cuando existe una vocación firme como motor y gestor del conocimiento científico a través de su adquisición (investigación), de su transmisión (docencia) y de su aplicación (asistencia)”. Señalándose una serie de necesidades que el hospital universitario o el afiliado a la docencia debería abordar: acercamiento de la universidad y los organismos públicos de investigación a los grandes hospitales, con participación recíproca en los órganos de gobierno; creación de unidades asistenciales modernas, con plantillas definidas según la calidad profesional y donde se oferte un conjunto de productos (clínicos, científicos y docentes) inseparables; carrera profesional, con correspondencia de cargos asistenciales y académicos; potenciación dentro de las unidades asistenciales, de grupos de investigación con espacio, recursos humanos y con financiación propia obtenida de forma competitiva. Es imprescindible la existencia y funcionamiento de un comité de investigación que motive y regule las actividades, a través de programas presupuestos y que establezca prioridades sobre cuáles son los tipos de investigación a realizar ⁽¹⁶⁸⁾.

Al hacer investigación es fundamental tener en mente lo expresado por el premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1965, Jacques Monod: “Se impone hoy más que nunca, a los hombres de ciencia, de pensar su disciplina en el conjunto de la cultura moderna para enriquecerla no solamente en conocimientos técnicamente importantes, sino también de ideas venidas de su ciencia que puedan considerarse como humanamente significativas” ⁽⁶⁸⁾.

Una búsqueda de la verdad al servicio del hombre, en donde debe haber coherencia entre ciencia y conciencia, en donde el ser humano no puede verse como un objeto utilitario sino como un sujeto en el que se respetan los principios éticos fundamentales. Por ello, cabe preguntarnos ¿Los sujetos sometidos a una investigación han recibido o reciben siempre el cuidado o la protección que merecen?, ¿los ensayos clínicos se han realizado o realizan en condiciones de respeto a los derechos fundamentales de las personas y a los postulados éticos que afectan a la investigación biomédica? La historia muestra que el investigador “no siempre ha actuado de acuerdo con su conciencia y buscando lo mejor para sus semejantes”. A veces no se han respetado principios éticos durante el desarrollo de la investigación, observándose casos de “abusos en nombre de la ciencia” en los sujetos sometidos a las pesquisas, tal como los señalados a continuación: en Staten Island, New York, en 1956, se infectaron deliberadamente con el virus de hepatitis a todos los niños ingresados, con el fin de buscar una vacuna. En el Hospital Judío de Enfermos Crónicos, en Brooklin, Nueva York, en 1963, se inyectaron células cancerosas a 22 pacientes ancianos, sin su consentimiento, para confirmar la capacidad de rechazo de dichas células

que pudiesen tener pacientes sin cáncer. En Tuskegee, Alabama, entre 1932 y 1972, se realizó un estudio “para comparar la evolución natural de la enfermedad”, seleccionándose 400 personas de raza negra, 200 infectadas con sífilis, a los que no se les informó sobre su enfermedad y, más aún, no se les indicó tratamiento, a pesar de conocerse poco después los beneficios de la penicilina ^(169 y 170).

Antecedentes históricos como estos, que ponen en evidencia la falta de responsabilidad moral del investigador, han motivado una preocupación ética respecto a la investigación en seres humanos y la necesidad de crear y aplicar bases legales y éticas internacionales para realizar ensayos clínicos en seres humanos. Estas necesarias bases legales y éticas surgen, como lo manifiesta Roberto Mancini Rueda ⁽¹⁷⁰⁾, como consecuencia de: la detonación sobre personas de dos bombas atómicas (revelando que los avances de la ciencia pueden tener un lado negativo, destructivo e inhumano) y las crueldades llevadas a cabo por médicos en campos de concentración nazis, que remecieron la conciencia mundial y dieron origen, en 1947, al Código de Nuremberg, dictado a raíz del procesamiento de 20 médicos nazis acusados de experimentar con seres humanos durante la Segunda Guerra Mundial, estableciendo que cualquier investigación debe tener en cuenta el verdadero consentimiento; que no basta con una libre aceptación de la participación en la investigación sino que, además, el que va a ser sometido a ella debe ser adecuadamente informado de qué significa tal investigación, recibir apropiada explicación de los beneficios y riesgos que la misma pueda causar. Sin embargo, el control ético de la investigación permanecía a criterio del propio científico. Era necesario instituir una vigilancia ética de la investigación, una propuesta de principios éticos que debe ser aplicada en la investigación en seres humanos, es así como en 1964, tuvo lugar la Declaración de Helsinki, adoptada por la XVIII Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. La misma que ha sido sometida a posteriores revisiones, teniendo en cuenta los avances de la ciencia y tecnología y la existencia de publicaciones “no éticas”, tratando de insistir en la preservación del rigor científico en la investigación por medio de protocolos bien confeccionados y en un progresivo refinamiento de los requisitos éticos de la experimentación en seres humanos. La séptima, aprobada el 19 de octubre del 2013, en Fortaleza (Brasil), enfatiza sobre el papel de los comités de ética de la investigación y establece la obligación que tienen los investigadores de presentar un informe final al comité respectivo, lo que les permitirá a los comités comprobar de una manera más adecuada cómo se llevan a cabo los estudios por ellos aprobados.

Debe seguirse enfatizando sobre los problemas éticos asociados con ciencia y tecnología, toda vez que algunas corporaciones interesadas en obtener lucro a corto plazo estimulan la industria biológica-médico-farmacéutica. La industrialización

de la práctica médica subraya el criterio de que son más importantes los fármacos para curar las enfermedades que los cambios socioeconómicos que posibilitan condiciones de vida más saludables para los seres humanos ⁽¹⁷¹⁾.

Continuar haciendo esfuerzos para mejorar las normas y códigos sanitarios, ya que las referidas a la investigación en el ámbito de la salud, dan cuenta principalmente de procedimientos administrativos para la importación y el registro de fármacos y otros productos biológicos, de responsabilidades institucionales y de resguardos legales en términos amplios. Pero no se refieren a la regulación ética de las investigaciones, por lo que la mayoría de las veces el único resguardo en ese sentido lo constituye la evaluación que hacen los mismos patrocinantes de la investigación (industria farmacéutica y empresas de investigación biomédica internacionales, y ocasionalmente fondos nacionales o universitarios) a través de informes preparados por Comités de Ética externos que no necesariamente tienen en consideración los requisitos que debería exigir el país donde se va a efectuar el estudio. En estas circunstancias, son los Comités de Ética Hospitalaria que se han ido constituyendo de manera incipiente en los establecimientos sanitarios de nuestra región, los que han debido asumir -sin mucha preparación ni experiencia- la evaluación de protocolos de investigación clínica ⁽¹⁷⁰⁾.

De allí, la importancia de la existencia y funcionamiento de estos comités de ética en investigación que, como lo señala la ley española ⁽¹⁷²⁾: "Ponderará los aspectos metodológicos, éticos y legales del protocolo propuesto, así como el balance de riesgos y beneficios. Evaluará la idoneidad del protocolo, la competencia del equipo investigador para el ensayo propuesto y la información escrita sobre las características del ensayo que se dará a los posibles sujetos de investigación o a su representante legal. Y realizará las evaluaciones de las compensaciones que se ofrecerán a los investigadores y a los sujetos de la investigación por su participación". Un aspecto que debe enfatizarse es su papel fundamental, que no siempre se lleva a cabo, del seguimiento del ensayo clínico desde su inicio hasta la recepción del informe final.

En el modelo de manual de procedimientos para comités de ética en investigación en el Perú ⁽¹⁷³⁾, se señala en la introducción que "debe ser política de cualquier institución de salud contar con un comité institucional de ética de investigación sólido, independiente y autónomo, con prestigio y reconocimiento regional y nacional". Se resalta la importancia de contar con un manual en el que se detallan los procedimientos que se necesitan para: presentación de expedientes, evaluación de los proyectos, seguimiento de los protocolos de investigación autorizados y presentación de los reportes finales al concluir las respectivas investigaciones.

En el Manual de procedimientos para la realización de ensayos clínicos en el Perú, se enfatiza, en la introducción, que deben ser frecuentemente actualizados y que, en nuestro país, es responsabilidad de la Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica (OGITT) del Instituto Nacional de Salud establecer las modificaciones del mismo ⁽¹⁷⁴⁾.

El profesor de Bioética, el español Pablo Simón Lorda, en el prólogo de la Guía Nacional para la constitución y funcionamiento de los comités de ética en investigación en el Perú ⁽¹⁷⁵⁾ comenta el artículo *Ethics and Clinical research*, publicado en el *New England Journal of Medicine* en 1966, en el que Henry K. Beecher comunicaba la existencia de 50 investigaciones en marcha en USA que no cumplían los estándares éticos aceptados como válidos, el tema del consentimiento era aspecto fundamental y sólo en dos de ellos se cumplían las exigencias. Destaca la relevancia de la adecuada formación del investigador "serio y responsable", cuya ética interna, más que el desarrollo normativo y control externo, da seguridad a la investigación con seres humanos. Señala "la investigación médica ha seguido un camino de fuerte regulación externa, tanto en la vertiente ética como estrictamente jurídica en todos los países del mundo". Y al referirse a la Guía Nacional del Perú opina: "...Es útil no sólo para los comités sino para los propios investigadores porque les ayudará a descubrir e incorporar a su quehacer los valores y principios éticos básicos que subyacen en los procedimientos de evaluación", concluyendo: si esto sucede habremos logrado lo que Beecher quería: "Formar investigadores virtuosos que conviertan el control externo en interno, en el control que deriva de su propia conciencia".

Las reflexiones previas no hacen sino corroborar que la investigación científica debe guiarse, siempre, por principios humanistas. Y es que, como piensa Denise Najmanovich: "La ciencia es ante todo una empresa humana atravesada por múltiples dimensiones que hacen a las personas: la tradición, el lenguaje, las técnicas, los deseos, las necesidades, las presiones, etc., por lo que no puede haber una comprensión exclusivamente racional de la ciencia, como no puede haberla del hombre". Y que "la ética está siempre presente en todas las dimensiones de la vida humana. Es como el pentagrama de nuestra existencia: sobre él construimos la música-o el ruido- de nuestras vidas" ⁽¹⁷⁶⁾.

