

## Ideas para mejorar la atención clínica

---

AH Dr. Raúl León Barúa

---

El año 1963-64, hemos estudiado temas interesantes, pero que por el tiempo que disponemos no se pueden presentar ahora. Por ejemplo, “Estrés, desórdenes emocionales y enfermedad”, que en algún momento lo podemos presentar. Y hay otro aspecto también que se relaciona mucho con lo que voy a tratar ahora que es la práctica clínica para mejorar la atención. Hoy día vamos a presentar una propuesta para mejorar la nomenclatura, la clasificación y el diagnóstico de las enfermedades, tomando en cuenta sus síntomas y síndromes (conjunto de síntomas), signos que el paciente presenta al examinarlo ya sea directamente o con aparatos especiales y factores determinantes de enfermedad.

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 manifestaciones y sus causas. Para tal efecto Sydenham, que fue un gran clínico internista, inglés en el siglo XVII, tomó en cuenta las manifestaciones externas de las enfermedades. Diferenciaba procesos con manifestaciones diversas en el cuerpo. Estudió profundamente, el problema de la gota, con depósito en muchos tejidos de exceso, por ejemplo, de ácido úrico. Morgagni en el siglo XVII y XVIII, Bichat en el siglo XVIII y principios del XIX y Virchow propusieron sucesivamente como, causas de enfermedades lesiones de órganos porque Morgagni, cuando un paciente fallecía por causa de una enfermedad que ya había tenido, hacía necropsia y encontraba lesiones en órganos. Entonces Vichat se dio cuenta después de la importancia de los tejidos, o sea, había lesiones en tejidos y Virchow por supuesto fue un gran creador de todo lo que se ha conocido sobre estudios de las células y la importancia de las células.

Müller, Magendie y Bernard, sus contribuciones en fisiología sentaron las bases para poner en evidencia

causas biofísicas y bioquímicas. O sea, que poco a poco se han ido aportando una serie de factores que se han ido sumando para llegar a un mejor diagnóstico.

Siguiendo otra línea, el gran investigador francés Pasteur, o Koch y sus colaboradores abrieron el camino hacia la comprensión del papel de microorganismos en la génesis de enfermedades. Como todos sabemos Pasteur hizo importantes contribuciones en la comprensión del papel de microorganismos. Koch hizo estudios sobre la tuberculosis también y finalmente, Charcot, Freud y Pavlov, hicieron valiosos aportes en lo que respecta a la acción de factores psicológicos.

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.

Realmente uno allí comienza a comprender porque los nombres que se han puesto a las enfermedades han ido cambiando tanto y qué cosa se puede hacer en este sentido. El referirse por ejemplo a estreñimiento crónico, úlcera duodenal, colitis microscópica, linfoma, síndrome de intestino irritable, brucelosis, histeria, enfermedad de Alzheimer, etc., es muy comparable a cómo 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 y colaboradores en el siglo XVIII. Él vivió corto tiempo, porque a pesar de haber hecho esta contribución a la clasificación de las sustancias químicas, él desgraciadamente murió en la guillotina porque al mismo tiempo que hacía grandes investigaciones, por ejemplo, en relación con química, a él también se le había atribuido el cobrar impuestos a la gente, entonces, esto causó un odio tremendo y por eso de cobrar impuestos murió

pues allí en la guillotina, ojalá que si hacemos también cambios en toda esta nomenclatura de la clínica no vaya terminar también en la guillotina. El obvio desorden en la nomenclatura y la clasificación de las enfermedades es considerado un problema clínico que debería resolverse. Tengo libros que tratan sobre toda la filosofía de este problema y consideran que la nomenclatura y clasificación de las enfermedades hasta ahora es un caos tremendo. Eso es lo que nos ha venido entusiasmando, venir encontrando sistemas un poco más coordinados, un poco más regulares.

A continuación, menciono una propuesta que he hecho tratando de mejorar el diagnóstico de los procesos que afectan a nuestros pacientes.

El ser humano es un todo indivisible. Pero, haciendo diferentes tipos de estudios se puede encontrar estructuras anatómicas (EA), procesos fisiológicos, biofísicos, y bioquímicos y también procesos psicológicos que como ya les he dicho son importantes. El ser humano vive en su medio ambiente, sin poder influenciar mucho sobre el medio ambiente, que es el medio ambiente natural. Estamos sujetos a la acción del frío, del calor, la sequedad, la humedad, la altura. Y hay también el ambiente artificial o cultural, que es el ambiente que ha sido creado poco a poco por el ser humano para mejorar sus relaciones con el medio ambiente en general.

Las enfermedades, esta es una cosa que también hemos podido revisar bien, al final voy a mencionar cómo nos inspiramos en eso. Las enfermedades no tienen una causa sino múltiples causas, o mejor, múltiples factores determinantes, que actuando en conjunto y relacionándose entre sí dan lugar a la enfermedad.

Cuando se habla de factores determinantes de enfermedades se habla en general de etiopatogenia. Hay muchos libros, si se revisan se va a encontrar la etiopatogenia, pero no se separa lo que es la etiología de la patogenia, pero hay que tener cuidado con esto. Por ejemplo, en la clasificación de las enfermedades una gran contribución de Eduardo Marañón es el diagnóstico etiológico, pero él todavía no había entrado en lo de patogenia, o sea, diagnóstico también patogénico.

Los factores etiológicos pueden ser externos. Los factores etiológicos externos son, por ejemplo, físicos: el frío, el calor, la sequedad, la humedad, la baja presión atmosférica. Todo esto influye sobre el estado de salud. Factores químicos, tóxicos, venenos, hipovitaminosis, etc.,

Biológicos, como ya hemos mencionado también, virus, bacterias y parásitos patógenos. Sociales, el hacinamiento. Cuando las personas viven con hacinamiento, entonces hay mucha más posibilidad de contagio, por ejemplo, de enfermedades infecciosas, o sea, que esto también influye sobre factores psicológicos.

