

# CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA



# CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

AE Dr. Raúl León Barúa

*"PROBLEMÁTICA SANITARIA NACIONAL: OPINIÓN INSTITUCIONAL"* recoge en este volumen las presentaciones realizadas en el simposio "Calidad de la Atención Médica: Una mirada al entorno" realizado en la Academia Nacional de Medicina el 29 de abril de 2014 por el Grupo de Trabajo "La Atención Médica" presidido por el AH Dr. Raúl León Barúa. Esta publicación tiene como objetivo difundir las exposiciones, las conclusiones y recomendaciones así como la opinión del grupo de trabajo encargado. Este material se pone al alcance de las autoridades, profesionales y la comunidad como una contribución de la ANM en cumplimiento de su rol consultor fundacional.

El contenido de esta publicación puede utilizarse citando su procedencia. Este documento tiene fines académicos y es de distribución gratuita.

La responsabilidad del contenido de las exposiciones editadas corresponde absoluta y totalmente a los autores de los temas o a la participación de los invitados.

La impresión de este libro se ha hecho con fondos aportado por el Ministerio de Salud.

**Foto de la Carátula:** Proporcionada por el AN Dr. Nelson Raúl Morales Soto.

Copyright © Academia Nacional de Medicina

Av. 28 de Julio 776, 8° Piso, Miraflores, Lima 18, Perú

[www.acadnacmedicina@org.pe](mailto:www.acadnacmedicina@org.pe) / [academianacionaldemedicina@gmail.com](mailto:academianacionaldemedicina@gmail.com)

**Tiraje:** 500 ejemplares.

**Fecha de Edición:** Diciembre 2015

**Fecha de Impresión:** Mayo 2016

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2015 - 11942

ISBN N° 978-612-45898-4-3

### **Edición**

Academia Nacional de Medicina

#### **Editor**

AH Dr. Raúl León Barúa

AN Dr. Nelson Raúl Morales Soto,  
*Coordinador de los Grupos de Trabajo*

AN Dr. Guillermo Quiroz Jara,  
*Coordinador de edición*

### **Impresión:**

Fusión Graph

*De: Ysmael Meléndez Osnayo*

RUC 10067258750

Pilcomayo 447 - Lima 5



## **ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

Fundada en 1888 por Ley del Congreso de la República

### **PROBLEMÁTICA SANITARIA NACIONAL: OPINIÓN INSTITUCIONAL**

## **CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**





ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

# CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

## Informe del Grupo de Trabajo

### **EDICIÓN**

Academia Nacional de Medicina

### **EDITOR**

AE Dr. Raúl León Barúa,

### **AUTORES**

AE Dr. Raúl León Barúa,

*Presidente*

AE Dr. Alberto Perales Cabrera

AE Dr. Melitón Arce Rodríguez

### **Expertos invitados:**

Dr. Fernando Carbone Campoverde

Dr. José Luis Calderón Viacava

AN Nelson Raúl Morales Soto  
*Coordinador, Grupos de Trabajo*

AN Guillermo Quiroz Jara,  
*Coordinador de edición*







**ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

**JUNTA DIRECTIVA 2013 - 2015**

AN Dr. Patricio Wagner Grau  
**Presidente**

AN Dr. Oswaldo Zegarra Rojas  
**Vicepresidente**

AN Dr. Nelson Raúl Morales Soto  
**Secretario Permanente**

AN Dr. Antonio Zavaleta Martínez-Vargas  
**Secretario Bienal**

AN Dr. Víctor Sandor Morales Corrales  
**Secretario Bienal**

AN Dr. Miguel Ricardo Sánchez-Palacios Paiva  
**Tesorero**

AN Dr. Walter Rafael Llaque Dávila  
**Bibliotecario**

AN Dr. Oscar Guillermo Pamo Reyna  
**Vocal**

AN Dr. Jesús Baldomero Valdez Herrera  
**Vocal**



# CONTENIDO

	Pág.
<b>Presentación</b> .....	13
♦ La figura del médico <i>AN Dr. Patricio Wagner Grau</i>	
<b>Preámbulo</b> .....	15
♦ El rol consultor de la Academia Nacional de Medicina en los problemas sanitarios del país <i>AN Dr. Nelson Raúl Morales Soto</i>	
<b>Simposio</b> .....	19
<b>Calidad de la atención médica</b> .....	21
<i>Dr. Fernando Carbone Campoverde</i>	
<b>Experiencias e ideas que podrían ayudar a mejorar la atención médica</b> .....	35
<i>AE Dr. Raúl León Barúa</i>	
<b>Calidad de la atención médica: Aspectos éticos</b> .....	45
<i>AE Dr. Alberto Perales Cabrera</i>	
<b>Panel</b> .....	57
<i>AE Dr. Melitón Arce Rodríguez</i> <i>Dr. José Luis Calderón Viacava</i>	
<b>Conclusiones, Recomendaciones y Opinión final</b> .....	65
<i>AE Dr. Raúl León Barúa</i>	
<b>Reconocimientos</b> .....	73



# PRESENTACIÓN

## LA FIGURA DEL MÉDICO

Desde el gran Hipócrates de Cos (siglo IV a.C.), es el médico una de las principales figuras de la historia de la humanidad.

El término, probablemente de origen etrusco (*medes* = el que media, el mediador), aludió a un ser humano especial, líder de su comunidad, caracterizado por una serie de virtudes, talentos y disposiciones, que poseía el don de curar el cuerpo y el alma del enfermo o paciente necesitado de su auxilio. Era, por ello, considerado un verdadero mediador entre las divinidades y la humanidad. De allí, su enorme prestigio y el respeto hacia su figura.

Esa figura clásica del médico es la que no debe perderse jamás. Resulta esencial rescatarla en toda época y cualesquiera que sean las circunstancias. La Medicina, ciencia y arte por excelencia, ha sido, es y será la actividad profesional en la que el humanismo brilla y se expresa con mayor fulgor e intensidad. De ahí la importancia y la necesidad de la calidad del acto médico.

La ética médica, que no es otra cosa que ese humanismo permanentemente realizado, brota de la misma vocación por la Medicina. Quien siente y reconoce esa vocación de servicio, de disposición y de solidaridad, será necesariamente ético sin necesidad de recurrir a estudios o sofisticados análisis especulativos acerca de teorías sobre la ética.

Los principios hipocráticos son universales y eternos, las misiones del médico pueden pues sintetizarse así: Acompañar siempre, consolar en todo momento, curar a veces y aliviar todo lo que sea posible.

Podríamos hoy añadir que las virtudes “esenciales” del médico están centradas en la prudencia o *phrónesis*, es decir, la inteligencia serena, tranquila, reflexiva; la humildad, que permite el crecimiento espiritual y profesional del médico y, por ende, de la Medicina en su conjunto; la compasión, en su estricto sentido, que consiste en compenetrarse con el que está frente al profesional médico, poniéndose en su lugar y asumiendo su situación física, psíquica y espiritual con el objeto de poder real y efectivamente ayudarlo; la responsabilidad, plenamente asumida de los actos y disposiciones del médico a favor del paciente.

La profesión médica, excelsa por su esencia, está llamada a recuperar esos valores propios del humanismo médico, que definen a la medicina desde siempre. Ello, en gran parte, por el ejemplo, el modelo y el testimonio de nuestros grandes maestros, paradigmas de lo que ha de ser eternamente el Médico.

AN Dr. Patricio Wagner Grau,  
*Presidente ANM 2013-2015*

## PREÁMBULO

### **EL ROL CONSULTOR DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA EN LOS PROBLEMAS SANITARIOS DEL PAÍS**

La salud es un derecho fundamental de la persona consagrado en las normas del Estado y es obligación de éste y del propio ciudadano cuidarla y promoverla. La salud es condición indispensable para el desarrollo humano y social, y fundamental para el bienestar y la productividad cultural y económica de la población. Es una inversión, no un gasto, invertir en salud y educación es ennoblecer la vida del hombre, jamás un dispendio.

La atención de salud debe asegurar los más altos índices posibles de resolución, oportunidad y seguridad, y debe darse en condiciones que garanticen la calidad del acto médico así como el bienestar, la seguridad y la dignidad del paciente y del profesional.

Es interés del Estado que la provisión de servicios de salud sea integral, permanente, universal y equitativa, de ahí la preocupación por mantener la eficacia de la atención, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos: la satisfacción del usuario por la atención recibida, motivo de amplio debate en muchos países.

En el Perú, la ley encarga al Ministerio de Salud el rol rector sectorial y, para su cumplimiento, la situación de salud es monitoreada y evaluada en forma permanente publicándose periódicamente sus resultados. El informe “Análisis de Situación de Salud del Perú, ASIS” publicado en 2010<sup>(1)</sup> muestra el panorama sanitario nacional en los cinco años precedentes. En él se señala que sólo el 32.1% de la población que reportó enfermedad acudió a un establecimiento de salud; que el PBI asignado a salud sigue siendo bajo, con un gasto promedio per cápita mensual de 34.2 soles (9.6% del gasto mensual del poblador) y que los hogares son el principal agente financiador de salud, 34.2%. El documento, además, identifica los problemas sanitarios recurrentes en los 7 departamentos más vulnerables del país.

---

*1. Ministerio de Salud. Dirección de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud del Perú. Lima, agosto 2010.  
[http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_asis/asis25.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf), acceso el 23oct2013.*

La Organización Panamericana de Salud, OPS/OMS, 2009, considera que los principales determinantes sociales de la salud del país pueden resumirse en: altos índices de pobreza y desigualdades, déficit de instrucción (analfabetismo y baja calidad de la educación), insuficiente acceso, cobertura y calidad de los servicios básicos, alto número de viviendas no saludables (agua y saneamiento básico), bajo nivel de financiamiento del sector salud, barreras sociales, culturales y de oportunidades para las poblaciones pobres y rurales, violencia social y, doméstica, accidentes de tránsito, alta vulnerabilidad a los desastres. Las enfermedades transmisibles continúan siendo la primera causa de mortalidad, seguida muy cercanamente de los tumores, luego las enfermedades cardiovasculares y las causas externas <sup>(2)</sup>.

La Defensoría del Pueblo en su informe al Congreso de la República, 2012, menciona que “...*Los servicios de salud aún presentan serias deficiencias...Pese a los esfuerzos desplegados en el Sector Salud, la fragmentación del mismo y la falta de rectoría del Minsa inciden en una baja calidad del servicio y limitan la atención oportuna de las personas...El déficit de infraestructura y los recursos humanos insuficientes constituyen también serios problemas...Esta situación se vio agudizada durante las dos huelgas de profesionales médicos, que generaron restricciones en el acceso oportuno a los servicios de salud*” <sup>(3)</sup>. La Contraloría General de la República ha informado sobre la atención de salud en hospitales de Lima <sup>(4)</sup>.

En este escenario se ha iniciado el proceso de la reforma de la salud en el país.

La Academia Nacional de Medicina, en cumplimiento de su ley fundacional de 1888, ha cumplido con desempeñar su rol consultor de los poderes del Estado en temas de salud, para lo cual analiza, delibera y emite pronunciamientos sobre los grandes problemas del país en esta área. En su agenda del año 2014, para fortalecer esta función, y por acuerdo de sus dos Convenciones Nacionales, se decidió conformar Grupos de Trabajo que emitieran opinión institucional sobre problemas específicos de salud de impacto nacional.

---

2. OPS/OMS. ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN TÉCNICA OPS/OMS PERÚ 2010-2014. Lima, Noviembre 2009

[http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccsperuspanish.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsperuspanish.pdf), 19dic13.

3. Defensoría del Pueblo. *Décimo sexto Informe de la Defensoría del Pueblo al Congreso de la República*. Enero-diciembre 2012. Lima.