De allí la importancia que quienes realicen investigación biomédica cuenten con cualidades intelectuales y morales como las analizadas y presentadas tan magistralmente por Ángel Alcalá G., en su intento de sistematizar el pensamiento de Pío XII sobre problemas de medicina y moral. Algunas de sus meditaciones, y utilizando sus propias palabras, procedo a recordarlas: "Amor a la verdad, honradez intelectual, tenacidad y modestia. El investigador necesita el respeto a los hechos, la prudencia

en la enunciación de proposiciones científicas, la sobriedad del juicio científico, la modestia tan apreciada del sabio y que inspira la conciencia de los límites del saber humano". El autor reflexiona sobre la invocación que, para justificar moralmente nuevos procedimientos, nuevas tentativas y nuevos métodos de investigación y de tratamientos médicos, suele hacerse basada en tres principios: "interés de la ciencia médica, interés individual del paciente y el interés de la comunidad". Manifiesta: "La ciencia no es el valor más alto al que todos los demás órdenes de valores están sometidos". "Las relaciones de confianza entre médico y paciente, el derecho personal del paciente a la vida física y espiritual, a su integridad psíquica y moral, he aquí, entre muchos otros, valores que dominan al interés científico" ⁽¹⁾.

Tener siempre en mente que, si bien la ciencia puede contribuir mucho al bienestar de la humanidad, puede también traer consecuencias negativas sino es correctamente realizada, de allí la necesidad sustancial de insistir en la ética durante la formación que brindan los centros universitarios, hacer hincapié que los aspectos éticos de los futuros investigadores es una básica responsabilidad que deben asumir las universidades. Inculcando estos principios y valores desde los que integran los llamados por algunos "semilleros de la investigación", haciéndoles sentir que el ser admirados por sus trabajos de investigación no debe ser motivo para dejar de cultivar la humildad, que su mentalidad enjuiciadora y flexible debe estar siempre escoltada por esta gran virtud, que la ciencia tiene que ser acompañada perpetuamente por el humanismo que le ayudará a inclinarse con modestia ante la inmensidad de lo que ignora, de que sus investigaciones deben realizarse sin egoísmos y guiadas siempre por el deseo de servir a sus semejantes. La necesidad ética, debe ser posteriormente fortalecida a través de cooperación entre diversas instituciones: Colegio Médico, sociedades científicas, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y las instituciones de salud. Estas, deben reforzar los principios éticos mediante sus comités hospitalarios de ética en investigación. Comités que deben motivar y regular las actividades, instando a tener presente las normas disponibles para investigación en seres humanos: Código de Nurembreg, Declaración de Helsinki, la Declaración de Lisboa (derechos del paciente) y Consejo de Organizaciones internacionales de Ciencias Médicas y OMS. Recordando a los investigadores permanentemente los principios básicos de ética y los derechos del paciente, insistiendo en que rememoren que: "Un médico debe actuar siempre de acuerdo con su conciencia y pensando en el beneficio del paciente"; conscientes de un deber que más que el cumplimiento de las normas constituya una obligación interior, personal; con la creencia de que lo que se hace es en bien de la humanidad; con la convicción que los esfuerzos de su mente para escudriñar "hechos" tiene que acompañarse siempre de "valores".

¡Amor y ciencia al servicio de sus semejantes!

DESAFÍOS EN LA GESTIÓN DE HOSPITALES

“Una organización no es más efectiva porque tiene mejor personal, sino que tiene mejor personal porque fomenta el autodesarrollo a través de sus normas, sus hábitos y su clima”.

Peter Drucker ⁽¹⁷⁷⁾

Hemos venido señalando diversos aspectos relacionados con las funciones de estas importantes instituciones hospitalarias y, al hacerlo, han aparecido diversas circunstancias que revelan una tendencia a la deshumanización, reflejada en expresiones que describen a los hospitales como: “Cada vez más y más grandes, templos de alta tecnología, con más gente involucrada en la atención del paciente, donde todos y nadie es responsable, donde cada vez más ocurre distanciamiento del médico - enfermo, donde el informe máquina es más importante que la expresión del paciente sobre su enfermedad,...” ⁽⁵⁷⁾, o como “una de las organizaciones de mayor complejidad, donde se manejan empleos diferentes, distribuidos en diversas unidades estructurales que hacen difícil coordinar y gobernar, donde la formación de médicos se hace basada fundamentalmente en lo recuperativo, donde falta integración del personal profesional y en donde se observa insatisfacción del usuario y del propio personal sanitario” ⁽¹⁷⁸⁾.

Ante las declaraciones que señalan el aspecto negativo de los hospitales, no debemos olvidar que estas instituciones siempre han tenido como fin brindar beneficios a la población y servir con humanidad.

De allí, la necesidad de mencionar algunas consideraciones que hagan posible que estas "complejas organizaciones" cumplan de manera armonizada sus importantes funciones "evitando que lo científico y tecnológico sea lo hegemónico y que el interés financiero sea lo privilegiado". Que se tengan en cuenta aspectos administrativos que permitan desarrollar un adecuado programa de servicio; entre los cuales, debe prestarse atención al clima organizacional, donde exista una oportuna comunicación y coordinación y un nivel apropiado de identificación con la organización, donde los que tienen la responsabilidad de conducirlos deben saber que "la piedra de toque de una organización no es el genio, sino su propia capacidad de lograr que la gente común realice una tarea fuera de lo común" ⁽¹⁷⁷⁾, que su papel como directivo debe comenzar con "procurar el confort material y el bienestar espiritual de todo el personal" y luego buscar la construcción de una visión compartida que permite "desafiar las maniobras de politiquero" interno ⁽¹⁷⁹⁾.

Por ello es importante insistir en las cualidades morales que deben poseer los ejecutivos ya que la presencia de ellas les permitirá lograr credibilidad, obtener confianza que es la forma más elevada de la motivación humana, que hace sacar a luz lo mejor de la gente. Para lo cual tienen que ser efectivos en la comunicación interpersonal, "desarrollando la capacidad para la escucha empática que suscita apertura y confianza y cuya esencia no consiste en estar de acuerdo, sino en comprender completamente a la otra persona tanto emocional como intelectualmente, valorando al personal, tratando de "ver en ellos más allá del trabajo, a la persona". "Crear la cuenta bancaria emocional que genera un comercio entre los corazones" y de esta manera ejercer un adecuado liderazgo, cuya esencia es "construir una cultura con una visión compartida y un sistema de valores centrados en principios" ^(180, 181).

Analizando las características basadas en valores que deben poseerse para ejercer un adecuado liderazgo, varios autores coinciden en señalar como las más esenciales: integridad, actúa de acuerdo con principios, sin comprometerlos; confianza, reflejando los valores y aspiraciones de sus seguidores, sirviendo a los demás; saber escuchar, escucha a aquellos a los que sirve, pero no es prisionero de la opinión pública y mostrar respeto por los seguidores ⁽¹⁸²⁾.

Atributos que permiten evolucionar hacia un "liderazgo participativo", un "liderazgo servidor" en el cual el enfoque se centra fundamentalmente en los seguidores, en donde el líder deja de ser el centro, desiste de pensar sólo en sus beneficios y se

preocupa por los demás, piensa en las necesidades de desarrollo del personal y así generar un verdadero compromiso institucional ⁽¹⁸³⁾.

"El verdadero progreso más que en la ciencia y tecnología radica en la conciencia". De allí que grandes pensadores resalten la relevancia de la ética, muestra de ello encontramos en la entrevista realizada al maestro Heinz Von Foerster por Denise Najmanovich, que dada la importancia de las ideas de esta "gran mente sistémica" me permito transcribir parte de ella: "...Profesor usted ha destacado la importancia de la ética para su posición epistemológica constructivista ¿puede aclararnos su posición al respecto?" Y el sabio austriaco responde: "Pensemos en cualquier organización. Desde una epistemología de primer orden donde el "organizador" y su organización están drásticamente separados, aquí la ética se expresa en tercera persona: "Tú debes...". Este es el mundo de organizar al otro. Desde una perspectiva constructivista o de segundo orden las cosas son muy distintas; no hay separación: pensemos por ejemplo en la autoorganización. Con esta perspectiva afirmamos que el actor actúa en última instancia sobre sí mismo, porque él está incluido en la organización. Este es el mundo del organizarse a sí mismo, es el mundo del "yo debo...". "Como se puede ver, trasladarse de una perspectiva de primer orden a una de segundo orden tiene como consecuencia un cambio en la concepción epistemológica de la ética". "... Yo he tomado una decisión: hable de lo que hable, se trate de ciencia, filosofía o epistemología, debo de utilizar mi lenguaje de manera que la ética esté siempre implícita, que no surja, que esté siempre subyacente como si fuera el pentagrama sobre el que se escriben las notas del discurso" ⁽¹⁷⁶⁾.

Con cuanta frecuencia vemos que los "preparados" gerentes estrategas y organizadores están tan ocupados revisando la gran cantidad de papeles que están sobre su escritorio que se han olvidado que "el corazón de la empresa está hecha de personas y no de papeles". Se necesita insistir más en la formación de líderes, de gerentes que cambien de supervisores a entrenadores, que sean capaces de motivar el desarrollo del personal y de sus habilidades de manera que estas personas logren ellas mismas procesos que agreguen valor. Para lo cual, sería conveniente que los que dirigen las instituciones hospitalarias tengan en consideración las reflexiones sobre el liderazgo escritas por W. Bennis ⁽¹⁸⁴⁾ que, aunque surgieron de su experiencia como rector de una importante universidad norteamericana, tienen aplicación en todas las organizaciones debido a que "muchas instituciones están muy bien administradas y muy mal dirigidas". Los directores se encuentran habitualmente atrapados en la rutina porque la gente aplica la vieja estrategia del ejército: "poner en manos de su superior todas las cosas difíciles". De allí, la necesidad de "crear una constelación ejecutiva", un grupo

de personas que estuvieran más enteradas de todo lo referente a sus respectivas esferas de competencia y fueran capaces de atender los asuntos diarios sin tener que llegar al escritorio del jefe y, así, este tener tiempo suficiente para pensar en las fuerzas que influirán en el destino de la institución. Deben establecer en sus instituciones metas claras y comprobables basadas en el consejo de todos los que forman parte de la comunidad. Después de años de investigaciones sobre liderazgo, el autor mencionado, llega a importantes conclusiones: "Hay diferencia entre dirigentes (los que hacen bien las cosas) y administradores (los que la piensan bien)", señalando que parte del problema se debe a las escuelas de administración, donde se enseña a ser un técnico eficiente, pero no se capacita para el liderazgo. Precisa cuatro áreas de competencia básicas del liderazgo: control de la atención, capacidad de atraer a otras personas, transmitiendo adecuadamente lo que quieren en cada momento; control del significado, comunican su visión para que otros capten sus sueños y se adhieran a ellos; control de la confianza, precisando que el principal determinante de la misma es la credibilidad, "la gente es más propensa a seguir a los individuos con los que puede contar, aunque no estén de acuerdo con sus puntos de vista" y control de sí mismos, "conocen sus propias habilidades y su uso eficaz, saben aprender a sacar provecho de lo que no resulta bien,". Donde hay líderes eficaces se observan fortalezas en las organizaciones, percibidas en cuatro aspectos: la gente se siente útil, el aprendizaje y las competencias son importantes, la gente forma parte de una comunidad (existe una familia, un equipo, una unidad) y el trabajo es emocionante. "Un ingrediente esencial es impulsar- no empujar- a la gente hacia una meta", instar a todos a dar lo mejor de sí mismos y afirmar sus propios puntos de vista. Y esto lo puede conseguir quien realiza un "liderazgo con vocación de tipo pastoral", como lo manifestó alguna vez el arzobispo de Lima, monseñor Carlos Castillo M. Es decir, que sea capaz de: "ir delante, para conducirlos o dirigirlos; ir al costado, para acompañarlos e ir detrás, para permitirles o motivarlos a que ellos tomen las iniciativas más convenientes".