Ponemos a los factores psicológicos como externos e internos. Porque, como vamos a ver después, en parte, los factores psicológicos se deben a acciones externas, pero también internas en nuestro cerebro. Y hay factores psicológicos internos que es lo que forma la constitución, predisposición genética congénita y adquirida, y capacidad de resistencia frente a factores agresivos. Y los factores patogénicos que los separamos, o sea, todo lo que he presentado al principio son factores etiológicos y ahora entramos a factores patogénicos, alteraciones fisiológicas, anatómicas y psicológicas, y entonces ya la enfermedad se está produciendo. No se trata solamente de influjo de factores externos, sino de que ya, la enfermedad está comenzando a ser letal, o sea, enfermedad realmente. Y aparecen síntomas, que es lo que la persona siente, y que expresa a nosotros los médicos cuando conversamos con ellos, y los signos también que son lo que encontramos cuando examinamos cuidadosamente a nuestros pacientes.

Un factor bien interesante, es la enfermedad-dolencia. Que esto fue movido en forma muy importante con los grandes profesores Carlos Alberto Seguí y Honorio Delgado. La enfermedad es lo que el médico puede encontrar al examinar a un paciente, pero también es importante darse cuenta de cómo la enfermedad influye sobre la persona para producir lo que se llama dolencia, o sea, el sufrimiento ya sea también mental. Un ejemplo que siempre lo he puesto cuando presentaba esto es un día que estaba en el consultorio, día de verano, hacía bastante calor, y de repente viene un joven allí a la puerta, nos saludamos, le di la mano y las manos estaban heladas, frías completamente. Entró, tenía veintitantos años de edad y comenzó a contarme lo que tenía, dolor de origen colónico, flatulencia, estreñimiento alternando con diarrea, o sea, una serie de cambios, pero acá me dijo una cosa que era muy importante. Me han dicho que de repente tengo solamente lo que se llama colon irritable y todo esto. Pero mi padre que tuvo los mismos síntomas hace algún tiempo falleció con cáncer de colon. Entonces, doctor no vaya a tener yo también cáncer de colon. Entonces, para tranquilizarlo le dije, me parece que no, la sintomatología es mucho más leve de lo que se presenta en estos problemas de cáncer de colon. Además, vamos a estudiar cuidadosamente su problema para ayudarlo y

todo esto lo levantó bastante espiritualmente hasta que efectivamente confirmamos que no tenía una enfermedad grave; pero acá están en forma muy clara esta relación enfermedad dolencia que los médicos tenemos que tomar muy en consideración.

Como lo hemos precisado varias veces, diagnosticar no consiste en solamente dar un nombre a la enfermedad que presenta un paciente y tampoco solamente en diferenciarla de otras similares, o sea, hacer diagnóstico diferencial deriva del griego "diá", 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 los signos incluyendo resultados de exámenes auxiliares solicitados, observados en el paciente que está aquejado por la enfermedad. Por eso hicimos una propuesta. Sería interesante tratar de buscar una clasificación de las enfermedades, tomando en cuenta el síntoma o los síntomas que tiene el síndrome, o sea, conjunto de síntomas o síndromes y el signo o signos que como médico encontramos cuando vamos examinando cuidadosamente a nuestros pacientes.

Y entonces, hay que pensar acá en lo que ya hemos expuesto antes que son factores determinantes etiológicos y patogénicos y esto nos permite también entrar muchas veces, como nos ha sucedido con esta práctica en la investigación, porque muchas veces se conocen algunos factores etiológicos, por ejemplo, pero no se tiene claramente un diagnóstico patogénico exacto, entonces eso nos permite al encontrar cosas que faltan en el diagnóstico total, entrar a hacer investigación y progresar poco a poco en la comprensión de los problemas.

Les pongo por acá un ejemplo. Paciente que presenta por historia clínica síndrome flatulencia. Hemos estudiado bastante también la flatulencia desde el año 1963-64, con eructos, meteorismos, sensación de distensión, y expulsión de gran cantidad de gases por vía rectal, y síndrome dispepsia con sensación de llenura epigástrica postprandial, vinagreras, regurgitaciones, náusea y vómitos, y dolor epigástrico postprandial; y por examen físico: signos de distensión y timpanismo abdominales.

Al percutir el abdomen uno encuentra donde hay acumulación de gas, porque cuando no hay mucho gas el sonido es seco, pero cuando hay presencia de gas entonces encuentra gran timpanismo allí. Y luego, mediante profundización de la historia clínica y realización de exámenes auxiliares escogidos considerando las manifestaciones externas presentes, se ponen

en evidencia, mala absorción de lactosa, giardiasis, Giardia lamblia que son parásitos que encontramos frecuentemente en la práctica clínica; incremento de la fermentación intestinal por bacterias colónicas, esto lo estudiamos sobre todo con la hija del Dr. Humberto Álvarez Bianchi, creamos unos aparatos bien sencillos, porque en ese tiempo no teníamos gran cantidad de dinero para hacer investigación y nos dio gran resultado el uso de aparatos sencillos y hasta ahora los seguimos usando para estudiar la fermentación intestinal en la persona, poniendo heces en diferentes condiciones, pero no vamos a cubrir todo esto completamente; y sensibilidad de las bacterias fermentativas a medicamentos antimicrobianos, ansiedad y depresión (si la persona tiene esto), esofagitis por reflujo gastroesofágico; que además de relacionarse con los síntomas de vinagreras y regurgitaciones, al estar unidas con los otros síntomas el síndrome dispepsia, origina con ellos aerofagia que también contribuye a producir una acumulación de mayor cantidad de gas aparte de lo que hemos hablado antes de la fermentación y todo esto, también la aerofagia es bien importante.

Con toda esta información lograda, el manejo del problema del paciente va a ser mucho más efectivo. Para terminar, les menciono consecuencias valiosas que hemos ido acumulando de esta propuesta.