4. Contraloría General de la República *Nota de Prensa N° 115*. Lima, 17 de octubre 2012.



El tema “La calidad de la atención médica”, de gran importancia en la problemática de salud del país, encabezó el programa científico de nuestro CXXVI Año Académico.

Dada su trascendencia se formó el Grupo de Trabajo e Investigación sobre “Calidad de la Atención Médica” el 22 de enero de 2014 bajo la presidencia del AE Dr. Raúl León Barúa quien invitó como miembros a los académicos AH Dr. Javier Arias-Stella, AH Dr. Benjamín Alhalel Gabay, AE Dr. Melitón Arce Rodríguez, AE Dr. Alberto Perales Cabrera, AA Dra. Pilar Mazetti Soler, AA Dra. Sarah Vega Sánchez, y como Expertos invitados a los distinguidos doctores Fernando Carbone Campoverde y José Calderón Viacava.

El 29 de abril de 2014 el grupo mencionado presentó el simposio “Calidad de la Atención Médica: Una mirada al entorno”, en el cual participaron como expositores los doctores Fernando Carbone Campoverde, AE Raúl León Barúa, AE Alberto Perales Cabrera, y como invitados al debate el AE Dr. Melitón Arce Rodríguez y el Dr. José Luis Calderón Viacava. El evento, presidido por el AN Dr. Patricio Wagner Grau, Presidente de la ANM, tuvo una deliberación alturada y conceptuosa.

El presente informe, elaborado por el Grupo de Trabajo referido, fue recibido en la ANM, en su primera versión, en febrero de 2015.

Nos place presentar esta publicación como opinión institucional sobre el tema de estudio. Nuestro especial agradecimiento a los colegas que han participado en la elaboración del manuscrito.

Y en esta forma, damos la bienvenida a nuestra nueva serie de publicaciones *PROBLEMÁTICA SANITARIA NACIONAL: OPINIÓN INSTITUCIONAL*.

Lima, octubre de 2015.

AN Dr. Nelson Raúl Morales Soto  
*Secretario Permanente*  
*Coordinador de los Grupos de Trabajo*



**SIMPOSIO:**  
**CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA:**  
**UNA MIRADA AL ENTORNO**

Lima, martes 29 de abril de 2014

**PROGRAMA**

**Introducción al tema**

*AE Dr. Raúl León Barúa, Coordinador*

**Presentaciones:**

- Calidad de la atención médica en el país  
*Dr. Fernando Carbone Campoverde*
- Experiencias e ideas para mejora de la atención médica  
*AE Dr. Raúl León Barúa*
- Aspectos éticos  
*AE Dr. Alberto Perales Cabrera*

**Panel:**

AE Dr. Melitón Arce Rodríguez  
Dr. José Luis Calderón Viacava

**Conclusiones y Recomendaciones:**

AE Dr. Raúl León Barúa

*La grabación en video, el audio y las imágenes expuestas en el simposio se encuentran a disposición de los interesados en la ciberteca institucional.*



# CALIDAD DE LA ATENCION MÉDICA





## **Dr. Fernando Ignacio Carbone Campoverde**

Médico Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Magister en Redes y Servicios de Salud, Universidad de Barcelona, España

Diplomado en Salud Internacional, Escuela de Salud Pública, Instituto Carlos III  
del Ministerio de Sanidad, España.

Diplomado en Administración de Servicios de Salud. (IPAE)

Coordinador de Medicus Mundi Navarra

Consultor en Desarrollo Integral

Profesor de las Maestrías de Bioética y Bioderecho, Gestión Pública, Cooperación  
Internacional y Desarrollo en la Universidad Católica Sedes Sapientiae

Ex Ministro de Salud

Orden "Hipólito Unanue" en el grado de Gran Cruz

Premio Organización Panamericana de Salud, OPS/OMS, 2012

Primer lugar del Concurso de Maternidad Saludable de las Américas

Premio Fundación Carlos Slim 2014 como Institución Excepcional en Salud, con  
Medicus Mundi.

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Señoras y Señores Académicos de Número y Asociados. Señoras y Señores invitados:

Permítanme ante todo agradecer esta invitación de la Academia y al mismo tiempo dirigirme a Uds. desde la razón y el corazón, desde las evidencias de la ciencia y los sentires profundos de nuestros afectos, como debe hacerlo todo aquel que considera que el ejercicio de la medicina es arte, el arte de tratar a personas únicas e irrepetibles, tal y como la aprendí de profesores insignes y dedicados al bien individual y común.

Una de las principales tareas de todo Estado es garantizar a la población el acceso universal a la salud. Pero curiosamente donde se va alcanzando la meta de asegurar a toda la población, se sigue enfrentando un problema recurrente en torno a la calidad de la atención en salud.

La atención en salud debe proveerse de manera irrestricta, adecuada, oportuna y humanizada, a fin de que el paciente y su familia tengan la seguridad que están recibiendo el mejor trato posible por parte del equipo de salud. La calidad humanizada de la atención de salud es una condición esencial de todo servicio sanitario público o privado. Y aquí siento un primer principio para esta exposición: no es posible en el siglo XXI hablar solo de la calidad del acto médico o del ejercicio de la medicina, pues los aspectos que trataré afectan al conjunto de la atención de salud como resultante del trabajo de equipos multidisciplinarios.

La calidad se mide en términos de los medios físicos (disponibilidad e idoneidad de infraestructura y equipos), los procedimientos (organización y gestión eficiente y eficaz de la prestación) y las personas que usando los primeros y aplicando los segundos, hacen de la atención en salud una realidad concreta. Mucho se ha escrito sobre los dos primeros (medios físicos y procedimientos), menos se ha abordado el tema del personal de salud (y cuando se ha hecho lo ha sido sobre todo en términos de situación y condiciones laborales) y casi nada se ha tocado respecto de las competencias adquiridas en su etapa de formación y en el trato brindado a los usuarios de los servicios de salud: personas, familias y comunidades. **Es sobre estos aspectos de competencias, conductas, comportamientos y actitudes, sobre los que me quiero centrar**, dejando sentado que suscribo plenamente los diagnósticos de los otros problemas que afectan la calidad de la atención en salud. Simplemente no deseo que los aspectos que abordaré queden una vez más minimizados y/o invisibilizados por los otros ya señalados inicialmente, en términos de su importancia para la calidad de la atención integral en salud.



## **UNA APROXIMACIÓN A LA SITUACION ACTUAL**

Los pocos estudios existentes a nivel nacional sobre la calidad de la atención se concentran en los aspectos de medios físicos y procedimientos, dejando un vacío respecto de las “Personas que Cuidan Personas”, lo que a todas luces nos impide entender porque una ingente inversión en salud, en especial en los últimos 10 años, no termina obteniendo los resultados que todos esperamos para el conjunto de la población del país en términos de su salud y calidad de vida. No en vanos se dice que un buen personal de salud con pocos y/o escasos recursos materiales, puede hacer mucho; y que un mal personal de salud con abundancia de otros recursos, hará muy poco. He tratado de recoger de diversas fuentes secundarias que cito en las referencias bibliográficas, información que nos aproximen al tema.

El análisis de la contribución del personal a la calidad de la prestación de salud, se encuentra más en una serie de percepciones captadas por los medios de comunicación, impresiones personales y/o colectivas, crecientemente negativas sobre cómo somos tratados los usuarios de los servicios en diversos establecimientos de salud (públicos o privados). Parece que a partir de estas aproximaciones, la atención que enfrenta el paciente promedio y su familia es deficitaria, incumpliendo con los estándares internacionales y afectando los derechos humanos básicos: el derecho a la vida, el derecho a la salud y el derecho a la información.

¿Qué explicación podemos dar a la ausencia de estudios de satisfacción del usuario y la preeminencia del uso de indicadores de cumplimiento (actividades realizadas, presupuesto ejecutado, productividad, etc.) y de morbilidad y mortalidad? ¿Existe una tacita alianza entre gestores y decisores políticos y prestadores de servicios y sus representaciones para no abordar de forma seria y transparente la competencia profesional y el trato dados a los usuarios y sus familias en los servicios de salud? ¿Qué desnudarían con crudeza estudios de esta naturaleza?

Todo establecimiento de salud debería realizar una autoevaluación de los estándares propuestos por el MINSA, con el fin de tener un diagnóstico de partida de la situación actual de la calidad en salud; esto debía servir para tomar medidas, y a su vez hacer una rendición de cuentas a la población, sus organizaciones de base y autoridades, sobre los servicios prestados. Una parte significativa de los establecimientos no logran completar o desarrollar esta evaluación por falta de personal, por desconocimiento y/o falta de capacitación, o falta de interés. Esto resulta particularmente grave en los establecimientos de salud públicos o privados de mayor complejidad.

Esto nos lleva a información referencial, producto de algunos proyectos de cooperación en muchos casos o, como ya lo señaláramos, de lo que escuchamos a diario con mayor o menor intensidad y frecuencia en los medios de comunicación. Si sumara a casos personales los muchos otros que escucho en mis continuos viajes al Perú profundo desde hace 30 años (en zonas rurales campesinas indígenas y nativas), llegaría a conclusiones respecto del deterioro de la calidad de la prestación de salud en el país compartidas por muchos, en el sentido de un crecimiento acelerado y, peor aún, la “normalización” de:

- La ausencia de competencias clínicas adecuadas en el personal de salud, con sus penosas secuelas producto de impericias, intrusismos y iatrogenias, muchas veces no denunciadas y menos aún sancionadas. Y en el abuso de tecnología auxiliar para llevar a diagnósticos de aproximación que antes eran fruto de la anamnesis y el examen clínico.
- Las inconductas personales en el trato al paciente, incluyendo actos de discriminación, deshumanización, exclusión, maltrato, abuso y aprovechamiento económico, la mercantilización de la salud, el utilitarismo para genera presiones sobre los decisores y gestores que devienen en decisiones mas políticas y técnicas de utilidad personal o de grupo antes que en beneficio de la población, etc.
- La medicalización excesiva de la salud y el hospitalocentrismo del sistema que deviene en una inclinación preferencial por lo diagnóstico – recuperativo - rehabilitador y no por lo preventivo – promocional, dejando en un plano inferior y de menos importancia al primer nivel de atención, a la atención primaria de la salud, al trabajo en equipos multidisciplinarios y el clima organizacional adecuado con otros compañeros de trabajo (la institucionalización de problemas interpersonales demuele el trabajo de establecimientos e instituciones de salud).
- La superespecialización exagerada que lleva a la fragmentación del ser humano en compartimentos estancos.

A pesar de la falta de estudios e investigaciones específicos sobre estos aspectos de la calidad de la atención salud, tenemos algunas mediciones indirectas del impacto negativo de todo lo anterior:

- La Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia ha señalado que el número de cesáreas en el país es tres veces el porcentaje usual observado para dichas

intervenciones en otros países, sin que ello haya contribuido o influenciado proporcionalmente en disminuir la mortalidad materno – perinatal; habiendo hoy un desarrollo médico - tecnológico en torno al embarazo, parto y puerperio no se justifica esta situación, ni se explica por razones médicas y/o sanitarias.