Se ha resaltado, entre las áreas de competencias del liderazgo a la confianza. Esta es fundamental sobre todo en un mundo que gira en torno a hechos económicos y alrededor de la desconfianza. De allí que, Francis Fukuyama, al analizar el panorama económico a nivel mundial, manifiesta que una de las lecciones más importantes que podemos aprender de estas observaciones es que "el bienestar de una nación, así como su capacidad para competir, se haya condicionado por una única y penetrante característica cultural: el nivel de confianza inherente a esa sociedad". Añade: "Una sociedad con alto nivel de confianza puede estructurar sus organizaciones sobre la base de modelos que incluyan mayor flexibilidad y orientación hacia el trabajo en equipo y posean criterios de mayor delegación de responsabilidad hacia los niveles más bajos de la organización". Enfatiza que

para que las instituciones modernas conduzcan a la prosperidad y al bienestar social tienen que ir, necesariamente, acompañadas de determinados hábitos sociales y etopéyicos tradicionales si pretenden cumplir sus funciones de manera efectiva ⁽¹⁸⁵⁾.

Meditaciones previas que deben ser tenidas en cuenta al seleccionar a los responsables de la conducción de instituciones hospitalarias y que, al hacerlo, no sólo se tomen en cuenta capacidades técnicas, dadas por las escuelas de administración, o relaciones de tipo amicales o políticas sino que, al analizar su trayectoria laboral o académica, se busquen en ellos los antecedentes de honestidad, ética y la preocupación por desarrollar un ambiente humano en los trabajadores de la organización, así como para el paciente y su familia. El ejemplo del director es fundamental para lograr un ambiente donde se conjuguen la gestión, que impulsa a las personas en la dirección adecuada, y el liderazgo, que las motiva a construir una visión compartida y centrada en valores, personas que brinden sus esfuerzos, que buscan la unión a través de una fuerte trama formada por hilos de la devoción al servicio de sus semejantes y así contribuir a que los hospitales cumplan sus funciones asistenciales, docentes y de investigación con calidad y eficiencia.

MIRANDO EL FUTURO DEL HOSPITAL

Más importante que predecir el futuro del hospital es realizar los esfuerzos para lograr su transformación que conduzca a su participación efectiva al servicio de la salud con equidad, utilizando los avances tecnológicos sin olvidar la ética y la empatía esenciales en el ejercicio de la medicina.

Suele decirse que es necesario recurrir al pretérito para entender el presente y poder así construir un mejor futuro. Siguiendo esta línea de pensamiento, es pertinente traer a la memoria propuestas de cambios en el sector salud que se han venido planteando desde hace más de tres décadas. Así, la Organización Panamericana de la Salud, ya en su XXII Conferencia Sanitaria muestra sus preocupaciones por el "inadecuado funcionamiento e ineficiencia de los sistemas de salud", las mismas que han sido adecuadamente expresadas por el Dr. Carlyle Guerra de Macedo a través de sus "mensajes del director" y publicados en diversos números de la revista Boletines Sanitarios Panamericanos. Planteamientos que, si bien manifiestan las prioridades programáticas de la organización para el cuatrienio 1987-1990, siguen teniendo vigencia por lo que me permito mencionar algunos de ellos. De esta manera, señalaba: "Una profunda transformación de los sistemas de salud como paso ineludible hacia el logro de la salud para todos y hacia la búsqueda de un desarrollo que se hermane con la justicia y el bienestar de todos". Resaltaba la importancia de una visualización integral y equilibrada de todos los niveles de atención y componentes del sistema, en función de la cobertura universal y equitativa de las necesidades esenciales, en donde los servicios básicos de atención primaria

de salud jugarían un papel fundamental como estrategia de transformación de todo el sistema de servicios de salud, propiciando al mismo tiempo el acceso necesario a los servicios de mayor complejidad. La ordenación y articulación funcional de todo el sistema deberá complementarse con un proceso efectivo de descentralización y una relación de responsabilidad mutua entre los servicios y las comunidades correspondientes. Enfatizaba la relevancia de la educación en salud a nivel de todo el sistema sanitario, recordando que todo contacto con el usuario es una oportunidad valiosa para impartir conocimientos y ninguna actividad de los servicios de salud debe estar exenta de contenido educativo ya que constituye la clave para que cada individuo y comunidad comprendan la responsabilidad de protegerse. Manifestaba que es imprescindible promover la organización necesaria en función de una efectiva descentralización, reorientar los servicios incorporando plenamente los hospitales en el quehacer de todo el sistema de salud e invertir esfuerzos en su habilitación, en particular en su perfeccionamiento gerencial. Expresaba que la función de los hospitales no puede limitarse a la recepción de pacientes remitidos sino cumplir con su papel fundamental de apoyar a los sistemas locales de salud, puesto que constituyen la mayor concentración de recursos materiales, financieros, científicos y técnicos dentro de los sistemas de salud. "Cada hospital debe transformarse en un foco de apoyo administrativo, técnico y logístico, que forme el recurso humano exponiéndolo al proceso social de la salud y a una educación continua en el servicio que promueva una investigación arraigada en la vida comunitaria para la solución de problemas concretos, y que irradie información y conocimientos no sólo a todo el sistema de salud, sino a la población que sirve..." ⁽¹⁸⁶⁾.

En concordancia con lo expresado, otros autores unos años después analizan algunos de los elementos que deben considerarse para posibilitar la transformación del hospital y lograr su "participación efectiva en las líneas políticas de la salud con equidad". Manifestando que los nuevos desafíos y responsabilidades del hospital para prepararse y enfrentar adecuadamente la salud en el s. XXI, deben definirse como: integrarse a una red de servicios, constituirse en un centro de desarrollo de la epidemiología y de estadística comunitaria, facilitar la investigación clínica y epidemiológica, posibilitar el desarrollo del recurso humano, incorporar un proceso organizacional y administrativo de desarrollo de la calidad y la eficiencia, brindando un ambiente humano y amigable para el paciente y su familia ⁽¹⁸⁷⁾.

Estas modificaciones, orientadas a "tener como centro al paciente y su familia" y buscando brindar una atención médica de calidad, deben efectuarse puesto que hemos podido evidenciar marcadas deficiencias de los sistemas de salud durante la pandemia y porque se van dando, a nivel mundial, importantes cambios demográficos,

sociales, tecnológicos y económicos que afectan a los sistemas sanitarios y que se han considerado dentro del concepto de “transiciones sanitarias”, las mismas que han sido tan magistralmente analizadas y clasificadas por Jovell que considero pertinente, utilizando sus propias palabras, presentarlas de manera resumida: **Demográfica**, aumento de la longevidad de la población, la baja tasa de natalidad y el incremento de la inmigración procedente de otros países. **Epidemiológica**, cambio del patrón de enfermedades asociado al pasar de un patrón agudo de enfermedad a uno más crónico, a la existencia de comorbilidades, y a la aparición de nuevas enfermedades como consecuencia de la longevidad poblacional. **Tecnológica**, incremento del número de innovaciones destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y avances en el desarrollo de las tecnologías de la información, la comunicación y sus aplicaciones sanitarias. **Económica**, tendencia de los sistemas económicos a la instauración en la sanidad de grandes corporaciones centralizadas públicas y/o privadas con el objetivo de fomentar los beneficios atribuibles a las economías de escala. **Laboral**, fenómenos sociales de pérdida de autonomía por un control externo de la actividad profesional por parte de terceros, sea el estado y/o la corporación sanitaria, modelos retributivos estandarizados basados en el salario por categoría, de subespecialización, de diversificación profesional y de globalización que ha podido derivar a una situación en la que el concepto de profesión se haya visto sustituido por el de ocupación o trabajo, lo que podría llevar asociada una pérdida de los valores de responsabilidad social y de servicio a los pacientes descritos en el contrato social entre la medicina y la sociedad. **Mediática**, las noticias sobre temas de salud aparecen a diario con mayor frecuencia en los medios de comunicación de masas, que suelen reflejar de forma predominante tres tipos de información: problemas relacionados con la provisión de servicios sanitarios, situaciones de crisis de la salud pública y nuevos descubrimientos o posibilidades de avance científico. Situación que se complica aún más con la reciente tendencia a la universalización de contenidos sanitarios no acreditados según criterios científicos a través de Internet. **Judicial**, la publicidad de las situaciones médicas sujetas a efectos indeseables o a error, la naturaleza incierta del acto médico, la posibilidad de obtener un beneficio lucrativo de la denuncia, y el secreto corporativo que tiende a ocultar el error médico son, entre otros, los principales motivos que promueven un aumento de la litigación por mala praxis. **Política**, el modelo sanitario actual sigue transmitiendo hacia la ciudadanía la existencia, y persistencia, del denominado modelo del sistema sanitario ideal cuyos objetivos teóricos serían: ofrecer a toda la ciudadanía una atención sanitaria en igualdad de condiciones, responder de forma adecuada y justa a la demanda ilimitada de una atención sanitaria efectiva, eficiente y equitativa, respetando la libertad de elección del usuario y garantizando su protección frente a situaciones de riesgo o catástrofe financiera asociadas a un problema de salud;

sin embargo, la situación actual condiciona la transición política de los gobiernos desde el inviable modelo sanitario ideal hacia un nuevo modelo de sistema sanitario más racional, que promueva la participación de los diferentes agentes sanitarios y la justificación de la acción responsable o accountability gubernamental. Esta racionalidad tiene una dimensión ética o moral, ya que es la razón la que debería contribuir a definir y dar significado operativo a la noción de sistema sanitario justo. **Transición ética**, las transformaciones sociales mencionadas están originando cambios importantes en el ejercicio de la profesión médica, contexto en que la reivindicación del profesionalismo aparece como eje central del contrato social entre medicina y sociedad, por lo que es relevante tener en cuenta el estudio de los valores de la profesión médica ya que estos condicionan los estilos de práctica y ejercicio profesional y, a su vez, determinan su relación con la sociedad, la tecnología y los otros agentes sanitarios; es decir, su vinculación con los cuatro niveles de aplicación: social, sistema sanitario, compañeros de profesión y paciente individual ⁽¹⁴⁴⁾.