De acuerdo con la nueva orientación de Medicina Centrada en la Persona, que un excelente alumno que tuvimos, ahora el Dr. Mezzich, ha estado haciendo un movimiento a nivel mundial sobre la Medicina Centrada en la Persona respecto a todos los aportes de grandes figuras de la medicina ya mencionados, nos ha hecho estudiar también mucha más historia de la medicina, que nos permite ver con claridad los vacíos que aún existen en el conocimiento de factores determinantes etiológicos y patogénicos y la necesidad de llenar los vacíos con producto de investigación. O sea, que nos ha ido impulsando a través del tiempo a hacer continuamente investigación

Experiencias personales y reflexiones que me han ido llevando progresivamente a la concepción que he expuesto, enseñanza de grandes profesores, por ejemplo, René Gastelumendi Velarde, que me hizo mucho más clínico. El Dr. César Romeo Zelada Azañedo, el Dr. Víctor Alzamora Castro un gran cardiólogo que nos ayudó inclusive consiguiéndonos dinero, como sabía que nos gustaba la investigación, allí nos hizo un lugar donde podíamos hacer investigación con aparatos formidables. Y también, mi gran profesor el Dr. Frederic Steinmer que era de Viena y estaba en Chicago cuando yo fui para



hacer mi residencia en gastroenterología, y a él le debo mucho, mi interés por la historia y filosofía de la medicina fue incrementado por conversaciones con los profesores Honorio Delgado y Javier Mariátegui.

Un buen día, después de haber estado hablando de historia y estudiando, me dijo: “y por qué no enseñas historia de la medicina”. Le digo: “profesor yo soy un recién llegado acabo de dejar de ser alumno y si viene un historiador de la medicina del extranjero me voy a sentir miserable, en comparación con lo que él sabe”. En España hay unos historiadores de la medicina, formidables. Qué ocurrencia me dijo, tienes que entrar ahí y mover en estudiantes el interés por la historia de la medicina. Y el Dr. Honorio Delgado me hizo pues entrar en esto.

Interés por el tema de la teoría general de sistemas de von Bertalanffy que es interesante, despertado en mí por un profesor de la universidad de Huamanga, a donde fui invitado para dar conferencias por el Dr. Roger Guerra García alrededor del año 1973.

Concepciones progresivas sobre la multicausalidad de todo lo que ocurre en nuestro universo: Hay personas que creen que lo que aparece en nuestro universo se debe a un solo factor. Cuando uno se pone a estudiar profundamente una cosa, se encuentra que hay múltiples factores. Y una visión multifactorial de la medicina y dedicación constante por este interés que nos despertó a todos a la investigación clínica.

Esto es lo que quería presentarles ahora y si ustedes tienen ideas sobre los diferentes temas que la Dra. Pilar Mazzetti también ha tomado en cuenta, que su aporte ha sido realmente interesante, y si alguna de las cosas que he dicho también, ustedes quieren hacer preguntas o dar sus ideas, me dicen si están en desacuerdo completamente conmigo, yo no me molesto en absoluto por eso.

## Discusion y Conclusiones

**Dr. David Tejada de Rivero:** Tengo un comentario que hacer. Normalmente, a esta hora yo estoy durmiendo, y sobre todo porque soy testigo de la mala interpretación de lo que es salud y confundirla con lo que es medicina reparativa, por más que haya actividades de tipo promocional y preventivo. Quisiera comenzar haciendo un comentario general. Según la Biblia, el Génesis, después del diluvio, el mundo se despobló y Dios ordenó a los sobrevivientes que repoblaran el mundo yendo en

diferentes direcciones, lo cual fue acatado. Pero hubo un grupo soberbio, vanidoso que se quedó en lo que hoy es Mesopotamia y se dedicó a justificar su existencia con una vanidad de construir una torre que llegara hasta el cielo y pasara a la historia del mundo por eso. Dios se enojó y la maldición que dio fue que los que estaban construyendo la Torre de Babel hablaran cada uno un idioma diferente. Al no ponerse de acuerdo porque no se entendían porque hablaban idiomas diferentes, no les quedó otra cosa que ir a repoblar el mundo.

Hoy en día dice los estudiosos del mundo, con una visión futurista, dicen que hay una maldición que es mucho peor que la maldición del Génesis, que es lo que le llaman la nueva o neo-Babelización. Hablamos un mismo idioma, pero no nos entendemos porque cada uno le da un significado diferente a una misma palabra.

He seguido muy de cerca por mi inclinación política y gracias a esa inclinación política y a otros factores, yo pude hacer cursos, sin llegar a hacer el doctorado, pero fueron cursos seleccionados del doctorado de ciencias políticas en la Universidad de Brasilia, en ocasión en que fui representante de la OPS en Brasil, después de haber sido durante 13 años subdirector general de la OMS en Ginebra y el Coordinador General de la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud de Alma Ata.

He seguido todo el proceso político de estas últimas elecciones, sobre todo para ver qué decían los candidatos, qué decían los comentaristas políticos. Y había una confusión completa.

Es decir, hablan de salud, cuando se referían a atención médica reparativa, que son cosas completamente diferentes. Sin embargo, al final, yo llegué a una conclusión. Kuczynski y los otros candidatos nunca hablaron de salud, hablaron de atención médica reparativa, a lo cual le decían salud. Pero, por otro lado, por ejemplo, Kuczynski estaba muy orientado a salud, porque aquí habló de cosas muy importantes, habló de agua saludable para todos y habló del medio ambiente y habló de otros factores económicos. Entonces, hay que romper ese sentido de confusión entre lo que es atención médica reparativa y lo que es la salud. Son cosas completamente diferentes.

La atención médica reparativa es una parte de la salud. Que hay que mejorarla, indudablemente, pero no resuelve los problemas.