- El estudio del Proyecto 2000 dado a conocer ese mismo año sobre las razones por la que los pacientes no concurrían a usar los servicios del primer nivel, el maltrato, el trato inadecuado y la falta de respeto sumaban el mayor porcentaje (por encima del 48%). No eran razones económicas y de distancias (que las había y que al presente se han atenuado) las que ahuyentaban a las personas y familias de los establecimientos de salud.
- En la ENAHO del 2004 en Lima Metropolitana, solo el 47,8% del total de la población que presentó algún problema de salud buscó atención: el 19,1% lo hizo en algún establecimiento del MINSA y 8,3% lo hizo en una farmacia. Para fines del 2010 un 64,5% del total de la población que presentó algún problema de salud buscó atención, pero disminuyó a 15,3% los que lo hicieron en un establecimiento del MINSA y se elevó a 23,7% los que lo hicieron en una farmacia.
- A nivel de zonas rurales sucedió lo mismo. El 2004 un 23.3% no acudía a los establecimientos de salud por falta de confianza con el personal, porque demoraban la atención y otras razones como “maltrato por parte del personal de salud”. Para fines del 2010, los que no concurrían por falta de confianza con el personal, porque demoraban la atención aumentó y otras razones como “maltrato por parte del personal de salud” aumentó a un 44.7%.

Todos sabemos que nadie como un buen profesional de salud, para hacer que la población recurra a los servicios públicos. Y nadie como un mal personal de salud para ahuyentar a la población de los servicios públicos. Es un error grave pretender explicar, justificar o cerrar los ojos al hecho que en el personal de salud crece este tipo de prácticas equivocadas, debido a las magras condiciones de trabajo en las que laboran muchos (lo que es cierto); porque esas condiciones pueden y deberán ser mejoradas; pero la deformación profesional y/o humana prevalecerá. No se puede alinear un árbol torcido; aunque las condiciones que lo rodeen cambien y su vuelvan favorables para que continúe su crecimiento, seguirá creciendo torcido. Lo anterior se ha agravado con “presupuestos por productividad” que llevan a atender 20 a 25 pacientes en 6 horas con atenciones de solo 15 a 20 min en la cuales no es

posible realizar una buena historia clínica, un adecuado examen físico, establecer un diagnóstico, dar un tratamiento, explicar y aconsejar al paciente y a su familia, esclarecer las dudas y finalizar con una atención integral. Peor aún, si las consultas empiezan tarde ya sea porque los pacientes y/o el profesional de la salud no están a tiempo, porque las historias clínicas se pierden y/o concurren otras situaciones, el tiempo de atención y con él la calidad de la misma disminuyen aún más.

Muchas veces el paciente deja de ser la persona con una enfermedad / dolencia que necesita atención y cuidado y se convierte en un cliente con una exigencia o demanda, lo que afecta el enfoque de atención en salud. Pero aún, la especialización lleva a que los pacientes solo puedan consultar por un problema de salud a la vez lo que implica varias consultas para distintos problemas, impidiendo la aplicación del modelo de la atención integral.

La revisión de los sílabos de las distintas carreras de salud muestra que la mayoría invierte unas pocas horas en lo que a calidad de atención se refiere. Pocos son los cursos (como ética, deontología o salud pública), en los cuales se enfoque el tema de la calidad y la humanización de la atención en salud, haciendo que el futuro profesional le reste importancia. Menos aún se da la transversalización a lo largo de toda la carrera de temas claves como la multidisciplinariedad, la interculturalidad, la intersectorialidad o el derecho a la salud.

El 21 de marzo del 2014, representantes de 31 escuelas de medicina, enfermería, obstétrica y odontología de diferentes regiones del país, se reunieron para dialogar sobre la formación de pre y postgrado para el primer nivel de atención con representantes de dos Diresas rurales y funcionarios del MINSA nacional relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en salud. Desde las Diresas expresaron de forma sentida y clara, que no estaban recibiendo profesionales preparados para trabajar en equipo y en el primer nivel. Desde las Universidades respondieron diciendo que podían prepararlos, pero que no sentían que se diera desde el Estado las condiciones para que pudieran desempeñar su trabajo con dignidad. Se hizo evidente un desencuentro entre los formadores y los empleadores de las personas que cuidan personas.

Si salió de manera conjunta una afirmación penosa y preocupante: **el problema principal no son los alumnos, son los docentes**. Nadie puede dar lo que no tiene, ni transmitir lo que no cree ni mostrar lo que no práctica. Así como el éxito del alumno es expresión de la bondad de su maestro, el fracaso del primero reflejará

la mediocridad del segundo. Hay en la actual clase docente una pobreza de modelos actitudinales que luego llevará a las nuevas generaciones a relaciones deterioradas médico-paciente y a un deterioro del espíritu de servicio del personal de salud, a los que se sumaran una formación de pre y post grado no acorde a las necesidades nacionales; si posteriormente se suma ello las bajas remuneraciones, la falta de nombramientos, los sistemas de productividad y la falta de programas de capacitación masiva, estamos ante un círculo vicioso que se retroalimenta de forma perversa.

Los déficits de la currícula universitaria están contribuyendo al descontento y desconfianza de los pacientes hacia sus médicos. No se está contemplando en la currícula de pregrado una formación asertiva para unir a la comunicación verbal elementos tales como la actitud, la expresión gestual y los movimientos corporales como parte de la capacidad del médico para establecer una comunicación no verbal con el paciente y su familia. Por esos abundan las quejas por el tiempo insuficiente que el médico ofrece para establecer una comunicación y empatía adecuadas, con una marcada tendencia a una relación superficial y de poca confianza.

Finalmente debemos señalar que los procesos de mejoramiento continuo de la calidad no consideran muchas veces aspectos como los anteriormente señalados; no suelen abordar dos elementos indispensables para ofrecer servicios de salud humanizados e integrales: el Espíritu y la Doctrina. Esto nos explica porque la aplicación del enfoque de calidad total en la prestación de servicios de salud, bajo los conceptos de “cliente usuario de los bienes y productos”, y como el resultado de un proceso o actividad capaz de “satisfacer las necesidades de consumidores” (conceptos desarrollados para la actividad empresarial, no ha tenido los resultados deseados, puesto que en todo servicio de salud debe encontrarse impregnado por un espíritu profesional y un espíritu institucional, dentro de un marco doctrinario coherente y adecuado; y además porque en los servicios de salud no se comercializan bienes u objetos, sino está de por medio la vida, la salud y la felicidad de una persona, su familia y su comunidad.

Frente a todo lo anteriormente reseñado, no cabe duda la existencia de personal muy competente en su formación, muy abnegado en su dedicación y entrega, y muy humanístico en su actuar cotidiano. Pero ¿cuál es la proporción entre personal idóneo y el que no lo es en el país actualmente? ¿qué personal predomina hoy? He aquí la pregunta que debíamos abordar a nivel nacional con urgencia.

## ALGUNOS ELEMENTOS DE JUICIO PARA ENFOCAR MEJOR LA SITUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Nunca debemos olvidar el hecho que un paciente siempre es digno; por más austero que el Estado sea, los ciudadanos y sus familias tienen derecho a recibir una atención de salud con calidad y calidez, en ambientes adecuados y por un personal capacitado y humanizado.

Para llevar a cabo esta tarea se requiere del diseño de estrategias de mejora continua de la calidad en la atención de salud con la participación activa y consciente de todos los involucrados en ella, esto es usuarios y prestadores. En la frase **Personas que Cuidamos Personas** (con intención sustituyo Atendemos por Cuidamos) recogemos el Principio de Alma Ata que David Tejada de Rivero nos recuerda con obcecación digna de la mayor admiración y escucha: **“CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD PARA TODOS Y POR TODOS”**. Y a la vez recordamos que en los dos extremos del cuidado de la salud estamos personas con sueños, temores, virtudes, defectos, deseos, expectativas, esperanzas, etc.; en un extremo del cuidado está la persona a la que le confiamos nuestra vida y salud o la de alguien a quien amamos; y en el otro estamos quienes otorgamos dicho voto de confianza.

Siempre debemos tener en cuenta desde el punto de vista del paciente y su familia que buscan la atención de un problema salud que precisa ser resuelto, su principal preocupación (frente a otras como dónde buscar atenderse, cómo lograr hacerlo de forma rápida, etc.) estará siempre la más importante: **¿Quién realizará la atención y cómo seré atendido?**

Hay principios fundamentales de la salud y la medicina que siguen vigentes:

1. Al principio Hipocrático de **“ante todo no hacer daño”**, se suman otros cuatro de igual peso: **“ante todo jamás inquietar, siempre que sea posible suavizar, a veces curar, y siempre tranquilizar”**; en estos principios subyace la humildad que debe caracterizar a todo personal de salud. Se añaden tres más, bien explicados por Patrick Wagner, con validez en el conjunto de la vida social, así como eficaces y correctos para la toma de decisiones en el campo de la moral médica: el principio de **Beneficencia** que nos llama a poner el máximo empeño en atender al paciente y a su familia, haciendo todo lo posible para cuidar su salud, de la forma que ellos consideren la más adecuada; el principio de **Autonomía** que involucra al ser humano como un sujeto y no como un objeto y restablece su capacidad de decisión y el respeto por el ser humano (este

principio choca con la “clientización” de los usuarios); y el principio de **Justicia** que aboga por servicios de salud de calidad, con calidez y dignidad.

2. **La buena anamnesis y el examen clínico prolijo hacen el diagnóstico;** los exámenes auxiliares son eso, un auxilio para una mayor precisión diagnóstica eventualmente etiológico y mayormente de precisión topográfica.
3. **La buena relación, la empatía con el paciente y su familia hacen la mitad de la curación.** Lo que sigue es habilidad para modificar modos y hábitos de comportamiento y algunas intervenciones medicamentosas o quirúrgicas, que no pueden constituir la mayor parte del acto de salud. Durante el acto médico, el diagnosticar sirve a la vez para explicar la enfermedad y comprender la dolencia de un paciente para lo cual es **necesario ponernos en su lugar, de interpretar plenamente su sufrimiento, angustia y preocupaciones (Dr. Carlos Alberto Seguin).**
4. La salud en el siglo XXI es una intervención multidisciplinaria, de equipo. Somos sector salud, no sector médico.

Desde el punto de vista sectorial debemos tomar en cuenta que:

- Hoy se quiere tener una atención en salud de tipo preventivo promocional con el fin de evitar la aparición de la enfermedad y desarrollar estilos de vida sana. Es aquí donde entra el trabajo multidisciplinario en equipo con el fin de realizar actividades extramurales, lo que implica algunas veces visitar a las familias a su domicilio o a determinados colectivos en escuelas, colegios, ferias, mercados, parroquias y espacios comunales, establecer vínculos de confianza con todos ellos y de esta forma realizar una buena calidad de atención con cada visita. El personal de salud debe ser formado en estas habilidades.
- El MINSA, a través de su Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación, ha diseñado guías de los estándares de calidad a cumplir tanto para los establecimientos de primer nivel como para las instituciones de mayor complejidad (hospitales o institutos especializados). En ellas **reconoció que los factores más importantes dependen de la buena voluntad, empeño - desempeño y comportamiento de los profesionales de la salud de cada establecimiento.**

La eficacia del trabajo en el sector salud depende directamente del grado de compromiso del personal de salud con su trabajo, su centro y su comunidad de forma tal que el fortalecimiento de la relación con cada uno de ellos le dé el conocimiento de su realidad y un enfoque adecuado para desarrollar los planes de mejora continua. Esto es buscar otorgar la atención de salud conforme a las normas de calidad, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado y humanizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto de salud, que permitan mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario y del trabajador, y que contribuyan a mejorar la calidad de vida de ambos.

Finalmente señalamos que las universidades juegan un rol importante, en la enseñanza de la relación médico-paciente, durante toda la formación de los médicos. William Osler señala: "para que el don de humanidad sea efectivo en la práctica médica, no solo se requiere de la comprensión del paciente y el intento de servirlo, se necesita técnicas específicas para la expresión. El don de humanidad es ampliamente un arte de palabras y actitudes". El médico debe tener por esencia un sentido humano, impregnado de la técnica exquisita. En consecuencia, para ser un buen médico se requiere de una calidad muy excelsa de vocación ligada a la ética. La medicina no debe ser jamás objeto de lucro, precepto que deriva de la necesidad de vocación. Por lo cual si el médico es un ser social con derecho a recobrar un honorario por su servicio prestado, este debe ser prudente y concertado y sin el objetivo de lucrar. Esto debe aprenderse en el pregrado y reforzarse en el postgrado.