Orientados a lograr un más efectivo sistema de salud, y teniendo en cuenta las transiciones sanitarias, algunos expertos plantean cómo debería organizarse este sistema y qué elementos deben considerarse para facilitar la transformación de los hospitales. Análisis que han conducido a propuestas de líneas de desarrollo del hospital del futuro, buscando un "nuevo modelo" organizativo "centrado en el paciente" y sustentado en tres pilares: la deslocalización de la atención en la salud, los puntos de atención se acercarán al paciente, la atención domiciliaria se volverá más común y las instalaciones ambulatorias surgirán como parte de una red altamente interconectada centrada en los problemas del paciente en lugar de las especialidades; la creación de alianzas para una coordinación superior y nuevos modelos de financiamiento para la sostenibilidad de los hospitales, adopción de modelos de cuidado basados en valor para responder al deterioro de los márgenes de ganancia en el sector de la salud, cambiar la remuneración por volumen a remuneración por valor e incrementar las alianzas público-privadas ⁽¹⁸⁸⁾.

"Nuevo modelo" que deberá considerar la continuidad de la asistencia como norma. A nivel intrahospitalario, se incorporarán cada vez más máquinas e instrumentos automatizados que permitirán mayor precisión en los servicios, la atención especializada coordinada para todos los pacientes. Para lo cual se propone crear una División Médica que supervise y coordine los servicios médicos especializados en todo el hospital y que, en el ámbito extrahospitalario, desarrolle nuevos sistemas de trabajo en colaboración con la atención primaria y prestando servicios especializados fuera del hospital.

Implementar sistemas que permitan a los hospitales convertirse en el centro de la experiencia clínica y la tecnología de apoyo para su área de influencia, en particular en relación con el diagnóstico y el tratamiento. La información clínica electrónica, los sistemas compartidos de laboratorio e imagen están incluidos dentro de esta línea. En relación con el control de gestión, la nueva organización de la asistencia sanitaria, centrada en el paciente y, por tanto, articulada alrededor de los procesos asistenciales, requerirá el desarrollo de indicadores de resultados que evalúen el impacto que la asistencia recibida tiene en la mejora de la salud del paciente. Los sistemas de información deberían adecuarse a la organización de la asistencia que se propone (centrada en el paciente, organizada alrededor de los procesos) e incorporar todas las herramientas de la "digitalización" al servicio de una asistencia de mayor calidad, más accesible e inmediata. Se deberían, por tanto, desarrollar potentes departamentos de sistemas de información y "digitalización" de la asistencia que trabajen en estrecha colaboración con los clínicos para que sirvan de soporte a la gestión clínica. La digitalización facilitará contar con la historia clínica electrónica, compartida en repositorios de acceso controlado pero común o universal y cuya seguridad y confidencialidad de la información dada por cada paciente deberá estar garantizada, mediante una adecuada regulación que brinde confianza al paciente y al médico. Las tics, asimismo, posibilitarán el manejo comunitario y domiciliario de pacientes crónicos complejos, así como el seguimiento de pacientes con factores de riesgo elevado. También permitirán la descentralización de los servicios, llevando a los profesionales especializados a los centros de menor nivel de complejidad, superando obstáculos de acceso al cuidado de la salud, contribuyendo a mejorar la atención en salud. Por ello, la implementación de estas herramientas tecnológicas debe ser promovida por los centros médicos para lograr la atención descentralizada y las consultas médicas a distancia, buscando que el profesional de salud pueda hacer un seguimiento a sus pacientes sin necesidad de que estos se trasladen al hospital y brindar asistencia virtual en áreas que no cuenten con especialistas. Para conseguir aplicar estos procesos se requiere "integrar la prestación de servicios de diferentes centros", desarrollando "redes asistenciales" mediante una gestión que permita insertar al hospital dentro de la misma, desplazando la conceptualización del hospital como "institución cerrada" a ser la plataforma ("hub") para la actividad de las unidades y redes que prestan asistencia sanitaria en un ámbito geográfico determinado. En donde se tendería hacia la implementación del desarrollo de redes de laboratorios interconectadas con un laboratorio clínico central de ámbito regional y de "anillos radiológicos", que integrarán las unidades, servicios y profesionales clínicos y no clínicos que trabajan en las unidades de imagen de los distintos centros sanitarios, hospitalarios o no, estableciendo los estándares de calidad, poniendo a disposición de los distintos usuarios las imágenes y su interpretación. De allí, la propuesta de una

concepción de organización "dual", con dos estructuras, una jerárquica ("matricial"), enfocada al cumplimiento de objetivos, y otra "en red" (redarquía), centrada en promover la colaboración, autogestión e innovación. Proposición que implica que todos los hospitales deberían desarrollar un "plan director" que incorporará los elementos claves de la nueva organización (gestión por procesos, trabajo en red, ambulatorización, regionalización, humanización de la asistencia, etc.) y establecer una hoja de ruta para su progresiva transformación ⁽¹⁸⁹⁾.

Ojalá que en nuestra querida patria empecemos a realizar cambios que conduzcan a un sistema de atención coordinada, en donde todas las instituciones sanitarias cooperen según un plan, en donde el hospital puede ser la base de una organización para el mantenimiento de la salud. Que las valiosas opiniones de expertos en organización de sistemas de salud sean tomadas en consideración. Que los cambios planteados, adaptándolos a nuestra realidad, se ejecuten. Que "pasemos del pensamiento a la acción" para que nuestros hospitales no continúen trabajando de manera aislada, "sin formar parte de un sistema social y médico" sino brindando una atención de salud integral. Que los que tienen responsabilidad política comprendan que esta debe estar orientada a lograr el bienestar del mayor número de ciudadanos posibles y tomen consciencia de la necesidad perentoria de hacer realidad una política de salud que permita mejorar el sistema sanitario en nuestro país, teniendo en consideración algunos aspectos, tales como: "acercamiento de la inversión en salud al promedio latinoamericano del 6.6 % del PBI, cerrar la brecha de recursos humanos en salud, necesaria inversión a corto y mediano plazo para remontar la capacidad instalada inadecuada, cerrar las brechas tecnológicas no sólo de equipos médicos y no médicos sino también de los procesos de atención que aproximen a una asistencia con calidad integral, replantear la organización de servicios, revisando y completando las normas sobre Redes Integrales de Salud, a fin de su pronta instalación como respuesta a la fragmentación y a la demanda creciente" ⁽¹⁹⁰⁾.

Redes en las que el hospital, origen de la mayoría de los sistemas sanitarios, sea el pedestal de la anhelada "atención integral de calidad", en donde se continúen formando los recursos o capitales humanos en salud y se favorezca la investigación destinada a buscar solución a los problemas de salud de la población. Instituciones que utilicen adecuadamente los avances tecnológicos, tanto de equipos médicos como de tecnologías de información y comunicación (TIC), medios que empleados convenientemente tienen gran importancia en el sector salud puesto que permiten facilitar la atención y cuidado de los pacientes, así como mejorar la educación, la investigación y la administración. Por ello, es importante que en nuestro país se hagan los esfuerzos necesarios para aprovechar los beneficios de las presentes y futuras herramientas tecnológicas destinando recursos suficientes para permitir

una infraestructura informática de la salud básica, capacitando adecuadamente a sus profesionales en la utilización de estas y estableciendo apropiados programas de evaluación. Hay señales positivas reflejadas en la promulgación de normas cuya correcta aplicación permitirá mejorar la salud, ejemplo de ello es el relacionado con la telesalud. Al respecto, en el año 2016 se emitió la Ley N.º 30421, la misma que en su artículo primero señala: "La presente ley tiene el objeto de establecer los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telesalud como una estrategia de prestación de servicios de salud, a fin de mejorar su eficiencia y calidad e incrementar su cobertura mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) en el sistema nacional de salud" ⁽¹⁹¹⁾.

La pandemia, confirmando que las dificultades o necesidades ayudan a evolucionar, han dado lugar al incremento de la teleorientación, consejería y asesoría, así como el telemonitoreo al paciente y motivado la normatividad de la telesalud, la creación de la Red Nacional de Salud, mediante la emisión en el año 2020 del Decreto Legislativo 1490 que en su artículo primero expresa: "El presente Decreto Legislativo tiene por objeto dictar disposiciones destinadas a fortalecer los alcances de la telesalud" ⁽¹⁹²⁾.

Normatividades que van permitiendo mejoras en la telemedicina, tanto a nivel del Ministerio de Salud como de ESSALUD, tales como la creación de centros de lectura de imágenes, la implementación de teleconsultas y programas de telecapacitaciones.

Iniciamos estas páginas señalando que el ser humano siempre está pensando en el futuro, tal vez por ello René Dubos ⁽¹⁹³⁾ nos recuerda una frase, sacada de Víctor Hugo: "Desde hace siglos, soñando, el género humano camina hacia adelante" y, al analizar esta marcha nos trae a la memoria el "mito de Prometeo" de Platón. El héroe que al dar a la especie humana el fuego de Hefesto y el saber de Atenea la ha conducido hacia la civilización.

Y, en otra de sus obras, el médico, filósofo, investigador y escritor mencionado ⁽¹⁹⁴⁾ al reflexionar sobre los logros de la Ciencia de la Salud manifestaba su preocupación por que "la civilización científica amenaza con degradar y aún con destruir la vida y de ocasionar una gran desdicha cada vez que pasa por alto o arrolla los valores éticos y emocionales que el hombre aprecia más que la vida misma". Condición moral considerada, también, en el relato mitológico cuando Zeus envía a Hermes para que transmita esa fundamental dimensión humana que nos permite un auténtico progreso a la civilización y que, así mismo, es reflejada en el sentido optimista del autor citado previamente cuando expresó: "El hombre ha elegido luchar, no necesariamente para sí mismo, sino para un proceso de crecimiento emocional, intelectual y ético que estarán siempre en marcha".