El mundo me dio la oportunidad, es decir, la suerte que tuve fue que por mi cargo y por las condiciones de mi cargo

cuando fui subdirector general de la Organización Mundial de la Salud, que me permitió por ejemplo visitar China siete veces y en China me hablaron y pude comprobar también con otras fuentes de que hubo una época en que un emperador dijo, bueno lo médicos, de la medicina china, van a ser todos, funcionarios del Estado de aquella época, de su dinastía y les vamos a fijar un sueldo muy alto. Los médicos felices. Pero tienen que dedicarse a cuidar familias y los dispersó por todos los lados de su imperio en China para cuidar familias.

Cuando terminó el primer mes de esto los médicos felices se fueron a cobrar. "Lo que pasa es que tenemos que descontar por cada muerto y por cada enfermo" Entonces, ¿qué pasó? Los médicos tenían que dedicarse a que no se muriera la gente, a que no se enfermara la gente. Eso es salud. Que no se enfermen, que no se muera.

Y los factores que determinan la salud son factores que hoy nadie los discute, aunque no los entiendan, que son los determinantes sociales, económicos, de todo género. Entonces, la diferencia entre medicina reparativa y salud es una diferencia muy grande. La medicina es una parte pequeña de la salud y la salud es un proceso muy complejo.

Vine muy interesado en las presentaciones y la presentación de Pilar, y quiero felicitarla muy sinceramente porque entró al campo de la salud aunque con un enfoque un poco médico, que es mucho mejor, hablar de medicina con un enfoque un poco de salud, es decir, la medicina, por la formación del médico, que es un problema grave de educación, ha degenerado a tal punto que yo lo he conocido como paciente.

Yo tuve dos accidentes de los cuales ando inválido en recuperación, en rehabilitación y me tocó estar en hospitales. Se suponía que yo conocía hospitales porque había sido ministro de salud dos veces, pero nunca conocí los hospitales, aunque visité los hospitales. Uno conoce los hospitales cuando va de paciente y tanto en un hospital de Essalud como el Rebagliati, hice un informe sobre eso que no le hicieron caso las autoridades, como después pasé, la primera parte el primero de mis dos accidentes, fue al lugar más representativo, es decir, al Casimiro Ulloa. Entonces, paciente del Casimiro Ulloa y paciente del Rebagliati, me di cuenta de que el paciente no cuenta. Por fin conocí lo que era un hospital. El paciente no es nada. Cuando estaba en el Rebagliati, el médico tenía que ir a verme. Me dieron una habitación especial, yo solo. La otra cama estaba vacía, cerca del puesto de enfermería. Pasaba el médico a examinarme, no me preguntaba nada

de mí, ni de mi familia, ni de nada, me pedía exámenes y después recetaba, sin comunicarse conmigo.

Diagnosticó sin preguntarme nada. Pero eso no era todo, Pidieron una interconsulta que nunca hicieron. Es decir, me dijeron, va a venir a las 10 de la mañana, el médico de la interconsulta. Diez de la mañana pasó, a la 11 de la mañana me levanté de la cama y salí a hablar al puesto de enfermería y dije, qué ha pasado, el medico no ha venido. No, si doctor, el médico sí ha venido. No puede haber venido. No me ha tocado la puerta, no ha abierto la puerta, no ha pasado por mí. A ver, vamos a ver. La enfermera fue al archivo de historias clínicas y estaba firmado que había pasado que me había examinado y me había recetado. Eso es verdad, absolutamente verdad, que yo lo escribí y lo mismo en el Casimiro Ulloa. No sé si hay alguien acá que esté comprometido por esto, pero es preferible que lo sepan, porque cuando uno quiere mejorar las cosas hay que tener la valentía de denunciarlas y no quedarnos tranquilos.

En el Casimiro Ulloa tuve un tratamiento que no era apto para el ser humano. También me quejé e hice un informe, que tampoco lo tomaron en cuenta. Entonces, me trasladaron al Hospital Loayza. En el Hospital Loayza sí, me atendieron como una persona, completamente diferente. Ya, entonces, yo conozco eso como paciente. Porque como ministro me invitaron muchas veces a ver los hospitales y no los conocía. Me enseñaban cómo funcionaban teóricamente, pero no como era la realidad. La realidad uno solo la ve cuando está de paciente. Entonces, uno tiene que tener mucho cuidado con la información.

Quiero mencionar tres puntos. En primer lugar, quisiera mencionar algo relacionado con la participación interdisciplinaria. Yo creo que en salud no tiene que ser solamente interdisciplinaria tiene que ser intersectorial. Es decir, a la salud contribuye más la educación, el agua, el ambiente, incluso un salario adecuado, en fin. Eso no lo enseñan en las facultades de medicina. Yo he llegado a la conclusión atrevida que las facultades de medicina son simplemente sucursales de los laboratorios farmacéuticos, donde al médico le enseñan hasta tener un diagnóstico y automáticamente recetar un medicamento. ¿Qué medicamento? cualquier medicamento que le interese a la industria farmacéutica. Yo conozco lo que es la industria farmacéutica cuando fui ministro. Yo recibí grandes donaciones sin motivo, que las rechacé todas de la industria farmacéutica. Entonces, el tema que quería destacar es de que la salud se combate con la acción de muchos sectores ninguno creo que se escapa.

Los determinantes son todos. Cuando uno habla y dice bueno, los sectores de salud, no. Todos. Hay que conocer las realidades sociales desde un punto de vista del desarrollo social y las realidades sociales están imbricadas, eso no nos enseñan en las facultades de medicina, eso no nos enseñan en la práctica de todos los días.

El segundo punto que quiero tomar es Educación, porque es importante. La formación del médico, incluso yo quedé muy sorprendido de que un ministro de educación continuase de un régimen a otro régimen no haciendo educación, porque, así como hay una confusión entre salud y atención médica, hay una tremenda confusión entre instrucción y educación.

Instrucción es entrega de conocimiento para ser memorizado y aplicado mecánicamente. Educación es una formación que está muy bien mencionada por el caso de la presentación de Pilar, es decir, educación implica valores, la educación moderna es desarrollar capacidades y potencialidades. Estoy hablando de la educación moderna de Enric Ferri y su escuela en Francia y que ahora en China la están desarrollando en un área experimental de Shanghái.