Se necesita que la currícula universitaria de pregrado forme esencialmente personal para el primer nivel de atención, dado que este representa el 100% del modo de contacto inicial con el sistema de salud, atiende el 87.3% de los problemas de salud simples y complejos y detenta el 92% del total de establecimientos de salud del país.

### **ALGUNAS PROPUESTAS DE ACCION SOBRE EL TEMA.**

- Los establecimientos de los tres niveles de atención deben contar con mecanismos de escucha al usuario (buzón de quejas, atención directa al usuario o módulos de consulta, etc.) y elementos de retroalimentación de información con respecto a la satisfacción del usuario (encuestas) para evaluar la percepción de éste hacia la calidad de atención.



- Los estándares de calidad en salud de los establecimientos de salud precisan para cumplirse de medios de comunicación de fácil acceso al usuario y así transmitir la información completa que requiera para su atención o resolución de dudas así como de cambios en el modelo administrativo del centro de atención. Los estándares para una calidad óptima dependen del equipo de salud y del usuario.
- Los estándares van enfocados a buscar que los establecimientos se articulen y organicen teniendo en cuenta la complementariedad de los recursos humanos para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad. A su vez se requiere la participación activa de las autoridades y los miembros de la comunidad con el fin de establecer mejores planes de gestión.
- En cada establecimiento de salud se debe contar con el desarrollo de un plan operativo y plan estratégico institucional en busca de sensibilizar a la organización para la mejora continua de la calidad de sus servicios y del clima organizacional. Los miembros de los establecimientos de salud deben crear proyectos de mejora continua de la calidad y realizar análisis críticos de la situación de salud de su comunidad con el fin de desarrollar y aplicar estrategias para el mejoramiento de la misma.
- Es necesario realizar esfuerzos para optimizar al personal de salud que ya está laborando con el sector, y también impulsar a través de las universidades la formación de personal de salud con base ética, humanística, científica y cultural. Este proceso de formación de profesionales idóneos debe iniciarse desde la selección de los mismos, no solo con el criterio de conocimientos, sino también el reconocimiento de sus aptitudes y actitudes, su vocación y cualidades innatas susceptibles de desarrollarse durante su formación; no solo deberá desarrollarse conocimientos o impulsar la investigación también es necesario cultivar durante toda su formación los aspectos éticos humanísticos así como una gran sensibilidad social y transversalizar el respeto al usuario y su familia, el trabajo en equipo multidisciplinario, la integralidad, la interculturalidad y la interculturalidad. Las universidades deben impregnar en sus currículas de carrera de salud el enfoque humanístico en salud, entendido como una condición innata que debe tener una base ética y deontológica, para que se conduzca instintivamente por la senda adecuada el ejercicio de su misión.

El Ministerio de Salud como ente rector, no debe otorgar el uso de campos clínicos a instituciones que no acrediten las más altas condiciones, en especial de plana docente, para la formación de personal de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre-Gas H. “Evaluación y Garantía de la Calidad de la Atención Médica”. Salud Pública, México 1991; 33:623-629.
- Calandria, Kallpa, Medicus Mundi Navarra. Salud Sin Limites. “Cerrando Brechas, Aproximando Culturas”. 2009.
- Freyre ZJ. “Marketing para Médicos”. Como fortalecer la relación médico-paciente, humanizando más la práctica médica. 1999. P: 33-38.
- INEI- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2005, 2007, 2009 y 1er Semestre 2010.
- INEI. Consultas por encuestas: Encuesta Nacional de Hogares Lima: INEI; 2010. Disponible en: <http://www1.inei.gob.pe/srienaho/enaho220.htm>
- Cabieses Fernando. “Curar y cuidar en el acto médico”. Diagnóstico 1999; 38:188.
- León Barúa Raúl. “La esencia real del diagnóstico”. Diagnóstico 1999; 38: 141.
- León Barúa Raul. “Medicina centrada en la persona: Perspectivas clínicas”. Revista Medica Herediana. Volumen XXI, N° 3, 2010.
- Medicus Mundi Navarra. “Cerrando Brechas, Aproximando Culturas”. 2009.
- Medicus Mundi Navarra. “Claves para la Transformación de los Sistemas de Salud de América Latina”. 2013.
- MINSA. “Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud”. 2002.
- MINSA. “Carga de Enfermedad del País”. 2010.
- MINSA. DGSP. Documento Técnico. “Política Nacional de Calidad de Salud”, 2009.
- Ramírez Ramos A. “La Faceta Humana del Médico”. Diagnóstico 1995; 34:38
- Ramírez-Sánchez TJ. “Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectivas de los usuarios”. Salud Pública México 1998; 40:3
- Rocca ED. “Ética y Praxis Médica”. Diagnóstico 1995; 34:26-28.
- USAID. Informe del Proyecto 2000.
- Zlatar M. “Espíritu y Doctrina en las Instituciones Hospitalarias”. III Simposio sobre Filosofía de la Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Diciembre de 1998.

EXPERIENCIAS E IDEAS QUE PODRÍAN  
AYUDAR A MEJORAR LA ATENCIÓN MÉDICA





**Dr. Raúl León-Barúa**

Médico-Cirujano, Doctor en Medicina, Gastroenterólogo.  
Profesor Emérito, Profesor Investigador,  
Profesor de la “Escuela de Postgrado Víctor Alzamora Castro” en  
Medicina,  
Titular de la Cátedra de Historia y Filosofía de la Medicina,  
Profesor Fundador, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú  
Profesor de Gastroenterología, Fisiología y Farmacología  
Gastrointestinal  
Profesor Emérito, Profesor Investigador  
Miembro del Grupo para el Estudio del Ser Humano, GRESH, UPCH  
Ex Senior Asociado de la Escuela de Salud Pública, Universidad John  
Hopkins, Baltimore, Maryland, USA  
Ex Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Perú  
Título de “Maestro de la Gastroenterología Latino-Americana, otorgado  
por la Asociación Interamericana de Gastroenterología, AIGE

En el año 2007, el Dr. Ricardo Subiría Carrillo<sup>(1)</sup> publicó un excelente libro sobre el tema “Entre pacientes y médicos: ¿Adónde va la medicina?”, y tuvo la amabilidad de invitarme para que escribiera su prólogo. Este tema siempre me ha interesado mucho y, ahora, además de recomendar el libro del Dr. Subiría, voy a aportar una serie de experiencias e ideas que podrían ser también útiles para mejorar la atención médica.

### **Eficiencia**

Alrededor del año 1975, cuando atendía pacientes en el Instituto de Medicina Tropical del Hospital Nacional Cayetano Heredia, invitado por mi gran amigo el Dr. Hugo Lumbreras Cruz, las autoridades del hospital trataron de mejorar lo que denominaban la eficiencia médica, que según ellos consistía en aumentar significativamente el número de pacientes que atendíamos en 5 horas de consulta. Felizmente, conversando con las autoridades, los pude convencer de que la eficiencia no implica ver pacientes en gran cantidad, sino prestar mucha atención a sus problemas y hacer todo lo posible para mejorarlos física y anímicamente.

### **Ideas y experiencias**

Un tema filosófico, sobre el cual he tenido oportunidad de informarme y pensar intensamente, es la Teoría General de Sistemas de von Bertalanffy<sup>(2)</sup>, que me ha ayudado mucho a comprender mejor la naturaleza de los seres vivos y sobre todo del ser humano.

Otro tema interesante es la demostración de que los fenómenos naturales no tienen una sino múltiples causas determinantes<sup>(3)</sup>.

## **Propuesta para mejorar la nomenclatura, la clasificación y el diagnóstico de las enfermedades, tomando en cuenta sus síntomas, síndromes, signos y factores determinantes**

Desde el nacimiento de la clínica moderna en el siglo XVII, las enfermedades han ido siendo nombradas y clasificadas de acuerdo con el progreso en el conocimiento de sus causas<sup>(4-6)</sup>.

Para tal efecto, Sydenham (1624-1689) tomó en cuenta detenidamente las manifestaciones externas de las enfermedades<sup>(4-6)</sup>. Al surgir la escuela clínico-patológica, que consistió en investigar lesiones anatómicas como causas de enfermedades, Morgagni (1682-1771), Bichat (1771-1802) y Virchow (1821-1902) propusieron, sucesivamente, como esas causas: lesiones de órganos, lesiones de tejidos y lesiones de células<sup>(4-6)</sup>. Con sus contribuciones al desarrollo de la fisiología, Muller (1801-1858), Magendie (1783-1855) y Bernard (1813-1878) sentaron las bases para poner en evidencia causas biofísicas y bioquímicas<sup>(4-6)</sup>. Siguiendo otra línea, Pasteur (1822-1895), Koch (1843-1910), y sus colaboradores, abrieron el camino hacia la comprensión del papel de microorganismos en la génesis de enfermedades<sup>(4-6)</sup> y, finalmente, Charcot (1825-1893), Freud (1856-1939) y Pavlov (1849-1936) hicieron valiosos aportes en lo que respecta a la acción de factores psicológicos<sup>(4-6)</sup>.

Teniendo en cuenta esta breve revisión histórica, es fácil comprender el porqué de la diversidad de los nombres que han recibido las enfermedades, y de sus clasificaciones<sup>(4-6)</sup>.

El referirse a “estreñimiento crónico”, “dispepsia”, “úlceras duodenales”, “colitis microscópica”, “esófago de Barrett”, “disentería amebiana”, “síndrome de intestino irritable”, etc., es muy comparable a como se mencionaban sustancias químicas tales como “azúcar de Saturno”, “flores de bismuto”, “mantequilla de arsénico”, “yeso de París”, “materia perlada de Krekingius”, “muriatos”, “sal admirable”,

etc., antes de la reforma de su nomenclatura lograda por Lavoisier (1743-1794) y colaboradores en 1787<sup>(7)</sup>.

El obvio desorden en la nomenclatura y la clasificación de las enfermedades es considerado un problema clínico que debería resolverse<sup>(8)</sup>. En el presente artículo hago una propuesta encaminada a tratar de mejorar el diagnóstico de los procesos que afectan a nuestros pacientes.

Como lo hemos precisado varias veces, las enfermedades no tienen una sola causa sino múltiples causas, o mejor múltiples factores determinantes, que actuando en conjunto y relacionándose entre sí dan lugar a enfermedad<sup>(9,10)</sup>. Los factores determinantes pueden ser etiológicos, cuando están presentes antes de que la enfermedad sea tal, y patogénicos, cuando constituyen lo que ya es enfermedad<sup>(9)</sup>. Generalmente se habla de etiopatogenia o de factores etiopatogénicos; pero es mejor aclarar la diferencia<sup>(9)</sup>, como lo haremos a continuación.



## FACTORES DETERMINANTES DE ENFERMEDAD (ETIOPATOGENIA) <sup>(6,7)</sup>.

### *Etiológicos*

- Externos
  - ♦ Físicos: frío, calor, sequedad, humedad, presión atmosférica baja, etc.
  - ♦ Químicos: tóxicos, venenos, hipovitaminosis, etc.
  - ♦ Biológicos: virus, bacterias y parásitos patógenos.
  - ♦ Sociales: hacinamiento, etc.
- Externos-internos
  - ♦ Psicológicos.
- Internos (constitución)
  - ♦ Predisposición genética, congénita y adquirida.
  - ♦ Capacidad de resistencia frente a factores agresivos.