Por ello, abrigamos la esperanza, “fuerza fundamental de las innovaciones”, de ver el hospital del futuro cumpliendo su importante papel en base a lo positivo de los avances tecnológicos y, sobre todo, teniendo siempre presente su rico pasado humanístico: amor y caridad. Sentimientos que nunca deben faltar en cumplimiento de nuestra noble misión porque, como decía el maestro Español Pedro Piulach ⁽⁹³⁾, tenemos que ejercer nuestra profesión “bajo el signo de la caridad. Sin ella, toda la ciencia y toda la técnica se estrellan en la impotencia y en la ineficacia, ...El médico consciente de su profesión ha de velar por el mantenimiento de las más puras esencias de la medicina y conservar una absoluta fidelidad al sentido cristiano de su ejercicio. Para ello ha de pedir a Dios, que cada día le haga más receptivo al dolor de los que sufren...”.

REFERENCIAS

1. **Alcalá Galve, Ángel.** Medicina y Moral en los discursos de Pío XII, Taurus Ediciones, Madrid, 1959. p.37, 69, 92-123, 224, 225, 425-428.
2. **Chávez, Ignacio.** Humanismo médico, Educación y Cultura, Conferencias y Discursos. Editorial de El Colegio Nacional, México, 1978. p.55, 246, 364, 481- 482, 502.
3. **Ortega y Gasset, José.** Misión de la universidad y otros ensayos afines. 6ª. Edición en castellano, Revista de Occidente S.A. Madrid 1976. p. 101.
4. **Historia Universal,** Tomo 1, los orígenes, Salvat Editores S.A. año 2005. p.138-39, 202.
5. **Turnes, Antonio L.** Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas, PDF, 14 set 2009, acceso 5 de enero 2019 –[http://www.smu.org.uy/dpme/hmedic.p. 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 15, 20, 22, 23, 29, 30, 32, 78, 84, 85, 86.](http://www.smu.org.uy/dpme/hmedic.p.3,4,5,6,7,9,10,15,20,22,23,29,30,32,78,84,85,86)
6. **Foucault, Michel.** Incorporación del hospital en la tecnología moderna, en Edu Med Salud, vol.12, No.1. p. 20-35.
7. **Crónica de la medicina,** Plaza - Janés editores, segunda edición en español, publicación exclusiva para Grünenthal, impreso en Colombia, 1996. p. 50, 66, 68, 75.
8. **Bon, Henri.** Medicina Católica, Traducción Española por Sánchez de Rivera y Moset, Editorial Poblet, Buenos Aires, 1940.p. 569.
9. **Gargantilla Madera, Pedro.** Breve historia de la medicina, del chamán a la gripe A. 2011 www.librosmaravillosos.com: Colaboración de Sergio Barros. Preparado por Patricio Barros. p.111, 112, 141.
10. **Gallent Marcos, Mercedes.** Historia e historia de los hospitales, Universitat de Valencia, búsqueda en Google académico, acces 212 de enero, 2014, revista de historia medieval, número 7. p.185-187.
11. **Laín Entralgo, Pedro.** Historia de la medicina, Salvat Editores, primera edición, reimpresión, Barcelona- España, 1978. p.177, 381-383, 541-543, 669, 671.
12. **Robinson, Víctor.** La Medicina en la historia, su lucha contra el dolor, el fanatismo y las supersticiones, Ediciones del Tridente, Buenos Aires, 1947. p. 147.
13. **De Micheli, Alfredo.** Entorno a la evolución de los hospitales. Gac. Méd. Méx, México, v. 141, n. 1, p. 57-62, feb. 2005. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001638132005000100010&lng=es&nrm=iso>. acceso en 08 jul.2020.
14. **Garrison, Fielding H.** Introducción a la historia de la medicina, traducida de la segunda edición inglesa por Edmundo García del Real, Copyright By Calpe, 1921.Tomo I: p.170-171, 172, 315, 439.

15. **Porter, Roy.** Breve historia de la medicina, las personas, la enfermedad y la atención sanitaria, Traducción de: Irene Cifuentes y Teresa Carretero, editora Taurus minor, en PDF. p. 211-214, 220-222, 224, 226-228, 231.
16. **Charles Singer y E. Ashwort Underwood.** Breve historia de la medicina, traducción al español y con un apéndice sobre la medicina española por José María López Piñero. Ediciones Guadarrama, Madrid, 1966. p. 660-665.
17. **Moll, Aristides A.** Aesculapios in Latin America, W.B. Saunders Company, 1944. p.139, 140, 150.
18. **Martínez Barbosa, Xochilt; y Sanfilippo Borrás, José.** Imágenes de Hospitales de la ciudad de México a lo largo de 400 años, Instituto de Historia, UNAM, 1956, Vol I. p. 4, 5, 8.
19. **Ugarte Taboada, Claudia.** Historia de los servicios de emergencia de Lima y Callao. Rev Med Hered [online]. 2000, vol.11, n.3 [citado 2020-07-09]. p.97-106.
20. **Barreda R.** La historia de los hospitales en el Perú. barredacybertesis-upc.edu.pdf. [https://www.fundacionsigno.com bazar PDF](https://www.fundacionsigno.com/bazar/PDF). p. 36, 37, 39, 42
21. **Foucault, Michel.** El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica, Siglo XXI editores, Argentina S. A, 1ª. Edición, 1ª. Reimpresión, Buenos Aires, 2004. p. 88, 130, 654.
22. **Laín Entralgo, Pedro.** Historia de la medicina moderna y contemporánea, Editorial Científica- Médica, impreso en España, 1963. p. 226, 229, 357, 654.
23. **Gracia, Diego.** El nacimiento de la clínica y el nuevo orden de la relación médico-enfermo. PDF. p. 277, 278, 279, 280.
24. **Feight, John.** Foundation for Hospital Art, 1984. [https://www.hospitalart.org founder](https://www.hospitalart.org/founder)
25. **Castells, Manuel.** La cuestión urbana, Siglo XXI editores, cuarta reimpresión 2014, México D.F. p.16.
26. **López de Lucio, Ramón.** Ciudad y urbanismo a finales del siglo XX, Universitat de Valencia Servei de Publicacions 1993, Edita: Servei de Publicacions Universitat de Valencia I.S.B.N.: 84-370-1439-5 Dipòsit legal: V-4259-1993 Imprimeix: Guada Litografía, S.L. Carni Nou de Picanya, 3 46014-Valencia. p: 44, 45, 47, 92, 102-104.
27. **Montiel Alvarez, Teresa.** Ebenezer Howard y la Ciudad Jardín. ArtyHum, Revista digital de Artes y Humanidades. Vol.9, 2015, p.118-123. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/teresa.montiel.alvarez/15.pdf>
28. **Szmelter, T Alicja; and Zdunek-Wielgolaska, Justyna.** The History of City Planning at the Faculty of Architecture, Warsaw University of Technology, Theory and Practice To cite this article: 2019 IOP Conf. Ser.: Mater. Sci. Eng. 603 042033, pdf.
29. **Le Curbosier; y Sert, Josep Lluís.** 1933. Carta de Atenas (carta de planificación de las ciudades), redactado con motivo del IV congreso de arquitectura. Fuente: <http://www.wetsav.upc.es/personals/monclus/cursos/CartaAtenas.htm> (acceso 4/11/2020).
30. **Kuroiwa, Julio.** Reducción de desastres, viviendo en armonía con la naturaleza, primera edición, impresión: Quebecor World Perú S.A., Lima enero 2002. p.38, 84, 392, 405.

31. **OMS.** Comunicado de Prensa, 7 de abril de 2010/Ginebra.
32. **Plan Nacional de Desarrollo Urbano.** "Perú: territorio para todos". Lineamiento de políticas 2006-2015, Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. [https://eudora.vivienda.gob.pe/Plan PDF](https://eudora.vivienda.gob.pe/Plan%20PDF).
33. **Sigerist, Henry E.** La Medicina y el Bienestar Humano, Ediciones Imán, Buenos Aires, 1943. p. 147.
34. **Capel, Horacio.** A modo de introducción: Los problemas de las ciudades, urbs, civitas y Polis. Mediterráneo Económico 3. Universidad de Barcelona. [https://www.diba.cat/document_library/get_file PDF](https://www.diba.cat/document_library/get_file%20PDF)(acceso 14/08/17).
35. **Gratacós Batlle, Ricard:** El impacto urbano de los edificios hospitalarios. ricard.gratacos@upc.edu. <https://aeih.org/Articulos>.
36. **Bambarén Alatrística, Celso; y Alatrística de Bambarén, Socorro.** Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros, SINCO editores, 1ra. Edición, diciembre de 2008. p.9, 23-27, 72, 84, 100-101.
37. **Normas técnicas para proyectos de arquitectura hospitalaria.** Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Para las Personas, Decreto Supremo N.º. 005-90SA, otros decretos: 039 y 063-70, marz1996, p.33, 46, 139.
38. **I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España,** Por un nuevo paradigma, el Diseño para Todos, hacia la plena igualdad de oportunidades (Secretaría de Asuntos Sociales de España), p.9, 46.
39. **Normas técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de emergencia de establecimiento de salud.** Publicado en Julio del 2000 por la Dirección Ejecutiva de Normas Técnicas para infraestructura en salud. www.minsa.gob.pe/og.
40. **Marsh, Henry.** Ante todo, no hagas daño. Traducción del Inglés por Patricia Antón de Vez, Ediciones Salamandra, 8ª. Edición 2016, p.31, 32,126, 214, 275.
41. **Aalto, Alvar.** La humanización de la arquitectura, edición a cargo de Xavier Sust, segunda edición 1982, Tusquets editores S.A. Barcelona, p. 27, 73.
42. **Canales Cifuentes, Claudio.** Arquitectura hospitalaria. Hospitales de niños en Santiago: de la humanización del hospital pediátrico a la arquitectura sanitaria. Revista electrónica DU&P. Diseño urbano y paisaje, vol V No 13, Universidad Central de Chile, Santiago, abril 2008. P.15 (entrevista a Alberto Marjovsky y Esteban Urruty).
43. **Blanco, Claudia.** Humanización de la Atención en Salud desde la Arquitectura, consultora de Héctor Mario Mejía, MD, y equipo de Hospital Design & Quality, 7 tendencias actuales en infraestructura hospitalaria. [https://www.catalogodesalud.com/temas/7 tendencias](https://www.catalogodesalud.com/temas/7-tendencias).
44. **Correa, Ione y Guedelha Blasi, Debora:** Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. Invest.Educ. Enferm vol. 27 N° 1, p. 46-53, pdf. Medellín Jan-Jun 2009 (acceso 6 IX- 17), online versión ISSN 2216-0280). <http://www.Scielo.org.co>.