La educación es el desarrollo de capacidades y potencialidades en tres cosas fundamentales. Primero, pensar. Pensar no es memorizar. Pensar es relacionar toda pieza de información con otras y además con la experiencia en el terreno. La segunda capacidad es la que va contra nuestro sistema cultural. La capacidad de dudar y criticar. Nuestra cultura es, yo no te critico tu no me críticas y vivimos en paz. No, la crítica es absolutamente saludable, la crítica contribuye a la capacidad de pensar. La crítica por más mal intencionada, por más negativa, muy bienvenida, porque está construida sobre un granito de verdad que uno no lo ha visto. Entonces, la capacidad de dudar y criticar, completa la capacidad de pensar, no memorizar.

Sin la capacidad de pensar y la capacidad de dudar no se puede tener la capacidad de crear que es requisito para el mundo de hoy en el siglo XXI.

El mundo es social, el mundo está globalizado, las sociedades son las interrelaciones personales, no es una cosa mecánica, no es un reloj, no es tampoco un cohete espacial. El cohete espacial con un millón de piezas es mucho más simple que la relación entre dos personas, eso está demostrado. Entonces, hoy en día la educación tiene que ser sobre la base del conocimiento de estas realidades sociales.

Y el último punto, que quiero tocar porque creo que es importante, es la tecnología. Yo no hablo de tecnología sola, yo hablo de la mercantilización de la tecnología, que nos hace pensar que, con la tecnología de último modelo, de último detalle tenemos solucionados los problemas a cualquier costo.

Lo que se había malogrado en el celular era un pequeño chip que permitía la carga del celular. Lo llevé a todas las tiendas que venden y dijeron no, no hay ese chip, hay que buscarlo en Lima, fui a todas las tiendas de Lima, tampoco había. Hay que buscarlo en Estados Unidos, escribí a un familiar, que me consiguiera el chip, el familiar después de 3 semanas me dijo, ya no hay. Porque me han dicho que tu celular ya pasó los dos años de duración.

El mercantilismo de la tecnología es que no hay repuestos, para obligar a que uno compre un nuevo modelo incluso hay estudios en Estados Unidos que señalan de que cuando la industria tecnológica saca una cosa al mercado, ya tiene debajo de la mesa dos versiones nuevas y tienen ya la indicación de que no hay repuestos.

Somos víctimas de la creencia de que la tecnología nos ayuda. La única tecnología es la capacidad de pensar y la capacidad de reconocer cual es el mercantilismo que nos explota y que nosotros creemos ingenuamente. No seamos ingenuos. Vayamos contra todas estas cosas negativas que afectan a la salud y que afectan a la medicina.

**Dra. Pilar Mazzetti:** Le agradecemos al doctor por los comentarios porque realmente es bueno que alguien sea la espina que tenemos clavada en algún lugar y nos haga reflexionar. Creo que las experiencias de vida del doctor nos muestran que el status quo es lo peor que pueda existir y que si nos mantenemos siempre exactamente siguiendo lo mismo, las cosas no van a cambiar.

Estamos diseñando un Instituto de Ciencias Neurológicas, para mudarlo de lugar, en otro lugar. ¿Qué estamos diseñando para la Dra. Mazzetti, el Dr. Torres, el Dr. Alvarado? es para los jóvenes para las nuevas generaciones. Creo que tenemos que sacudirnos de nuestros laureles y dejar el camino libre para las nuevas generaciones y las nuevas concepciones, el abordaje de lo que es la salud en el sentido más amplio, en el sentido de bienestar y el equilibrio no solamente en el ambiente sino el equilibrio espiritual, el equilibrio moral y todo lo que hace que un ser humano sea eso, una persona completa como decía el profesor Cuba.



El profesor Cuba decía, el médico tenía que ser completo y yo me gané mi sitio en la Sala Santa Ana, porque le pude mencionar cinco obras de Axel Munthe, no porque le describí alguna ruta anatómica. Entonces, creo que tenemos que regresar a eso porque eso nos hace más fuertes y nos hace capaces de resistir mayor cantidad de cosas y de ser independientes efectivamente como dice el doctor, no hacerle caso a todo lo que el mundo dice y todo el mundo marcha bonito, sino ser totalmente irreverentes, ser independientes y cuestionar las cosas.

Yo le agradezco mucho que haya puesto en evidencia de la multifactoriedad de todo lo que ocurre en nuestro universo. O sea, lo que ocurre no se debe a la acción de un solo factor sino de múltiples factores que actuando en conjunto y relacionándose entre sí dan lugar a esto. Y le hago el comentario, por ejemplo, de lo que sucede, de cómo el médico o el que atiende a pacientes maneja esta relación, para mantener una relación buena.

Yo no voy a mencionar nombres, pero tenía un alumno brillante que tuvo la idea de crear un instrumento para preguntarle a los pacientes en hospitales de quién era realmente el médico que los ayudaba o la persona que los ayudaba, y el resultado que dio este trabajo que hizo que fue su tesis, nos causó un poco de problema, porque hubieron muchos grupos que se resistieron.

La inmensa mayoría de pacientes pensaban y reconocían como ayuda real a los que estaban estudiando medicina junto con ellos y que les explicaban las cosas para que estuvieran tranquilos y ponían en evidencia lo importante que era el apoyar a la persona dándole una situación firme, o sea, que podían salir adelante, luchar contra su problema, y para ellos los médicos que trabajaban ya en cosas mucho más finas ni los tomaban en consideración, porque no les explicaban a ellos cuáles eran las causas de su sufrimiento. Yo le agradezco porque lo que ha explicado pone en evidencia la importancia de la multifactoriedad en las cosas que nos ocurren.