### *Patogénicos*

- Alteraciones fisiológicas, anatómicas y psicológicas.
  - ♦ Síntomas y signos.

Al estar presentes factores determinantes patogénicos, se ha generado ya enfermedad; y, en el paciente que nos consulta, se pueden obtener síntomas (mediante historia clínica) y objetivar signos (mediante examen físico) de su enfermedad <sup>(10,11)</sup>. Y algo que no debe olvidarse nunca, como lo remarcaron sabiamente Carlos Alberto Seguí <sup>(12)</sup> y Honorio Delgado <sup>(13)</sup>, es la dualidad “enfermedad-dolencia”. “Enfermedad” es lo que el médico puede precisar como naturaleza real de un proceso patológico; y “dolencia”, lo que el paciente sufre con su proceso, y la forma como lo interpreta <sup>(12,13)</sup>.

Como lo hemos precisado, también varias veces, diagnosticar no consiste solamente en dar un nombre a la enfermedad que presenta un paciente, y tampoco solamente en diferenciarla de otras similares, o sea, hacer diagnóstico diferencial <sup>(10,11)</sup>. Etimológicamente, la palabra diagnóstico deriva del griego día: a través, y *gnosein*: conocer; esto es, conocer o dilucidar, en la forma más completa posible, los factores determinantes de una enfermedad a partir de los síntomas y signos (incluyendo resultados de exámenes auxiliares solicitados) observados en el paciente aquejado por la enfermedad <sup>(10,11)</sup>.

## **Propuesta**

Basándome en lo expuesto hasta el momento, propongo una forma completa de hacer diagnóstico.

En primer lugar, como lo hacía Sydenham <sup>(4,7)</sup>, es importante tomar en cuenta las manifestaciones externas de la enfermedad que presenta un paciente. Y estas manifestaciones son: el síntoma o los síntomas, el síndrome o los síndromes, y el signo o los signos. Y lo digo así, en singular y plural, porque dos o más síntomas, aunque presentes a la vez, pueden no constituir necesariamente un síndrome; y porque, también, dos o más síndromes o signos pueden coexistir sin estar totalmente ligados causalmente entre sí. Y, a continuación, se agregan todos los factores determinantes etiológicos y patogénicos de esas manifestaciones externas.

Esta forma de diagnosticar la hemos venido empleando desde hace algún tiempo en nuestra práctica gastroenterológica <sup>(10,14-17)</sup>. Y con toda la información que con ella se logra, el manejo del paciente es más efectivo.

Con el enfoque diagnóstico que propongo se obtienen, además, otras consecuencias valiosas. En primer lugar, va muy de acuerdo con la actual reorientación que se está tratando de dar a la actividad médica en el sentido de “la medicina centrada en la persona”, ya que con él se considera, como lo más importante, lo que el paciente siente y le hace sufrir (Mezzich JE, Presidente de la International Network for Person-Centered Medicine). En segundo lugar, une íntimamente y con gran respeto a todos los aportes de grandes figuras de la medicina que he mencionado y han contribuido a la creación de la clínica moderna. Y, finalmente, permite ver con claridad los vacíos que aún existen en el conocimiento de factores determinantes etiológicos y patogénicos <sup>(18)</sup>, y la necesidad de llenar esos vacíos con productos de investigación.

## FACTORES PSICOLÓGICOS EN LAS ENFERMEDADES

En el año 2011, me publicaron un artículo en la Revista Psicológica Herediana <sup>(19)</sup>, en el que hice una síntesis de observaciones e ideas y resultados de trabajos de investigación realizados con colaboradores, durante varios años, sobre el tema de factores de tipo psicológico determinantes de enfermedades, y su manejo diagnóstico y terapéutico. Los propósitos de ese artículo eran inducir una mayor unión de la psicología con la medicina, y que la información que se aportaba fuera empleada continuamente en la práctica médica.

En el artículo, recordamos los factores desencadenantes y los mecanismos del “Síndrome General de Adaptación” o “Síndrome de Estrés” precisados por Selye y otros investigadores, así como probables factores patógenos del estrés de origen psicológico desencadenantes de: osteopenia y osteoporosis, enanismo, esteatosis de órganos, dislipidemias, úlcera péptica y otros trastornos digestivos, hipertensión arterial, problemas coronarios, desórdenes emocionales, etc.

Citamos, también, las contribuciones de Pavlov y teóricos del aprendizaje sobre la producción experimental de neurosis en animales. Para esto, se requiere mantenerlos en situación de confinamiento, o sea, que no puedan escapar a la experiencia a la que se les somete. Además, se les somete a castigo (o supresión de recompensa) de gran intensidad, aunque sea por tiempo breve, o a castigo (o supresión de recompensa) de poca intensidad, pero por tiempo prolongado; o se les pone en situación incierta en lo que respecta a castigo o a recompensa.

En el artículo, precisamos: todos los factores estresantes que predisponen a neurosis o desórdenes emocionales en seres humanos; los diversos instrumentos que hemos empleado para diagnosticar factores psicológicos de enfermedad, incluyendo un nuevo instrumento sencillo que hemos creado para medir, con facilidad, niveles de procesos estresantes, de afrontamiento de esos procesos, y de los logros que se obtienen con el afrontamiento de los procesos <sup>(20)</sup>; los síntomas de la depresión o, como preferimos denominarla, “estado de agotamiento nervioso”; los factores determinantes de la depresión; y los posibles efectos de la depresión sobre el organismo.

Finalmente, hemos encontrado una forma valiosa de hacer psicoterapia en la práctica clínica <sup>(21)</sup>.

Todo esto lo podemos presentar, con detalle, en reuniones de nuestra querida Academia Nacional de Medicina.

## REFERENCIAS

1. Subiría Carrillo, R. Entre pacientes y médicos: ¿Adónde va la medicina? Tarea Asociación Gráfica Educativa, 1ra. Edición; noviembre 2007.
2. von Bertalanffy, L. Perspectivas en la teoría general de sistemas. Estudios científico-filosóficos. Versión española de Antonio Santisteban. Alianza Editorial, S.A., Madrid, 1979.
3. Russell-Hanson, N. Patterns of discovery. An inquiry into the conceptual foundations of science. Cambridge University Press, N.Y. 22, N.Y., 1958.
4. Sigerist, H.E. Los grandes médicos. Historia y biografía de la medicina. Traducción del alemán por Arasa y Scholz Rich, M. Editorial Azteca S.A., Palma 9/414, Mexico D.F. 1955.
5. Wulff, H.R. Rational diagnosis and treatment. Blackwell Scientific Publications. Osney Mead, Oxford, 1976.
6. López Piñero, J.M. Antología de clásicos médicos. Editorial Triacastela, Madrid, 1998.
7. Pellón González I. Un químico ilustrado. Lavoisier. Nivola, Libros y Ediciones, España, 2002.
8. Campbell, E.J.M. Clinical science. In: Research and medical practice: their interaction. Ciba Foundation Symposium 44 (new series). Elsevier, Excerpta Médica, North Holland, Amsterdam, 1976; ps. 41-52.
9. León Barúa, R. Causalidad en medicina. Bolet Soc Per Med Int 2000; 13: 159-64.
10. León Barúa, R. Del diagnóstico a la investigación en medicina. Diagnóstico (Lima) 1999; 38 (N° 6): 293-6.
11. León Barúa, R. La esencia real del diagnóstico. Diagnóstico (Lima) 1999; 38 (N° 3): 141-3.
12. Seguí, C.A. La enfermedad, el enfermo y el médico. Ediciones Pirámide, S.A., Madrid, 1982.
13. Delgado, H. Enjuiciamiento de la medicina psicosomática. Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1960.
14. León Barúa, R. Enjuiciamiento crítico de los trastornos digestivos funcionales, avances en su estudio y propuestas para ulteriores desarrollos. Diagnóstico (Lima), 2003; 42 (5 y 6): 239-43.
15. León Barúa, R. Grandes síndromes gastrointestinales (2): Dispepsia o síndrome del aparato digestivo relacionado con alimentos (1). Rev Gastroenterol Perú 2008; 28: 150-3.
16. León Barúa, R. Grandes síndromes gastrointestinales (2): Dispepsia o síndrome del aparato digestivo relacionado con alimentos (2). Rev Gastroenterol Perú 2008; 28: 267-9.
17. León Barúa, R. 44 años de avances en etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento del síndrome flatulencia. Rev Gastroenterol Perú 2010; 30 (2): 148-52.
18. Jores, A. La medicina en la crisis de nuestro tiempo. Traducción al castellano de Armando Suárez. Siglo XXI Editores S.A., México, 1967.
19. León Barúa, R. Factores psicológicos en las enfermedades. Rev Psicol Herediana Especial Septiembre 2011; 7-12.
20. León Barúa, R., Torres Zevallos, H., Berendson Seminario, R. Instrumento para evaluar niveles de problemas o dificultades estresantes, los esfuerzos que se realizan para dominarlos, y lo que se logra con los esfuerzos (Problemas, afrontamientos y logros, PAL). Rev Soc Peru Med Interna 2011; 24 (3): 128-31.
21. León Barúa, R. Psicoterapia en la práctica clínica. Diagnóstico 2012; 51(3): 153-4.

# CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA: ASPECTOS ÉTICOS





## **A.E. Alberto Perales Cabrera**

Graduado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con la tesis “Psicodinamia y Psicoterapia de la Hiperemesis Grávidica “ que ganara el premio Lelio Zeno al mejor trabajo de investigación en medicina psicosomática, 1959.

Estudios de Post-Grado en Psiquiatría, en la Universidad de Mc Gill, en Montreal, Canadá, especializándose en investigación psiquiátrica y de salud mental. 1966

Certificado canadiense en Psiquiatría (C.R.C.P.C) 1967 (Board canadiense)

Doctor en Medicina, U.N.M.S.M. 1986.

Diplomado en Ética, Deontología y Bioética en Salud. UNMSM. 2004.

Fundador (2002) y Ex -Director del Instituto de Ética en Salud de la Facultad de Medicina de la UNMSM.(2006-2009)

Profesor Principal de Psiquiatría y de Bioética de la Facultad de Medicina de San Fernando, UNMSM,(1971 a la fecha)

Ex - Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana (1995-1996).

Ha ganado 9 premios de investigación, los cinco últimos a nivel internacional.

En noviembre de 2008, en el marco del XXV Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), en el Estado de Nueva Esparta, Venezuela, fue honrado con la condecoración “Francisco E. Gómez ”, en Clase 1, por sus aportes científicos de investigación a la psiquiatría latinoamericana.

Presidente de la Academia Nacional de Medicina, 2011-2012

Fundador del Preventorio Para el Desarrollo Humano en la Facultad de Medicina de la UNMSM (2011)

Noviembre, 2014, receptor del Premio “Dr. Fritz Redlich Human Rights” otorgado por el Harvard Program in Refugee Trauma (Harvard University, U.S.A.)





Hablar sobre calidad de la atención médica significa hablar de su nivel científico-tecnológico y de su calidad humana. Lo primero no constituye objetivo del presente trabajo, aunque aceptamos que siempre debe ser del mayor nivel, aún bajo la limitación de recursos que caracteriza al ejercicio de la medicina en países en desarrollo pues, cuando la calidad científica se merma, los problemas éticos se multiplican.

En cuanto a lo segundo, ubiquémonos en la perspectiva *seguiniana* de la medicina quien reclamaba que los médicos no sean "**veterinarios de seres humanos**" sino "**hombres frente a hombres**", y quien siempre enfatizó la esencial importancia del vínculo humano con el paciente<sup>(1)</sup>; y la de Honorio Delgado, quien señalaba que "**nuestra vocación y nuestra conducta cobran eficacia y realce en la medida que logramos dar a las personas lo mejor de nuestra persona**"<sup>(2)</sup>

Por eso, para comprender la esencia ética de nuestro quehacer clínico, reflejada en la calidad de la atención médica, debemos ponernos de acuerdo en ¿qué es el hombre? tanto de aquél que está frente a nosotros en condición de enfermedad, cuanto del que está dentro de nosotros responsable de su cuidado.