45. **Guzman Moreno, Susy Cecili.** Efectividad de la Musicoterapia para el manejo del dolor en el paciente sometido a una intervención quirúrgica URL: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle>, 2016.
46. **Unamuno de, Miguel.** Del sentimiento trágico de la vida, colección "Los Grandes Pensadores", editorial Sarpe, 1984, p. 25, 204.
47. **Coelho, Paolo.** reflexiones de Dios y un ateo, www.paulocoelhoblog.com - Tao espiritualidad y otras cosas (cita a Nikos Kazantzakis).
48. **Pan American Health Organization (PAHO) / Organización Panamericana de la Salud (OPS).** Análisis de Riesgo en el Diseño de Hospitales en Zonas Sísmicas 1989, p.203 www.inti.gob.ar/Cirsac/pdf/acciones.
49. **Bambarén Alatrística, Celso; y Alcántara Lázaro, Ana.** Salud Pública en el Perú, Aproximaciones y nuevos horizontes, U. P. Cayetano Heredia, Fac. de Salud Pública y Administración, 2014. p 81, 82, 83, 84, 86, 88.
50. **Laín Entralgo, Pedro.** La relación Médico-Enfermo, Historia y teoría, Revista de Occidente, S.A., Madrid - 1964, p.11, 15, 16, 21, 24, 25, 259 - 297, 443, 447-8.
51. **Ortiz, R; Muñoz, S; Torres, E.** Satisfacción de los Usuarios de 15 Hospitales de Hidalgo, México. Rev Esp. Salud Pública 2004. P. 78.
52. **Falcón Díaz Marcia y col..** Situación de la bioética. Hospital 27 de noviembre. Consolación del Sur, Pinar del Río 2012. <https://www.monografias.com/trabajos92/situacion>.
53. **León R Tomás; Bedregal Paula; Shand B Beatriz.** Prevalencia de problemas éticos en Servicios de Medicina, desde la perspectiva del paciente. Rev. méd. Chile v.137 n.6. p.759-765. Santiago jun. 2009 <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-8720090006000005>.
54. **Figari Sánchez, Luz C.** Percepción de la calidad de atención en la consulta externa de pediatría Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, EsSalud, Ica, Tesis para optar Grado Académico de Magister en Salud Pública, Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" Ica, 2006.
55. **Casalino-Carpio, Guillermo Ernesto:** Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual, <http://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/304>, Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, octubre- diciembre 2008, Vol.21, N.º 4.
56. **Hailey, Arthur.** Diagnóstico Final, Emecé Editores, Buenos Aires, 1971. p.378.
57. **Medrano Herencia, Justo.** Historia de los hospitales, pdf, [www. Ramcv. Com/ Anales/2012/ VI.II.02](http://www.Ramcv.Com/Anales/2012/VI.II.02), 15 de febrero 2012.
58. **Plata Rueda; Leal Quevedo; Mendoza-Vega.** Hacia una Medicina más Humana, Editorial Médica Internacional Ltda., primera edición 1997. p.17, 4970, 85-91, 94.
59. **Goleman, Daniel.** La inteligencia emocional, Javier Vergara Editor S.A, Buenos Aires, Argentina, 1996, p.123-124, 198, 217.
60. **Maguiña Vargas, Ciro.** "Ser médico en el Perú" vivencias y algo más, 2da. edición, octubre 2005, p. 47-8, [es.slideshare.net/libro- ser médico-en-e-per](http://es.slideshare.net/libro-ser-medico-en-e-per).28 de octub.2013.

61. **Reyes Solari, Esperanza.** En nombre del Estado, servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú, Serie salud y sociedad, Instituto de Estudios Peruanos, 1ª. Edición, diciembre de 2007, pag 15.
62. **Codem:** Protocolo de acogida del paciente-Codem, www.codem.es/adjuntos/.../55975b8c-pdf, 18-junio2014.
63. **Escardó, Florencio.** El Alma del Médico, Editorial Assandri, Cordoba-Rep. Argentina, segunda edición, 1956, p. 26, 27, 41, 104, 105.
64. **Slaughter, Frank G.:** Nadie debería morir..., traducción de José Onrubia, Editorial Planeta, 1967, Ediciones G.P., Barcelona, p.15, 28, 129-130.
65. **Blanton, Smiley.** Magia del contacto humano, Selecciones Reader's Digest, Antología de Aniversario, Edición extraordinaria por 60 aniversario, año 2000, p. 67-70.
66. **Vásquez Palomino, Francisco.** El médico como esperanza de vida, actualizaciones acerca de la relación médico-paciente, Impresión en Servicios gráficos JMD, S.R.L., Lima 2012, p. 29, 47, 113, 145, 187.
67. **Max Simon.** Deontología Médica, treinta lecciones sobre los deberes de los médicos, escrita en francés, arreglada al Castellano por don Francisco Ramos y Borguella, Madrid-1852, imprenta del Boletín oficial del ejército, p. 223, 263.
68. **Gil Yépez, C.** Introducción a la medicina antropológica, Universidad Central de Venezuela, organización de Bienestar estudiantil, Caracas, 1974, p. 77,193 -195, 214-215, 249- 250.
69. **Luban- Plozza B. y Poldinger W.** El enfermo psicossomático y su Médico Práctico, 2da. Edición castellana, Ediciones Roche, 1986, p. 223, 224, 230, 232.
70. **Kretschmer P. Wolfgang.** El Médico en la sociedad actual, crisis y futuro de una vocación, Univ. de Chile, Santiago 1961, p. 47, 73.
71. **Jiménez Díaz, Carlos.** Los Métodos de Exploración Clínica y su valoración, el médico explorando a su enfermo, Editorial Paz Montalvo, 2da. Edición, 1972, Madrid, prólogo de la 1ª. Edición, p.7, 8, 9, 10.
72. **Risak, Erwin:** "El ojo clínico", traducción de la 5ta. Edición Alemana por el Dr. Alfonso de Uribe Farfán, Editorial Labor, S.A., 1942, p.9, 25.
73. **Mac Bryde Cyril Mitchell y Blacklow Robert Stanley.** Signos y síntomas, fisiopatología aplicada e interpretación clínica, 5ta. Edición, traducida por el Dr. Santiago Sapiña Renard, 2da. Reimpresión, México, 1975, prefacios de 1ª. y 5ta.edición.
74. **Harvey A. M. and Bordley J.** Differential Diagnosis, The interpretation of clinical evidence, W.B. Saunders Company, second edition, 1970, p.2, 3, 6.
75. **Laín Entralgo, Pedro.** El diagnóstico médico, historia y teoría. Salvat Editores, S.A., Barcelona (España), 1982, p.127-130.
76. **Seguín, Carlos Alberto.** Tú y la Medicina, Universidad Mayor de San Marcos, Nov. 1995, p.37- 41, 43, 44, 45, 72-73.

77. **Hailey, Arthur.** Medicina Peligrosa, Colección Planeta Serie Oro, Editorial Planeta S.A. Barcelona 1984, segunda reimpresión, México 1987, p.261.
78. **Laín Entralgo, Pedro.** Marañón y la relación entre el médico y el enfermo, Centro de Investigaciones de Historia de la medicina de la Universidad de Chile, 1962, p. 18.
79. **Caro, Guy.** La medicina impugnada, la práctica de la medicina en la sociedad capitalista, Editorial Laia S.A., Segunda edición, Col. Ediciones de bolsillo, Barcelona, 1977, p. 35, 36,47,48, 99, 100, 102.
80. **Espinosa, Rubén; y López, Roberto.** Salud Pública en el Perú, aproximaciones y nuevos horizontes, 1ra.edición, Lima diciembre 2014, p. 41- 53.
81. **Paquien, Gastón.** Herejías Médicas, talleres gráficos Ferrari Hmnos, Buenos Aires, 1940, p. 28
82. **Perales Cabrera, Alberto.** Academia Nacional de Medicina, Lima 2015: Calidad de atención médica, aspectos éticos, p. 50 -55.
83. **Czernik, Zuzanna MD; t Chang, Robert MD; Chopra, Vincet MD, MSc.** A Counterintuitive tool for connected care. Annals of Internal Medicine.Latest Froom annals-july 16, 2019, Ideas and Opiniones.
84. **Plumed Moreno, Calixto.** Una aportación para la humanización. Archivo hospitalario 2013, fecha de presentación: 13-7-2013. Archivo hospitalario (II) 261-352, ISSN: 1697-5413. acceso 15 enero-2016, p.265, 266, 267, 270.
85. **Osler, W.** Aequanimitas, Versión Castellana del Dr. Aristides A. Moll, The Blakiston company, Filadelfia, tercera edición 1942, p 153-165, 330.
86. **Alcaraz López, Gloria; Zapata Herrera, Marleny; Gómez Gómez, Margarita; Tavera Agudelo, Edison.** Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo, Investigación y Educación en Enfermería, vol. 28, núm. 1, marzo, 2010, p. 43-53 Universidad de Antioquia Medellín, Colombia.
87. **Normas y disposiciones del Colegio Médico del Perú,** 2018, p.149.
88. **Seguín, Carlos Alberto:** La enfermedad, el enfermo y el médico, Ediciones pirámide, S.A, Madrid, 1982, p.120, 122, 123.
89. **Andino Acosta, Carlos Andrés.** Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. Revista Colombiana de Bioética, vol. 10, núm. 1, enero-junio, 2015, p. 38-64. Universidad El Bosque Bogotá, Colombia.
90. **La medicina interna como modelo de práctica clínica.** XXV Aniversario de la Sociedad de Galega de Medicina Interna (SOGAMI). [https://meiga.info docs libro mimpe PDF](https://meiga.info/docs/libro_mimpe_PDF). Prólogo, p.12, 15, 77, 219.
91. **Bustamente Ruiz, Carlos.** Ética, Medicina y Sociedad, Lima, 1985, p. 16, 59.
92. **Carrel, Alexis.** La incógnita del hombre. Joaquín Gil-Editor, Buenos Aires, 1959, p.57, 62, 64.
93. **Piulachs, Pedro.** La Enfermedad y el Enfermo. Editorial Toray, S.A. segunda edición, Barcelona. 1976, p.59, 60, 62, 64, 138-140.