**Pregunta:** Más que una pregunta quería señalar que las dos ponencias han sido muy densas en el sentido en que han estado muy llenas de conceptos y no han sido fáciles de digerir. Quería comentar primero con respecto a la Dra. Mazzetti y de un tema que me es cercano y que ella lo ha señalado. Realmente la felicito por eso. Es el tema de la diversidad cultural.

Sucede que aquí en nuestro país hemos pasado directamente de no haber aceptado nuestra diversidad

cultural natural digamos, la de los indígenas y el mestizaje, y hemos pasado a la creación de nuevas culturas. Lo ha señalado perfectamente Passara con el de la cultura achorada o Matos Mar con lo del desborde popular. Y son culturas que no son producto de la naturalidad digamos de las etnias anteriores sino de la interacción de la sociedad y las nuevas tecnologías y estamos entrando ahora a una multiculturalidad mucho más grande sin haber resuelto el problema que debíamos resolver mucho tiempo atrás, de la multiculturalidad natural. Entonces, ese es un tema muy complejo, como los otros que han señalado.

Con respecto a la ponencia del Dr. León Barúa, él ha señalado el sentido etimológico de diagnosticar que es “día” que en griego no es un “día” de a través de simplemente es un a través un poco de arriba hacia abajo y qué se vincula y eso es lo que diferencia al diagnóstico occidental de otros tipos de diagnóstico.

Lo que diferencia al diagnóstico que tenemos en el mundo occidental de otros diagnósticos es que tienen otros sistemas en los cuales se utiliza la empatía, por ejemplo, el sentir que el paciente tiene algo como en las medicinas tradicionales. Entonces este diagnóstico que señala muy bien, es un diagnóstico que tiene una cultura occidental y que también se vincula con el tema intercultural. Hay otros diagnósticos que se forman por la empatía que tienen nuestros médicos tradicionales, por ejemplo, que sienten lo que tiene el enfermo, pero no han llegado a ello a través del pensamiento racional.

Finalmente, en cuanto a una cosa que también se ha dicho. Es decir, muchas veces hablamos de las mismas palabras, las mismas cosas, pero sin embargo están hablando distinto, y resalta la frase del genial Bernard Shaw que refiriéndose a Inglaterra y Estados Unidos decía, son dos grandes países separados por un mismo idioma.

**Dr. León Barúa:** Esto de las culturas nacientes es de una riqueza tremenda. El problema que tenemos creo yo es que estamos cambiando muy rápido, cada vez se integran más cosas y surgen cosas nuevas y realmente nos desborda. Ya es bastante complicado, tenemos algunos trabajadores que hablan quechua y otros que hablan aimara, entonces ya sabemos cuándo viene un paciente, le avisamos inmediatamente corre a ayudar y el paciente puede entenderse mejor.

Pero ahora nos está pasando que vienen los amigos del callejón de enfrente, lo amigos de la parte de atrás

y tenemos problemas a veces para la terminología que emplean. Nos movemos nosotros en un mundo con mucha delincuencia en Barrios Altos y a veces tenemos dificultades porque se cortan entre ellos y nosotros los cosemos, los atendemos y tenemos dificultades para entenderlos.

El médico de guardia me dice, este me dijo tal cosa, tal otra. Claro, le cosen, lo atienden, pero ya hay lenguajes que no estamos llegando a captar, entonces, tenemos que buscar a algunos de los trabajadores que viva en la zona y que nos explique un poco. Cuando te dice esto, ten cuidado porque significa esto, cuanto te diga esto no te preocupes. Tiene que hacernos una pequeña traducción de algunos de los términos. Estamos cambiando tremendamente. Y es cierto, no hemos resuelto nuestros conflictos de identidad nacionales y ya están surgiendo otras pequeñas identidades que están alimentando el yo que es el Perú y no hemos terminado de entendernos, eso es muy real y hace las cosas más complejas.

Les expongo una experiencia que también tiene que ver con algunos aspectos que tocó el doctor. Yo tenía que discutir mucho con estudiantes, mis alumnos, que algunos en ese tiempo estaban inclinados tremendamente hacia la izquierda como todos sabemos y entonces luchábamos con esto, discutíamos y me decían todas las razones que me estás dando no sirven para nada. Usted me habla solamente de que es importante la investigación científica para comprender las cosas. Lo único que vale, por ejemplo, y que es un ejemplo, es lo que se está haciendo en China, es el médico descalzo, es el médico real allí que ayuda a las personas. Pero por favor, les decía yo, no deje de lado la investigación científica, porque eso también hace progresar el manejo de problemas en medicina. Pasaron unos días y de repente viene desesperado, corriendo y me dice, mi hermana ha tenido un dolor intenso aquí debajo del ombligo al lado izquierdo y está vomitando muy fuerte y se siente con el abdomen distendido. Por favor véamela. Entonces yo le hago una broma, pero cómo quiere que la vea, como médico descalzo o un médico científico. Ya, ya, déjese de bromas profesor, como médico científico para que ayude a mi hermana. Entonces, la examiné con todo cuidado y había distensión acá, escuché con mi estetoscopio y había una lucha del intestino contra una zona que estaba obstruida. Se le había torcido completamente el colon y tenía una obstrucción allí. Y entonces le digo, todos los síntomas que tiene y lo que he encontrado indican que hay una torsión del sigmoides y se ha producido una obstrucción allí. Y entonces se fue y se salvó. Después de eso, ya quedó con la experiencia.

Ya no me hablaba solamente del médico descalzo. Y yo todavía encima lo fastidiaba un poquito porque le decía. Ya ve, es importante también la investigación científica pues, para ir progresando.