### ¿QUÉ ES EL HOMBRE?

La clásica expresión de José Ortega y Gasset: "*Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo*"<sup>(3)</sup>, implica una concepción integral del Hombre que permite comprenderlo allende su corporeidad e integrado a su entorno (su circunstancia).

Sobre este término, circunstancia, el Diccionario de la Real Academia Española, en su 23ava, edición, 2014, nos da las siguientes acepciones:

"Del lat. *circumstantia*. **1. f.** Accidente de tiempo, lugar, modo, etc., que está unido a la sustancia de algún hecho o dicho. **2. f.** Calidad o requisito. **3. f.** Conjunto de lo que está en torno a alguien; el mundo en cuanto mundo de alguien".

Se refiere, así, a lo que circunda a la "sustancia", al ser ontológico, es decir, su mundo personal, tal como lo percibe, vivencia y significa.

El Hombre, en tal sentido, trasciende su corporeidad, no es solo él, *es él y su mundo* (humano o no). Y su circunstancia (mundo) no solo influye en él sino que es parte de él, y él, a su vez, es parte de su mundo. La influencia es recíproca. Sin embargo, este mundo no es rígido ni único. Son muchas las circunstancias que rodean al ser en situaciones y roles diversos. Factores naturales y sociales producen variaciones.

Y siempre, en última instancia, ese mundo personal, en cuanto al significado que cada uno le otorgue, será espacio de apoyo y sosiego o, por el contrario, de estrés, ansiedad y zozobra.

Conceptualizado en esta perspectiva como **corporeidad y circunstancia**, el Hombre trasciende su dimensión psico-física hacia una dimensión social. Él es, por un lado, resultado epigenético de su historia hereditaria y, por otro, resultado cinético de esa superestructura humana que llamamos sociedad. Esta influirá sobre él trazando su biografía, por medio de la información social (producto de la especie humana) y acumulada en conocimientos científicos y tecnológicos, principios, valores, arte, tradiciones, creencias, costumbres y otros, que circulan en lo que denominamos cultura. Tal información social que cada uno de nosotros empieza a recibir en su educación familiar y continúa recepcionando en la educación formal que le ofrece el Estado, se irá registrando en nuestro neocortex para formar primero, la conciencia y, ulteriormente, nuestra personalidad. Tal es la propuesta teórica de Pedro Ortiz<sup>(4)</sup>

Si volvemos ahora a la conceptualización del Hombre derivada de la expresión orteguiana, podremos apreciar que calza coherentemente con la definición de Salud de la OMS, (1946). *“La salud es un estado de completo bienestar físico (corporeidad biológica), mental (mundo interno, psicológico) y social, (mundo externo, circunstancia biográfica) y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”*<sup>(5)</sup>.

Y comprenderemos a cabalidad la afirmación aristotélica: *“La ética es siempre situacional”* (es decir, depende de los actores pero también de las circunstancias).

En tal sentido, 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.

En esta óptica, en todo acto médico *nuestra circunstancia* será el paciente; por tanto, *“si no lo cuidamos como circunstancia, tampoco estaremos cuidándonos nosotros mismos”*, como profesionales y como Hombres.

\*\*\*

Revisemos ahora, aunque someramente, algunos conceptos previos para entender la responsabilidad de nuestro quehacer ético ante los pacientes en lo que denominamos calidad de la atención médica.

## 1. CONCEPTO DE CALIDAD Y CALIDAD DE VIDA.

Según Diego Gracia<sup>(6)</sup> el concepto de *calidad* deriva de la industria, preocupada por mejorar sus ventas y ganancias para lograr mayor aceptación de sus productos. La competitividad empresarial la exige como variable fundamental del éxito comercial.

Y apunta que desde este uso, el concepto se ha extendido al de **calidad de vida**, término que advertimos no es *descriptivo* sino *valorativo* pues no es “un hecho” sino “un valor” y, como tal, resultado de un proceso de “estimación” o “preferencia”. Los valores son siempre evaluativos, estimativos, mientras que los hechos son descriptivos. Los actos morales no son ni descriptivos ni valorativos, son prescriptivos.

La consideración de la **calidad de vida como valor** ha obligado al surgimiento de variadas teorías explicativas:

- ♦ *Naturalistas*. La vida es sagrada. Dada por Dios (*lex aeterna*) y por la naturaleza que es obra de Dios (*lex naturalis*), Tal orden es sagrado y la obligación del hombre (su deber moral) es respetarlo. Perseguir la *calidad* es sólo muestra de ese respeto a la vida. El deber moral del Hombre es hacer que esta sea la máxima posible.
- ♦ *Emotivistas*. Considera los valores como resultado de estimaciones subjetivas sobre datos sensoriales. Su único valor es puramente emocional, (*emotivo*).
- ♦ *Utilitaristas*. El Hombre “aprecia” o “deprecia” los objetos de su mundo. Todo tiene un precio (valor económico, primario y elemental). La calidad se mide económicamente, en virtud de su máxima utilidad o rendimiento.
- ♦ *Axiológicas*. Que permite distinguir los valores superiores, espirituales, de los inferiores o puramente vitales. En el primer caso se considera más importante la calidad de vida, y en el segundo la cantidad de vida.

Diego Gracia señala que aunque tales teorías han intentado explicar el concepto de calidad desde ángulos diferentes, todas ellas parten de un tronco conceptual común: la *sacralidad de la vida*, (del latín *sacrātus*, sagrada, relativo a lo divino o en relación con la divinidad) que es un principio de la ley natural.

Por ello, en último análisis, el concepto de calidad de vida implica el respeto, material y formal de dicha ley, teniendo en cuenta las circunstancias y consecuencias de cada situación.

Es indudable entonces que el concepto de calidad de vida y los valores que la fundamentan son constructos humanos inmersos en la cultura de cada sociedad. De este modo, cada sociedad y cada individuo dota de contenido el principio de sacralidad de la vida humana y genera su propio concepto de calidad de vida. Tal concepción se estructura en dos niveles:

**En un nivel privado:** en el cual lo importante es la definición individual del propio sistema de valores, del concepto de vida y de su calidad, y, por ende, del propio Proyecto de Vida (felicidad). En este nivel, los principios de Autonomía y Beneficencia juegan rol fundamental en lo que se conoce como ética de máximos.

**En un nivel público:** en el cual la sociedad, por libre voluntad de sus miembros, establece el sistema de valores y de calidad de vida que habrá de regirlos y que todos deberán respetar. Vale decir, nivel de Ética Civil o ética de mínimos bajo los Principios de No-maleficencia y Justicia, que habrán de cumplirse sea en forma voluntaria o coactivamente por medio de leyes.

## **2. LOS PRINCIPIOS BIOÉTIICOS:**

Tal como habíamos señalado, cada sociedad dota de contenido los principios éticos que habrán de regir el comportamiento moral de sus miembros, tanto en el campo de la vida diaria cuanto en el de la actividad laboral o profesional.

Como tales, los llamados principios bioéticos tienen una historia corta, tan sólo de algunas décadas precedidos por cambios importantes y más generales que influenciaron la ética médica y la medicina misma.

En 1971, Van Rensselaer Potter conmueve a la comunidad científica con su concepto y reclamo bioético de humanizar la ciencia uniéndola como instrumento cognoscitivo a los valores morales<sup>(7)</sup>.

En 1973, la Asociación Americana de Hospitales aprueba la primera Carta de Derechos del Paciente<sup>(8)</sup>. Más adelante, en 1978, el Informe Belmont, aunque en el campo específico de la investigación<sup>(9)</sup> da respuesta a la solicitud del Congreso americano sobre los principios básicos que debieran regir todo estudio científico en seres humanos. La pregunta surge debido al escándalo generado por una investigación científica llevada a cabo en población vulnerable (de raza negra y condición socio-económica desfavorecida) afectada de sífilis. A todos los participantes se les había ocultado información y negado el tratamiento curativo

-que ya existía- para lograr los objetivos científicos del estudio. El Informe Belmont plantea en sus conclusiones tres principios como filtro moral de toda investigación científica practicada en seres humanos: a) Respeto a las personas, b) Beneficencia y, c) Justicia.

Al año siguiente, en 1979, Beauchamp y Childress<sup>(10)</sup> los re-elaboran y convierten en cuatro pero aplicados a toda práctica médica clínica: el de Respeto a las personas se redefine como Autonomía, el de Beneficencia se desdobra en dos, Beneficencia y No-Maleficencia, y el de Justicia queda como tal.

LOS CAMBIOS EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. *La nueva relación médico paciente.*

Láin Entralgo, en su libro ya clásico “El Médico y El Enfermo” publicada en su primera edición en 1969, y cuya segunda edición aparece en el 2003, hace una descripción magistral de la evolución histórica de esta relación a lo largo de 2.500 años, desde la Grecia clásica hasta la década del 60 del S XX. En los treinta años siguientes, sin embargo, la medicina (en general) y la relación médico-enfermo (en particular) han experimentado más cambios que en los veinticinco siglos anteriores<sup>(11, 12, 13)</sup>,

En el capítulo introductorio de la 2ª edición del libro, 2003, Lázaro y Gracia señalan con precisión que Láin había siempre defendido la tesis de Víctor von Weizsäcker “según la cual la medicina del siglo veinte fue profundamente marcada por la introducción en ella del **sujeto humano**”; es decir, por el reconocimiento y consideración de la persona concreta que todo paciente es. Esto obligó a la medicina a incluir en su teoría y práctica, los aspectos sociales, psíquicos y personales de la enfermedad. En otras palabras, aceptar el justo reclamo del paciente a ser reconocido como sujeto personal, ser escuchado en su condición de sujeto lingüístico y comprendido como sujeto biográfico.

Esta nueva actitud, más activa del paciente, dejó desfasada la propia denominación de “paciente”, aquel que espera pacientemente y acepta pasivamente todas las indicaciones que el médico –quien teóricamente sabe lo que más le conviene- determine para su curación.

Desde entonces, la nueva relación médico-enfermo, que ha recibido muchas y diversas denominaciones, ha generado un cambio radical en su propia base. De su estructura vertical Médico (con poder superior) y Paciente (con poder menor),

se ha horizontalizado convirtiéndose en una relación más justa y democrática en la cual ambos, profesional y enfermo, gozan de iguales derechos. Ya no será el médico quien decida por el paciente, ahora este debe solicitar que aquel consienta y acepte sus indicaciones, para lo cual habrá de informarlo veraz, oportuna y transparentemente, sobre su diagnóstico y acciones terapéutica o de investigación complementaria para devolverle la salud. En última instancia, será el paciente quien en uso pleno de su autonomía decidirá si acepta o no la recomendación galénica. El médico, no importa cuán sabio y bien intencionado sea, ya no podrá ejercer su beneficencia a ultranza. Quien decide es el paciente.

### **3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El Consentimiento Informado se constituye en una doctrina moral de la atención en salud. Su ejecución corresponde a un proceso que se inicia en el mismo momento que el médico asume la responsabilidad del cuidado del paciente. No se trata de un instrumento o documento legal que el enfermo o su familiar deben firmar para proteger la responsabilidad del galeno. Todo lo contrario, se trata de un proceso encuadrado en la relación médico-enfermo, apoyada en la mutua confianza que va surgiendo entre ambos. De este modo, se constituye en el eje moral de tal relación en el nuevo modelo autonomista de asistencia médica. De este modo, la ética protege al paciente y también al médico (*Al cuidar su circunstancia se está cuidando él*).