94. **Epstein, Fred; Fantle Shimberg E.** Sin margen de error. Selecciones Reader's Digest, set. 1993. p. 132.
95. **Leriche, René.** Filosofía de la cirugía. Traducción del francés de Julio Gómez de la Serna. Editorial Colenda, Madrid, 1951, p.7, 8, 33, 34, 36, 38, 41, 42, 43.
96. **Majocchi, Andrea.** La vida de un cirujano. Santiago Rueda -Editor, Buenos Aires 1953, p. 30, 141.
97. **Leboyer, Frederick.** Youtube. Marisol Paredes. 25 nov.2013. Entrevista a Frederick Leboyer.
98. **Organización Mundial de la Salud:** Recomendaciones sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985 y recomendaciones de la OMS para la Atención Intraparto 1999.
99. **Valenzuela Mujica, María Teresa; Uribe Torres, Claudia; Contreras Mejías, Aixa.** Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno, Scielo Index Enferm vol.20 n°.4 Granada oct./dic. 2011).
100. **Cabrera Ditzel, Jorge.** Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile. Renacer del parto natural. Rev. chil. obstet. ginecol.2003; 68 (1):65-67.
101. **Escardó, Florencio.** Qué es la pediatría. Colección esquemas, editorial Columba. Segunda edición, Buenos Aires, 1965, p.23, 24, 39, 40.
102. **Barrera Q., Francisco; Moraga M. Francisco; Escobar M. Sonia, Antilef H. Rosa:** Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: análisis histórico y visión del futuro, Rev Chil Pediatr 2007; 78(1):85-94.
103. **Carta Europea de los Niños hospitalizados.** <http://www.lecturafacil.net> media resources, PDF.
104. **Soares Albano, Maira Aparecida y Correa, Ione.** Lectura de cuentos infantiles como estrategia de humanización en el cuidado del niño encamado en ambiente hospitalario. Investigación y Educación en Enfermería, vol. 29, núm. 3, octubre-diciembre, 2011, p. 370-380. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia.
105. **Gordon, Noah.** El Médico. Traducción de Iris Menéndez, Roca Editorial de libros, S.L., duodécima edición, nov. de 2010, Barcelona, p.201.
106. **Pelayo Vilar, Puig.** Seminarios sobre el ejercicio actual de la medicina, Ética y urgencias médicas, 2003. www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/po_nencia_ago_2k3.htm.
107. **Garrido, Juan Antonio; Solloso, Carmen.** Relación médico-paciente, asistencia y problemas éticos en el servicio de urgencias. Ética de los Cuidados. 2008 ene-jun; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6735.php>> Consultado el 10 de Julio del 2020.
108. **Pérez Morales, Aurora.** Problemas éticos en la atención de urgencias. Descripción de experiencias. Revista Cubana Enfermer 1999; 15(2):133-40. <http://scielo.sid.cub/pdf/enf/v15/n2/enf14299>.
109. **Iona, Heath.** Ayudar a morir, con un prefacio y doce tesis de John Berger, Editorial Katz, primera edición, 2008, p.8, 20, 25.

110. **Maglio Francisco, P.** Ética médica frente al paciente crítico. IntraMed Humanismo y medicina, 14 oct 13.<https://www.intramed.net>.
111. **Galdamez Núñez, Carmen.** La enfermería y la bioética ante pacientes críticos en la medicina intensiva, Cuadernos de Bioética 1998/4", p. 749-754, pdf.
112. **Picard-Amí, Alberto.** Bioética de la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Med Cient [Internet]. PDF publicado 10 de agosto de 2010 [citado 20 de febrero de 2021]; 16(2). Disponible en: <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/205>.
113. **Hernandez-Zambrano, S. M.; Carrillo-Algarra, A. J., Torres Pachon, L. B., & Herrera-Cristancho, D. M.** (2019). Escalas para medir necesidades de cuidado en pacientes, familia y profesionales que se enfrentan al final de la vida en la UCI. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23(54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.30>, p. 345-359.
114. **Rubio Rico Lourdes, Cosi Marsans M.; Martínez Márquez C.; Miró Borrás A., Sanz Riba L.** Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. Elsevier enferm intensiva 2006; 17(4): 141-153, acc.8-1-16.
115. **Gabriel Heras.** proyecto HUCI video, Youtube, 24-junio-2017. www.humanizandolooscuidadosintensivos.com- acc. 10-1-16.
116. **Marco Valerio Marcial.** (poeta latino, 40 d.C-104): mundifrases.com, <https://www.mundifrases.com>.
117. **Vásquez Palomino, Francisco.** La relación entre médico y paciente grave, un problema de la medicina. Fondo editorial Universidad Científica del Sur, primera edición 2007, p.68, 72-75, 92-97.
118. **Isa de Fonnegra de Jaramillo.** El médico ante el sufrimiento del paciente que enfrenta su muerte, Ars Medica, Revista de Ciencias médicas, 333Documento principal (texto)-1236-1-10-20160822 pdf.
119. **Taboada R., Paulina.** El derecho a morir con dignidad, Scielo, Acta bioeth. v.6 n.1 Santiago jun. 2000.
120. **Kubler-Ross, Elisabeth.** Sobre la muerte y los moribundos.1º edición: Debolsillo, 2014. Traducido por Neri Daurella. P.346
121. **Perales Cabrera, Alberto.** Calidad de atención médica: aspectos éticos, Academia Nacional de Medicina, Lima-Perú, 2015, p. 45-55.
122. **Bandrés-Sánchez Ma. Pilar.** Bullying al equipo de salud. Revista de la Soc. de Medicina Interna, enr- marz 2007, p. 28-34).
123. **Tena Tamayo, Carlos; Sánchez González, Jorge Manuel.** Medicina asertiva, una propuesta contra la medicina defensiva. Ginecología y obstetricia de México, 2005, Número 10. p.553-559 (ISSN-0300-9041) Volumen 73, Núm. 10, octubre, 2005.

124. **Gracia G., Diego.** Discurso de precepto: "Medice cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales médicos". Sesión del 13 de enero del 2004, Real Academia Nacional de Medicina de España.
125. **Paz Soldán, Carlos E.** Salud y Libertad, Oraciones de un creyente. Biblioteca de Cultura Sanitaria, Lima 1953, Introducción.
126. **Markel, Howar.** Dilemas éticos en la era del Coronavirus: ¿Qué vidas se deben salvar? Entrevista. Los Ángeles Time 5 abr. 2020 Karen Ducey / For The Times, Jenny Jarvie is a national reporter for the Los Angeles Times.
127. **Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias:** www.semicyuc: Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos, marzo 2020, p. 6-15.
128. **MINSA:** Documento Técnico. Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19, mayo 2020, 1ª. Edición, junio.
129. **Sánchez Cabrera, Alejandra.** Objetivo: Dignificar la muerte en la pandemia. Revista Argentina de Medicina, Vol. 8, n°3 set 2020, pdf.
130. **Rojas Miranda, Daniela.** Héroes de la salud: la romantización de la precariedad y el riesgo. Bioética Complutense. Revista de Bioética 39, junio 2020, p.45-51.
131. **Gracia Diego:** Cincuenta años después. Bioética Complutense: Revista de Bioética 39, junio 2020, p.5-6.
132. **La pandemia COVID-19 vista por los expertos en bioética.** Bioética Complutense: Revista de Bioética 39, junio 2020, p. 7-28.
133. **Papa Francisco:** Carta Encíclica Fratelli Tutti, sobre la fraternidad y la amistad social, 3 de octubre de 2020.<http://www.vatican.va/encyclicals/documents>.
134. **Gorman, Amanda.** "Coro de los Capitanes". Poema en honor a los héroes de la pandemia. <https://www.20minutos.es>.
135. **Camus, Albert.** La peste. Colección Premios Nobel de El Comercio. Editorial Sol, 2003.
136. **García Márquez, Gabriel.** Cien años de Soledad. Editorial La oveja negra, 2da. Edición, 1982.
137. **Saramago, José:** Ensayo sobre la ceguera, Colección Premios Nobel. El Comercio. Editorial Sol, 2003.
138. **Nadal, Andrés:** La peste Antonina y una reflexión para nuestros días de pandemia. video - 18 de nov. del 2020.
139. **Valdés, Alexis:** "Esperanza" (poema). <https://criterio.hn/esperanza-el-poema-del-cubanoale.4> abril 2020.
140. **Venturelli, José.** Educación médica: Nuevos enfoques, metas y métodos, Serie PALTEX salud y sociedad 2000 N°8, Organización Panamericana de Salud 2003, Prólogo a la 1ª. Edición, p.2, 35, 36, 37, 164-166.
141. **Arias Congrains, Jaime.** Planteamientos Fundamentales de la Renovación Universitaria, 3ra. Edición, Lima Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2011, p. 56,57.

142. **Seguín, Carlos Alberto.** La preparación psicológica del estudiante de medicina, Imprenta de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1964, p.30, 35, 51, 252, 253.
143. **Testa, Mario.** Pensar en salud. Publicación N°21, OPS, 1989, p. 16, 19, 33, 46.
144. **Jovell Fernández, Albert J.** El Futuro de la Profesión Médica, Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Fundación Biblioteca Josep Laporte, marzo 2001, pdf. P.12-16, 17, 19, 26, 32-34, 37-39, 42-43, 49-51, 72, 84-85, 8788, 93, 96, 98, 102,104-105, 109-110, 115-116, 118, 122, 123, 129, 146,-149.
145. **Bridge Edward, M.** Pedagogía Médica: Publicación Científica N°122, diciembre de 1965, Organización Panamericana de la Salud. introducción, p. 78, 117, 123, 124, 135, 196, 197, 222-224.
146. **Delgado, Honorio.** La formación espiritual del individuo: psicología, educación, higiene mental, sexta edición, Lima 2011, Universidad Peruana Cayetano Heredia, p. 49, 67, 90.
147. **Batista Nildo, Alves; y Batista Silvia, Helena:** Docencia em Saúde: temas e experiencias, Editora SENAC, Sao Paulo, 2004, Introducción, p. 17, 19, 20, 21, 154, 155, 156, 173, 185.
148. **Kassirer J.; Wong J.; y Kopelman R.** Manual de razonamiento clínico, 2da. Edición, Wolters Kluwer/Lippincott-Wilkins, traducción de Fernando Fontán, edición en español 2011, prólogo, prefacio a la 2da. Edición, p.55.
149. **Neves Marins, Joao José; Rego Sergio, Barbosa Lampert Jadete; Correa de Araujo, José Guido.** Educacao Médica Em Transformacao, Instrumentos para a Construcáo de Novas Realidades, Editora HUCITEC, Associacao Brasileira de Educacao Medica, Sao Paulo, 2004. p.40-61, 97-108, 121.
150. **Foucault, Michel.** Nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica, S. XXI, editores, Argentina S.A., 1ª. Edición 1ª. Reimpresión,2004.- la elección de los hospitales, en el artículo "abus de Dictoniare de Médecine, Vicq d Äzyr", p.115, 126, 130.
151. **Dávila, Carlos.** Hospitales de enseñanza. Educación Médica y Salud. Abril-mayo-junio 1972. vol 6 N°2. p.117-129. Organización Panamericana de la Salud- Federación Panamericana de Asociación de Facultades (Escuelas) de Medicina.
152. **Núñez-Cortés, Jesús; Civeiro-Murillo, Fernando; Gutiérrez-Fuentes, José A.** El hospital Universitario del siglo XXI. [https://edumed 2011,14\(2\):83-89](https://edumed 2011,14(2):83-89).
153. **Soto Bunel, José.** Organización de la actividad docente en los hospitales: la docencia como eje estratégico del hospital, Elsevier- [https://www.elsevier.es/es-revista-educación médica-71-pdf \(acc-15/jun/2019\)](https://www.elsevier.es/es-revista-educación-médica-71-pdf (acc-15/jun/2019)).
154. **Morgan W.Jr.; Y Engel G.** Propedéutica Médica, traducida al español por la Dra. Irina Coll, Editorial Interamericana S.A, México, 1971, introducción.
155. **Garretón Silva, A.** Formación de la personalidad del Médico, 1967, Ediciones de la Universidad de Chile, p, 71, 73, 78, 117.
156. **Tamayo Muñiz, Salvador.** La Formación de los Médicos que necesitamos., Revista Cubana méd. vol.54 no 1, ciudad de la Habana, ener-mar 2015, editorial.