**Comentario:** Quisiera brevemente, ante las interesantes exposiciones, hacer una reflexión. Si bien es cierto los establecimientos de salud del sistema de hospitales y centros nos hace ver claramente que tenemos una estructura para la atención de esta salud recuperativa que menciona David, también es cierto que debemos pensar cual es la estructura para proteger y promover la salud, no la recuperación, sino que no haya enfermedad. ¿Cuál es esa estructura de la sociedad, existe, no existe, hay que hacerla? Diremos que hay familia, que hay comunidad, diremos que hay trabajo, que son las estructuras naturales de la vida cotidiana, donde estos factores determinantes condicionan la salud. Pero la pregunta concreta es, ¿a través de qué estructura se puede cuidar a la familia, cuidar a la comunidad, cuidar el trabajo?. Y pregunto si esa estructura no podría ser el Gobierno Local que puede atraer a lo intersectorial, puede atraer la pertinencia de la empresa privada, del esfuerzo colectivo por mejorar un sitio dónde vivir, y entonces si es así qué podemos hacer, porque eso es construir la estructura de la salud.

**Dra. Pilar Mazzetti:** En los asuntos de promoción y prevención me parece que tienen que haber diferentes niveles, y sí, definitivamente, así como la atención primaria es la puerta por donde nosotros ingresamos y debíamos tener la mejor calidad de atención y los médicos mejor calificados, porque paramos el proceso justamente cuando recién está comenzando, igualmente, el medio ambiente inmediato debe ser el primero que debe encargarse de la prevención y promoción.

Al mismo tiempo que uno va para atención primaria, debiera tener allí la prevención y promoción para no volver a regresar. Ese sería el primer nivel. Ciertamente tiene que haber una atención de prevención y promoción hasta el nivel terciario inclusive, cada uno con la óptica que le corresponda.

Pero el primer nivel debiera ser por igual para la atención primaria y para la prevención y promoción y los que están al pie, o sea, los Gobiernos Regionales, los municipios, por ejemplo, el municipio de Lunahuaná está ayudándonos para darle mayor calidad de vida a las personas que tienen Huntington y al mismo tiempo está facilitando que lo hijos que están afectados, les están hablando con un grupo de profesionales que hemos entrenado allá, acerca



de cómo estimular sus neuronas, de cómo envejecer saludablemente, o sea, son personas en riesgo pero están tratando de vivir más saludablemente y lo está haciendo la municipalidad de Lunahuana.

**Dr. León Barúa:** Lo que ha dicho la doctora todo, es realmente bien importante. Cuando tratamos a un paciente, por poner un ejemplo, que tiene Giardia Lamblia ó Blastocistis homini, le doy el tratamiento más adecuado que se ha podido demostrar, pero, además siempre les enseño de cómo evitar la reinfección, o sea, cómo preparar sus alimentos, lechuga, tomate, fresa, por ejemplo, alimentos que son regados con agua a nivel del suelo, para evitar la reinfección. O sea, que un médico debe preocuparse por no solamente curar un problema, como dice la doctora, sino también tratar de conseguir salud en el inmediato futuro inclusive.

**Dr. Renato Alarcón:** Ante todo quiero felicitar a Pilar Mazzetti y al Dr. León Barúa por las conferencias que han estado muy centradas, muy interesantes. Como dice el doctor, hay tantos puntos que nos pasaríamos toda la noche en esto. Y acá es simpático, porque cuando yo tuve a la Dra. Pilar Mazzetti, que fue un poco mi alumna en un curso, le pregunté, ¿y usted quiere hacer residencia de neurología? Me dijo sí. ¿Y en dónde? En Santo Toribio, le dije, qué pena. ¿Por qué? Bueno, porque en ese tiempo usted va a tener un montón de pacientes, no va a tener los medios para resolver los problemas de sus pacientes, porque Santo Toribio tenía un solo internista que era el Dr. Salaverry y tenían poquitos elementos de diagnóstico, que realmente acudían pacientes interesantísimos, incluso tenían pacientes refugiados con enfermedades raras, que las refugiaba Cuba en salas secretas. Incluso les cuento sobre un paciente que había estado perdido en una sala y que lo encontraron después de 20 años, que había estado comiendo allí y lo habían perdido, se habían olvidado del paciente.

Después tuve una anécdota en una conferencia cuando no sé por qué motivo, uno de los médicos de Santo Toribio, pidió que hubiera un helipuerto, pero Santo Toribio cerraba la emergencia el domingo. Entonces cómo puedes pedir un helipuerto para un hospital que cierra su emergencia el domingo. Entonces, la cuestión es, cómo llegar al punto medio, cómo establecer en el Perú, en un país pobre, y eso es lo difícil, la Dra. Mazzetti debe haberlo visto mucho como ministra, entre una tecnología adecuada para mejorar al ciudadano, al enfermo, y nuestra pobreza.

**Dr. Villalobos:** Seguimos diagnosticando tuberculosis pulmonar con el examen de esputo que es de hace

125 años cuando en estos momentos hay diagnósticos moleculares carísimos que lo diagnostican en unas cuantas horas.

Entonces, cómo ponernos en el punto medio, incluso toda la tradición digamos de enseñanza peruana, es a veces muy ligada a cosas que no van con la sabiduría, que no van con el conocimiento. En esto de la píldora del día siguiente, por ejemplo, que es abortiva, no es pues abortiva, incluso podemos remontarnos a la tradición judía y a la tradición católica se dice que el individuo que todavía no tiene sistema nervioso y no tiene cerebro es un golem, es un conjunto de células que no sirven para nada.

El tubo neural se forma a las 12 semanas, entonces a los 10 días es un golem, es un conjunto de células sin sistema nervioso. Si yo le trasplanto al Dr. León Barúa mi corazón, el Dr. León Barúa tiene mi corazón, pero si el Dr. León Barúa me trasplanta su cerebro, yo ya no soy el Dr. Villalobos, soy el Dr. León Barúa.

Entonces, la individualidad del sujeto viene de su cerebro, y si no adquirimos sistema nervioso hasta la segunda semana, somos un golem, un conjunto de células, como una drosófila o como la mosca de la fruta. Entonces, ese conjunto de discusiones filosóficas que podríamos entender, es terriblemente complicado. Y yo me nutrí mucho del Dr. León Barúa en la Asistencia Pública, porque si bien no trabajaba en su equipo, el "B" yo estaba en el equipo "A", de vez en cuando me filtraba y lo escuchaba en las palabras sabias del Dr. León Barúa que nos enseñaron mucho.