Un consentimiento informado es idóneo cuando cumple con los siguientes requisitos: 1) Libertad del paciente, sin sufrir presiones externas que coacten su decisión de acuerdo a sus valores. 2) voluntariedad; 3) información suficiente sobre el diagnóstico y las distintas posibilidades y riesgos de las intervenciones, y 4) Comprensión adecuada de la información; 5) Competencia mental para tomar decisiones y asumir las consecuencias.

Se aceptan, además, las siguientes excepciones a la obligatoriedad moral del Consentimiento Informado: 1) Situación de urgencia; 2) Privilegio terapéutico del médico; 3) Incompetencia del paciente para comprender la situación o para decidir; 4) Renuncia expresa del paciente; 5) Tratamientos exigidos por la ley, y 6) Posibilidad de corregir una alteración inesperada en el seno de una intervención programada con otra finalidad<sup>(14)</sup>.

## REFLEXIONES FINALES

La atención médica para tener calidad ética debe:

- ♦ Respetar la sacralidad de la vida.
- ♦ Aspirar a la excelencia del servicio, tanto en el nivel científico cuanto en el humano. En el primer nivel porque la atención que no se fundamenta en la ciencia genera muchos problemas éticos; en cuanto al segundo, porque el hombre es siempre fin y no medio.
- ♦ 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.
- Cuando las características negativas de la atención médica se tornan sistemáticas y no generan la revisión y corrección de los errores correspondientes, se abre el camino hacia la atención deshumanizada, en la cual –distintivamente- no se respetará la sacralidad del Hombre como fin en sí mismo sino que se le hará de utilizar como medio para el puro avance de la ciencia o de exclusiva ganancia económica.

Finalmente, advertimos que el análisis sería incompleto si sólo consideráramos la calidad de la atención a los pacientes. En sistemas ineficientes de Atención de Salud, la salud de los médicos y del personal también se ponen en riesgo por lo cual, sus derechos y salud deben necesariamente tomarse en cuenta.

Actualmente, la ética institucional y salud organizacional de hospitales y clínicas muestran serios signos de alteración<sup>(15, 16)</sup>. El estrés laboral, en su máxima expresión del “Síndrome de Burnout” en personal de salud se viene incrementando<sup>(17)</sup>. Y poco se ha investigado sobre el impacto que ello tiene sobre la salud mental de la familia del médico y de la del personal.

## REFERENCIAS

1. Seguin C A. La enfermedad, el enfermo y el médico. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid, 1982)
2. Delgado H. El Médico, la Medicina y el Alma. Ediciones Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 1992
3. Ortega y Gasset J. Meditaciones del Quijote, 1914. En Obras Completas. (Sexta Edición). Revista de Occidente, Madrid, 1963)
4. Ortiz P. Educación y formación de la personalidad. Fondo Editorial UCH, Lima, 2008.
5. Organización Mundial de la Salud. Constitución. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006.
6. Gracia D. Ética de la Calidad de Vida. Cuadernos del Programa Regional de Bioética, 1996, 2:41-59
7. Van Rensselaer Potter. Bioethics. Bridge to the future, Prentice Hall International, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey, 1971.
8. Asociación Americana de Hospitales. Carta de derechos del paciente. Tomada de: Azucena Couceiro (Ed). Bioética para clínicos. Editorial Triacastela, Madrid. 1999, pp:325-326
9. Comisión Nacional para la Protección de las Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta. El Informe Belmont. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de experimentación. Tomada de: Azucena Couceiro (Ed). Bioética para clínicos. Editorial Triacastela, Madrid. 1999, pp:313-324
10. Beauchamp T y Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, 1st Edition, New York, 1979; 3rd Edition, New York, 1983
11. Laín Entralgo P. El Médico y El Enfermo. Ed. Tricastela, Madrid. 2003
12. Gracia, D. La relación médico-enfermo en España: balance de los últimos veinticinco años, Todo Hospital, 1989, 62: 23-6.
13. Gracia, D. Los cambios en la relación médico-enfermo. Medicina Clínica, 1989, 93: 100-2.
14. Sanchez M. El Consentimiento Informado: Un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. Cuadernos del Programa Regional de Bioética, 1996, 2:77-92
15. Perales A. Ética institucional y estrés laboral. Acta Médica Peruana, 2008, 25 (1): 50-51
16. Perales A., Ortiz P y Nolberto V. Estado de moralidad/inmoralidad de una escuela de Medicina y un hospital Públicos y aplicación de una estrategia de moralización. Anales de la Facultad de Medicina. 2008, 69 (2):97- 103.
17. F Popa, R Arafat, VL Purcărea, A Lală, Bobirnac G. Occupational Burnout levels in Emergency Medicine—a nationwide study and analysis. J Med Life. 2010 Aug 15; 3(3): 207–215.



PANEL





## **AE Dr. Melitón Arce Rodríguez**

Elías Melitón Arce Rodríguez, Médico Cirujano y Doctor en Medicina por la UNMSM y postgrado en el Instituto de Salud Infantil y el Hospital de Niños de Great Ormond Street de la Universidad de Londres, Reino Unido. Ha sido Jefe del Dpto. de Medicina del Hospital del Niño de Lima, actualmente INSN, y docente de las asignaturas de Farmacología y Pediatría en las facultades de Medicina de las universidades Nacional Mayor de San Marcos y Federico Villarreal recibiendo de esta última el reconocimiento como Profesor Emérito. Actualmente es Profesor de Postgrado en maestrías y doctorados en las universidades Federico Villarreal y San Ignacio de Loyola, habiendo desempeñado anteriormente las mismas en las universidades Garcilaso de la Vega y San Martín de Porres. Ha presidido el Colegio Médico del Perú como Decano Nacional, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, en su condición de Decano de la Facultad de Medicina de la UNFV y más recientemente la Academia Nacional de Medicina, de la cual es Miembro Honorario. Entre las distinciones que ostenta figuran la Orden Hipólito Unanue y la Orden Daniel A. Carrión, ambas en el grado de Gran Cruz, Insignia de Honor de la Sanidad de las Fuerzas Policiales en Grado Primero, Medalla al Mérito Alberto Barton, Medalla al Mérito Extraordinario del Colegio Médico del Perú y Palmas Magisteriales en el Grado de Amauta. Ha servido al país como Viceministro de Salud en dos oportunidades y más recientemente como Superintendente Nacional de Salud.

---

*El manuscrito preparado por el Dr. Melitón Arce Rodríguez, fue adaptado como opinión final por los autores de este informe*





### **Dr. José Luis Calderón Viacava**

Médico Internista, Maestro, Doctor en Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia,  
Profesor Asociado, Departamento Académico de Medicina, UPCH,  
Coordinador docente del curso “Fundamentos humanos y sociales de la formación profesional”,  
Asesor del Rectorado UPCH, 1996-1999,  
Médico Asistente, Departamento de Medicina, Hospital General Base Cayetano Heredia,  
Miembro de la Comisión encargada de formular el proyecto “Plan Nacional de Educación Médica”,  
Presidente de la Comisión Técnica para el “Formulario Terapéutico Nacional”, DIGEMID,  
Asesor Temporero, OPS/OMS,  
Consultor del Programa PALTEX, OPS/OMS,  
Miembro Titular, Sociedad Peruana de Medicina Interna,  
Médico Árbitro, Organización de las Naciones Unidas,  
Distinciones: Premio César Delgado Cornejo, Condecoración Orden Cayetano Heredia,  
Medalla Alberto Barton, Diploma y Medalla al Mérito Colegio Médico del Perú.



Estamos tratando un tema de alta complejidad y con una visión personal como Médico Clínico, Internista, voy a hacer los siguientes comentarios:

Los sistemas sanitarios en el mundo están cuestionados, no solamente tenemos problemas nosotros, hay una gran insatisfacción con la atención de la salud. Esta insatisfacción la sienten los pacientes y sus familiares tanto como los Profesionales de la Salud. Una parte fundamental de esta crisis espiritual de la medicina reside en el marco conceptual bajo el cual se realiza la atención de la salud. Los profesionales, en la práctica, no tenemos claro por qué y para qué trabajamos y qué es lo que se espera de nosotros.

Un concepto que está de moda en el mundo es el de “competencias” y está siendo utilizado en casi todas las áreas del quehacer humano. Una definición sobre ella que aprendí hace varios años y que es muy potente es la siguiente: “Una persona es competente cuando sabe lo que hay que hacer; lo que hay que hacer lo sabe hacer y cuando lo hace, lo hace bien” Creo, que con frecuencia, en la atención de la salud, los profesionales médicos, saben lo que hay que hacer y lo saben hacer; el problema es que cuando lo hacen, no lo hacen bien. Y esto sucede por múltiples razones propias o de los Sistemas Sanitarios.

En lo relacionado a los Médicos, parte del problema es que para poder hacer las cosas bien, no basta con saber hacerlas, sino que hay que querer hacerlas bien, para lo cual se requiere una clara capacidad volitiva. Los filósofos van un poco más allá y dicen que no basta con que se tenga la voluntad, se tiene que tener el deseo; solamente aquellos que desean hacer las cosas bien son los que tienen rendimiento de calidad. El problema es que en todas las actividades humanas, la calidad es poco frecuente, y en la Medicina el reto es tratar de lograr que la mayoría tengan calidad. Tarea sumamente compleja.

Los que hemos trabajado en los hospitales, hemos tenido la experiencia de observar y cuestionarnos por qué habían algunos médicos que eran mejores trabajadores que otros y descubríamos que la mayor parte de las veces no era por deficiencias de conocimientos científico/técnicos sino de carencia de otras competencias humanas, culturales y éticas. En los últimos tiempos las Facultades de Medicina se están preocupando que los estudiantes no solamente adquieran conocimientos científico/técnico sino que demuestren desempeños en las competencias arriba mencionadas.

¿Qué necesitamos para que haya una mejor atención de la salud? Necesitamos profesionales médicos verdaderamente competentes que no solamente tengan el conocimiento y la voluntad sino el deseo de hacer las cosas bien. Cuando el médico logra entender el tremendo valor que es la salud humana y la gran oportunidad, que no

puede ser desperdiciada, que está teniendo cuando se encuentra frente a una persona/paciente para curar su enfermedad y mejorar su salud, porque puede ser una de las pocas ocasiones que tenga esa persona para mejorar su calidad de vida. Con relación a esto, quisiera recordar la definición de *Nobleza* del Doctor Honorio Delgado la cual dice lo siguiente *Noble es la persona, cualquiera que sea su origen, en cuyo ser se reúne la sensibilidad fina, el ánimo dirigido a la excelencia, la voluntad abnegada de hacer la obra por la obra misma, y el porte congenial con la grandeza y la excepción.* De esta definición resalto la tercera frase *hacer la obra por la obra misma. Lo que el Dr. Honorio Delgado nos quiere decir a todos los médicos es que la nobleza de nuestro trabajo es tan importante que debemos hacerlo bien; el acto médico es tan importante, que no podemos hacerlo mal. Pero fíjense la inteligencia del doctor Delgado, no bastaba con entenderlo, porque es fácil entenderlo, tienes que tener la voluntad abnegada para hacer la obra por la obra misma.*

Con relación a los Sistemas Sanitarios, debemos mencionar que adolecen de una serie de deficiencias que no facilitan una atención médica de calidad; de las cuales quizá la más importante es que no se facilita poder practicar una medicina Centrada en la Persona, entendiéndola como una *Medicina de la Persona, para la persona, por la persona y con la persona.* Para poder realizar lo arriba mencionado se necesitan cambios organizacionales y programáticos que permitan que los profesionales médicos desarrollen su trabajo en condiciones de calidad. Como ejemplo, el sistema de trabajo médico en algunas instituciones no permite que el paciente, que es atendido en la consulta ambulatoria o en los servicios de hospitalización, sea tratado por el mismo profesional a lo largo de su proceso; lo que en casos de moderada a severa complejidad, es un requisito indispensable para la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Termino con lo siguiente: sería deseable que tengamos un Sistema Sanitario en donde se realice: Medicina real, a costo real, realizada por profesionales competentes, Centrada en la Persona, Basada en la evidencia y en la práctica comprobada, Comprometido con la calidad de la atención y con los Derechos y Seguridad de los pacientes, Orientado a la Salud y a la Comunidad y que sea evaluado por resultados.



# CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y OPINIÓN FINAL



## CONCLUSIONES

1. Hay escasez de estudios sobre el grado de satisfacción del usuario respecto a la calidad de la atención médica en el Perú así como de la preminencia de indicadores de su cumplimiento, este vacío tiene una difícil explicación. Es limitada la información disponible sobre la evaluación de la calidad de la atención de los establecimientos de salud y las medidas tomadas para la corrección de limitaciones o deficiencias.
2. Se reportan casos de ausencia de competencias clínicas causantes de impericias, intrusismos y iatrogenias, y un abuso de tecnología auxiliar en desmedro de la anamnesis y el examen clínico prolijos. También se observan inconductas en el trato al paciente que incluyen discriminación, deshumanización, exclusión, maltrato, abuso y aprovechamiento económico; así mismo mercantilización de la salud y utilitarismo que devienen en decisiones más políticas que técnicas. La excesiva medicalización, la superespecialización médica y el hospitalocentrismo del sistema favorecen la actividad recuperativa y sofisticada en desmedro de la atención primaria de salud, la prevención y la visión holística del paciente aunada a la salud integral de la comunidad.
3. Se observa baja concurrencia del usuario a los servicios de salud. En Lima solo el 47,8% del total de la población que presentó algún problema de salud buscó atención: el 19,1% lo hizo en algún establecimiento del MINSA y 8,3% lo hizo en una farmacia. Para fines de 2010 un 64,5% del total de la población que presentó algún problema de salud buscó atención, pero disminuyó a 15,3% los que lo hicieron en un establecimiento del MINSA y se elevó a 23,7% los que lo hicieron en una farmacia (ENAH0, 2004). En zonas rurales, en 2004, 23.3% no acudía a los establecimientos de salud por falta de confianza con el personal, porque demoraban la atención y otras razones como “maltrato por parte del personal de salud”. Para fines del 2010, los que no concurrían por falta de confianza con el personal, porque demoraban la atención aumentó y otras razones como “maltrato por parte del personal de salud” aumentó a un 44.7%.

4. Agrava lo anterior la aplicación de “presupuestos por productividad” que llevan a atender 20 a 25 pacientes en 6 horas con atenciones de solo 15 a 20 minutos en las cuales no es posible realizar una buena historia clínica, un adecuado examen físico, establecer un diagnóstico, dar un tratamiento, explicar y aconsejar al paciente y a su familia, esclarecer las dudas y finalizar integrando la atención. El paciente ha devenido en cliente de una medicina masiva o usuario de una industria de la salud donde la limitación del tiempo real dedicado al enfermo limita la posibilidad de una atención integral.
  
5. En los sílabos de las carreras de salud hay pocas horas dedicadas al tema de calidad de la atención y son pocos los cursos sobre ética, deontología o salud pública enfocada en la calidad y la humanización del ejercicio profesional; se da escasa importancia a temas claves como la multidisciplinariedad, la interculturalidad, lo intersectorial y el derecho a la salud. El nivel primario de salud reporta no recibir profesionales preparados para este propósito pues los egresados se orientan a la especialización médica, las universidades consideran que el Estado no crea condiciones laborales adecuadas. El problema no es solo de alumnos sino, también, de disponibilidad de docentes calificados y bien remunerados, de escuelas médicas idóneas y de concertación real y efectiva con la autoridad; este conflicto se ve agravado por la masiva creación de facultades de medicina que no reúnen requisitos básicos para la docencia y la investigación médica. Es de suprema importancia una cuidadosa formación personalizada de aquellas personas que atenderán personas que, sumada a su patología, adolecen a menudo de males sociales endémicos como pobreza, desnutrición, inseguridad, maltratos, marginación, entre otros.

## RECOMENDACIONES

1. Se requiere ahondar y documentar el conocimiento sobre la calidad de la atención médica en todos sus niveles y hacer pública la información para establecer estrategias de mejora continua de la calidad en la atención de salud con la participación activa y consciente de todos los involucrados en ella, esto es, usuarios, prestadores y autoridades. En la atención médica debe involucrarse no solo los procedimientos recuperativos sino el concepto de cuidar personas con la profundidad e integralidad que esto significa, no debe olvidarse que el paciente privilegia al médico con su confianza al encargarle el cuidado de su salud.
2. Se requiere mejorar y homologar las competencias clínicas desde la formación universitaria y durante el ejercicio profesional evitando que los avances tecnológicos o los intereses económicos colisionen con la visión humanitaria de la profesión hipocrática y el ejercicio digno, nada reemplaza el contacto empático con el paciente, la anamnesis y el examen cuidadoso y la solidaridad con el doliente. La aplicación de guías de práctica profesional y el monitoreo efectivo de las conductas laborales por los colegios profesionales y las sociedades médicas especializadas contribuyen a mejorar la atención y la percepción de su calidad por los usuarios. Debe cultivarse la humanización del profesional y de la sociedad así como la enseñanza y la práctica de valores éticos en todos los actores de la atención de salud. Se requiere establecer políticas sectoriales viables y de largo plazo que definan el perfil sanitario deseable para el país y los recursos humanos idóneos para lograrlo.
3. Se requiere una estrategia nacional para entronizar la atención primaria de salud -demostrando su ventaja- así como la labor preventivo promocional incentivando la participación comunitaria y su aplicación efectiva en el hogar, los centros de enseñanza o de trabajo; se requiere aliar en este esfuerzo a los agentes de comunicación masiva y la empresa; la aplicación de estilos de vida saludables ha producido grandes mejoras en la salud y la economía en los países que lo aplicaron. Es indispensable la creación de un sistema nacional de salud que integre a todas las instituciones prestadoras de salud y el esfuerzo y recursos de los agentes de la vida nacional.

4. La Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación del Ministerio de Salud debe velar por el cumplimiento de las guías de los estándares de calidad de los establecimientos de primer nivel y de hospitales e institutos especializados, asegurando que el tiempo real dedicado al paciente permita no solo la atención médica y de gestión (formatos innumerables) sino, además, el acercamiento interpersonal y la consejería. La salud no debe verse como mercancía ni la medicina como objetivo de lucro, el acto médico es un acto de suprema confianza entre el que sufre la afección y aquel que entiende el dolor y lo alivia comprometiendo su vocación en ello.
  
5. Aunque son importantes para la atención médica los recursos materiales en los que mediáticamente se incide para mostrar mejoras, en el sentir del paciente son más valiosos la buena voluntad del médico, su empeño y desempeño, el compromiso vocacional aunado a la palabra amable y la conducta pertinente. El comportamiento grupal asertivo requiere de entendimiento y buen clima organizacional y esto es rol de la autoridad, tanto el paciente como el profesional que lo atiende requieren ser escuchados, la satisfacción común es fruto de un esfuerzo colectivo. El don de humanidad debe ser cultivado junto con la comprensión, la compasión y la ética, pero no debe ser exclusivo del médico sino extensivo a todos los actores de la atención. La educación médica, paralelamente al plan curricular debe enseñar a valorar la salud, la sacralidad de la vida y la dignidad del ser humano, precepto que debe ser ejercido a plenitud por el médico. Se debe propulsar la investigación científica en seres humanos bajo los códigos éticos correspondientes, el trabajo en equipo, la tolerancia, la resiliencia, la creación de proyectos de mejora continua de la calidad y el análisis crítico de la situación de salud para desarrollar y aplicar estrategias de corrección. El ente rector no debe otorgar el uso de campos clínicos a universidades que no acrediten las más altas condiciones, en especial de plana docente, para la formación de personal de salud.

## OPINIÓN FINAL

*AE Dr. Melitón Arce Rodríguez*

La salud del hombre es un derecho fundamental, la salud de la población es un tema que desborda al sector y compromete al Estado y a la sociedad en su conjunto; las epidemias demuestran que algunos problemas de salud pueden convertirse en una amenaza global. La atención de salud debe garantizar calidad con oportunidad y dignidad.

La calidad en el cuidado de la salud se traduce en dos parámetros, no siempre coincidentes, uno cuantitativo, expresado en el logro de los objetivos prefijados, en términos de indicadores de eficiencia y eficacia y otro cualitativo, traducido en la manifestación subjetiva de satisfacción del usuario por la atención recibida. El primero de ellos puede ser óptimo pero si no es percibido así por este último, resulta demeritado. Ambos parámetros requieren ser atendidos simultáneamente.

Para alcanzar este objetivo es indispensable disponer de establecimientos que brinden atención oportuna, eficiente y equitativa, es decir que dispongan de facilidades para la recepción de los pacientes, equipamiento actualizado y suficiente y personal competente, suficientemente motivado para brindar un trato cálido y comprensivo.

La búsqueda de la calidad en el cuidado de la salud debe ser una actividad permanente, un proceso de enfoque integral, que persiga el perfeccionamiento constante y promueva, entre otros aspectos, otorgar al paciente el máximo de beneficios reduciendo al mínimo los riesgos posibles. La meta a alcanzar debe ser brindar el máximo de bienestar con la mínima incomodidad.

Condición indispensable es también sensibilizar y motivar al personal de todos los niveles operativos, personal denominado usuario interno, para que acepte que su mayor responsabilidad es la atención del paciente, el usuario externo, admitiendo

como premisa válida que, con razón o sin ella, este último valora su preocupación como lo más importante. Lograr ello requiere necesariamente una constante labor de concientización, a la par que obliga a ofrecerle condiciones de trabajo apropiadas para su mejor desempeño y satisfactorias para mantener su motivación. No olvidemos que en algunas circunstancias la percepción de una buena calidad de servicio depende de la solicitud y dedicación en el trabajo del personal y que ella puede en gran medida superar deficiencias, transitorias o permanentes de otro orden.

Finalmente resulta también importante para alcanzar este logro, informar suficientemente al usuario interno sobre los servicios que se ofrecen, sus deberes y derechos, explicarle acerca de su problema de salud en términos sencillos y comprensibles, el grado de eficacia, las limitaciones, riesgos y costos de los tratamientos a recibir, escuchando respetuosamente sus opiniones y su derecho a involucrarse en las decisiones que se tomen al respecto. El cuidado de la salud es una obligación y un derecho de la persona humana y un deber ético de la sociedad garantizarla, promoverla y preservarla.



## RECONOCIMIENTOS

Al concluir esta edición expresamos nuestro agradecimiento a las autoridades institucionales y, en forma especial, al Grupo de Trabajo Calidad de la Atención Médica, a los expositores, panelistas y participantes, verdaderos protagonistas del exitoso simposio del 29 de abril de 2014.

Asimismo a los señores académicos que contribuyeron con su opinión a enriquecer el documento final.

Extendemos nuestra gratitud al personal de secretaría de la Academia Nacional de Medicina y al Colegio Médico del Perú por proporcionarnos los ambientes y facilidades para el desarrollo de nuestros programas institucional, científico y cultural.

La impresión de este libro se ha hecho con fondos del Ministerio de Salud, a cuyas autoridades agradecemos.

AN Dr. Nelson Raúl Morales Soto,  
*Secretario Permanente*  
*Coordinador de los Grupos de Trabajo ANM*