157. **Daniel Rojas.** Diario de un Interno de Medicina, Primera edición: Lima, octubre 2018, primera reimpresión, set. 2919, Instituto de Estudios Peruanos, p.11, 18, 34-35.
158. **Cronin A.J.** El médico de Lennox, La persona más inolvidable que he conocido. Selecciones Reader's Digest, Antología de Aniversario, México, 2000, p. 127-132.
159. **Davini, M.C.** Las residencias del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual, 1ª. ed.- Buenos Aires: OPS. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud. UBA. Instituto GinoGermani, 2003. PDF, acceso 20-agosto), p. 47, 59-60.
160. **Garmendia Lorena, Fausto.** El Residentado Médico en el Perú, Análisis Crítico del Residentado en el Perú. Academia Nacional de Medicina - Anales 2005-p.73-77.
161. **Burstein Alva, Zuño.** Historia de los programas de formación y titulación de médicos especialistas en el Perú. Rev. Perú. med. exp. salud publica vol.31 no.3 Lima jul./set. 2014.
162. **Seminario Internacional,** 25 aniversario del sistema Nacional de Residentado Médico, Taller Internacional "Experiencias Internacionales en la formación de Médicos Especialistas" Lima 26 y 27 de set.2001, CONAREME, 1ª. Edición. p. 23- 39.
163. **Consejo Nacional del Residentado Médico.** Plan Estratégico Institucional 2018-2022, V; 01/26.01.2018, Dirección: secretaría técnica. [http://www. Conareme.org.pe](http://www.Conareme.org.pe) documentos PDF.
164. **Listovsky, Gabriel.** La formación de formadores. Una aproximación a los procesos de formación en el mundo del trabajo en salud. Programa docente de la residencia de educación permanente en salud gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires Ministerio de Salud, año 2020, p.7, 8, 15.
165. **Hurtado Abadía, Alberto.** Oportunidad de Investigación Médica en los Hospitales. Rev Med Hered v.12 n.3 Lima ene./jul.2001. <http://www.Scielo.org.pe>.
166. **Nowinski, Aron, y Ripa, Julio C.** Educ Med Salud, Vol. 14, No. 4, 1980, p.355-370.
167. **García-Romero, Antonio; Escribano, Álvaro; Tribó, Josep A.** The Impact of health research on length of stay in Spanish public hospitals. Research Policy Elsevier Vol 46((3), p.591-604, abril 2017. <https://web.stevens.edu> ses documents PDF.
168. **Gutiérrez José A., Castell José V. y Monzó Ana.** La investigación clínica en el entorno hospitalario universitario, una necesidad. Mesa Redonda: La formación en investigación en el ámbito hospitalario, Scielo, isciiii.es., 2013.
169. **França Omar, Añon Fernando; García, Cristina; Grauert, Rosario; Nuñez, Julia; Wodowooz, Olga; Queirolo, Elena.** Ética en la investigación clínica, una propuesta para prestarle la debida atención. * Rev Med Uruguay 1998; 14: 192-201. <https://www.corteidh.or.cr>. PDF.
170. **Mancini Rueda, Roberto.** Normas éticas para la Investigación Clínica, Consultor Programa Regional de Bioética, OPS/OMS.<https://www.uchile.cl>. investigación publicaciones.
171. **Albornoz López del Castillo, C.; Agüero, A. Cabrera Y, Alonso C.:** Aspectos Éticos de la Investigación Clínica. Rev. Hum. Med. v.3 n.2 ciudad de Camaguey mayo-ago.2003. [http:// Scielo.sid.cu](http://Scielo.sid.cu).

172. **Ley Española 14/2007**, 3 julio, de investigación biomédica. "BOE" numero 159, 4 julio-2007. <https://www.boe.es/pdf/BOE-A-2007>.
173. **Ministerio de Salud- Instituto Nacional de Salud**. Modelo de Manual de procedimientos para Comités Institucionales de Ética en investigación en el Perú, Lima, 2013.
174. **Ministerio de Salud- Instituto Nacional de Salud**. Manual de procedimientos para la realización de ensayos clínicos en el Perú, Lima, 2012.
175. **Ministerio de Salud- Instituto Nacional de Salud**. Guía Nacional para la constitución y funcionamiento de los comités de ética en investigación en el Perú, Documento Técnico, Lima 2012.
176. **Najmanovich, Denise**. Mirar con nuevos ojos, nuevos paradigmas en la ciencia y pensamiento complejo. colección sin fronteras Editorial Biblos, 2008, p.56, 156, 171-181.
177. **Drucker, Peter**. El ejecutivo eficaz. Editorial Sudamericana S.A. Buenos Aires. Primera edición pocket, junio 1999, p. 91, 184.
178. **Acosta Chávez, Manuel**. El hospital del SXXI. https://usmp.edu.pe/horizonte/Art7_Vol08_N2.pdf.
179. **Senge, Peter**. La quinta disciplina, como impulsar el aprendizaje en la organización inteligente. Traducción Carlos Gardini. Ediciones Juan Granica S.A 1996, Barcelona, España, p. 180, 342.
180. **Covey Stephen, R**. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva, la revolución ética en la vida cotidiana y en la empresa. Editorial Paidós. Traducción de Jorge Piatigorsky. México, 1996, p. 227, 308, 311.
181. **Covey Stephen, R**. viviendo los 7 hábitos, historias que engrandecen. Editorial Grijalbo S.A. México, 2000, p. 160, 197.
182. **Boyett Joseph - Boyett Jimmie**: Lo mejor de los Gurús, Ediciones Gestión 2000 S.A. Barcelona 2003, p. 17-22.
183. **Fischman, Davis**. El Camino del Líder, historias ancestrales y vivencias personales. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) y El Comercio, enero 2000, p. 169, 178.
184. **Bennis, Warren**. Algunas Verdades sobre el liderazgo. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Centro de Salud Pública. Curso básico de Gerencia en Salud. Módulo: Gestión de Recursos Humanos, 1995, p. 77-80.
185. **Fukuyama, Francis**. Confianza (Trust), la situación del hombre en el fin de la historia, traducción de Dorotea Placking de Salcedo. Editorial Atlántida, Buenos Aires, 1996, p. 25, 51, 173-4.
186. **Macedo, Carlyle Guerra de**: Bol of Sanit Panam 102 (1, 2, 3, 4, 6), 1987.
187. **Paganini, José María; y de Moraes Novaes, Humberto**: El hospital público tendencias y perspectivas. Organización Panamericana de salud, 1994, editores. presentación.
188. **Cendorogio, Miguel; Pulgari, José L.; Gonzalez, Octavio; Gallardo Hernry, Campolino, Fabricio; Dellaferrera, Daniel; Johnson & Johnson Medical Devices & Diagnostics Group – Latin America**. El Hospital del Futuro, lecciones transformacionales aprendidas durante la

pandemia COVID-19, Agosto 2020. Value Connections. <https://www.jnjmedicaldevices.com/pdf> (acceso setiembre 2021).

189. **Sociedad Española de Medicina Interna:** El hospital del futuro. El papel del hospital en una asistencia sanitaria centrada en el paciente. - PDF 17 set. 2019. SEMI- IMAS. <https://www.fesemi.org/files/quienes-somos>. p. 12-16, 18, 20, 27-29, 32-33, 35, 38- 40.
190. **Tarazona Fernández, Augusto M.** La Salud en el bicentenario y perspectivas para un nuevo sistema de salud, Editorial, Acta Med Peru.2021; 38(2):87
191. **Ley N.º 30421.** Lima, al primer día del mes de abril de dos mil dieciséis. Luis Iberico Núñez. Presidente del Congreso de la República.
192. **Decreto Legislativo N.º 1490.** Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los nueve días del mes de mayo del año dos mil veinte. Martín Alberto Vizcarra Cornejo, presidente de la República.
193. **Dubos, René.** Elegir ser humano. Traducción de Marisa Olivera. Editorial Plaza & Janes, 1ra. Edición 1980, pág. 122.
194. **Dubos, René:** El espejismo de la Salud. Traducción de José Ramón Pérez Lías. Fondo de Cultura Económica, S.A. México. Segunda reimpresión 1986, pág. 34, 305.

ISBN: 978-612-49026-6-6



Juan Esteban Ceccarelli Flores

Estudió Medicina en la Universidad Central de Madrid (Complutense) - España.

Obtuvo títulos de especialista en Medicina Interna y Reumatología en la Universidad Mayor de San Marcos y el grado de Doctor en Medicina en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Ex decano del Consejo Regional IX - Ica del Colegio Médico del Perú.

Ex director adjunto del Hospital Regional de Ica (MINSa).

Ex decano de la Facultad de Medicina y Ex director de la Escuela de Posgrado de la Universidad "San Luis Gonzaga" - Ica.