**Dra. Pilar Mazzetti:** A parte de la vena literaria de Alberto que todos conocemos y disfrutamos en la sociedad de neurología, con sus cuentos y sus poemas y otras cosas más, porque es un hombre con una riqueza intelectual muy importante, creo que tiene razón, nos falta cualquier cantidad de institutos de evaluación de tecnologías; estamos atrasadísimos.

Debiéramos tener un grupo de gente que se vaya a formar fuera, unos 10 para que regresen unos 8 y formar realmente institutos de evaluación de las tecnologías para saber qué hacemos. Por ejemplo, nosotros tenemos un Tesla 3, queremos un 1.5, porque Tesla 3 es para ciertas cosas. Si tuviéramos un 1.5 barremos las cosas sencillas, y damos servicio. Entonces, necesitamos efectivamente evaluar tecnologías para saber qué ponemos y dónde lo ponemos, donde colocamos resonadores en el país, donde colocamos helicópteros MI-17 en el país, de tal manera que podamos movilizar vacunadores, movilizar mujeres

gestantes, y demás. Tenemos que analizar técnicamente porque tenemos pocos recursos. Los recursos siempre son insuficientes, nos falta evaluar la distribución de la tecnología y la validez de la tecnología.

**Dr. Tejada de Rivero:** Yo no quiero dejar pasar por alto porque me sentiría muy mal. Estuve en China 7 veces y 3 de ellas organizando seminarios internacionales sobre el “médico descalzo”. Muy poca gente entiende lo que es el “medico descalzo”, porque no leemos o leemos lo que alguien no ha visto. Estamos acostumbrados a leer autores sin conocimiento del terreno.

Fui el coordinador general de la conferencia de Alma Ata de atención primaria de salud. Nadie lee la declaración de atención primaria. Y atención primaria no es lo que la gente está diciendo, simplemente una atención muy improvisada para los pobres de la periferia. No. Entonces yo sugeriría que la Academia Nacional de Medicina difunda la declaración de Alma Ata para que se den cuenta que la atención primaria de salud no le corresponde al último nivel. Corresponde desde el instituto más altamente especializado y allí está incluido, por ejemplo, el asunto de la tecnología. Ya, entonces, yo quisiera que contribuyamos a aclarar las cosas.

**Dr. León Barúa:** Cuando se hablaba del “médico descalzo” en las discusiones que teníamos, los médicos descalzos no entraban en ciencia en absoluto, tenían que solamente ayudar emocionalmente y esa persona a la que se le torció completamente el sigmoides, con el método del médico descalzo de ninguna manera lo hubiera podido salvar.

**Dr. Rolando Calderón:** El “médico descalzo” era preparado para que después estudiara medicina china. Así es que el “médico descalzo” no era el que se mantenía permanentemente como médico descalzo. Y era médico descalzo porque seleccionaban a la gente de la propia comunidad para que se preparara y como eran productores agrícolas de arroz tenían que ser descalzos porque no podían trabajar con zapatos.

**Comentario:** Yo quería mencionar un aspecto que no se ha tocado, es el de la educación médica y salud pública. La profesión la tomamos como un beneficio particular o la tomamos como un servicio a la comunidad. Los médicos peruanos no sabemos salud pública, no porque no queramos sino porque no nos enseñan. Yo comprendo que la medicina es tan vasta, que ya hoy en día no alcanzan los años para aprenderla. Sobre todo, en el estilo peruano que queremos ser todos psicólogos, neurólogos. Entonces ya debemos comenzar con los ejemplos, les puedo dar dos, Inglaterra y la China.

En Inglaterra y la China han dividido la carrera médica, en un primer tipo de 5 años en el cual incluyen al médico de salud pública y otro período superior de 3 años en el cual incluyen la especialidad. Si no se hace esa reforma en no sé cuántas universidades de medicina que hay en el Perú, 37 para ser exactos y no preparamos médicos de salud pública, de aquí a 50 años estaremos hablando de exactamente lo mismo.

**RESPUESTA:** Muy pertinente doctor. Hay un brutal déficit de profesionales, por consiguiente, las cosas tienen que cambiar. Eso de formarnos en 7 años, más 3 años de especialidad tenemos que cambiar. O sea, tenemos que tener otra aproximación y empezar a satisfacer las necesidades por partes, y formarnos por partes, porque no vamos a poder, así como estamos, la cantidad de personal de salud que nos falta es brutal, y creo que tenemos que encontrar soluciones alternativas efectivamente y ser flexibles en la formación.

Además, como médicos seguimos estudiando continuamente y siempre nos damos cuenta que nos falta todavía un universo por comprender, o sea que hay que seguir estudiando siempre.

## Cierre de la sesión

### Palabras del Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Dr. Oswaldo Zegarra.

Dra. Pilar Mazzetti, Dr. León Barúa, un agradecimiento muy especial de la Academia Nacional de Medicina por sus brillantes exposiciones. Realmente a lo largo de las excelentes exposiciones, tenía muchas preguntas y muchos comentarios al respecto, porque algo hemos vivido de la medicina en el país, con profesores tan extraordinarios como el Dr. León Barúa que toda su actividad médica la sentaba en el paciente, estudiándolo integralmente y allí aprendíamos mucho, hasta el enfoque de los factores de salud para el siglo XXI, donde yo no sé si el médico es el responsable de la salud o es la sociedad la que es responsable de todo lo que existe en este momento. Tenía muchas preguntas, muchos comentarios, pero creo que abusando del tiempo sería muy difícil hacerlo y prolongaría demasiado esta sesión.

Mi agradecimiento a todos los exministros que nos han acompañado, a los miembros de la Academia y público que nos ha acompañado en esta excelente presentación y muy especialmente a Pilar y al Dr. Raúl León Barúa