

La inercia clínica en medicina: la necesidad de un enfoque desde la persona humana y el cristianismo

Clinical inertia in medicine: the need for an approach from the human person and Christianity

Domingo Chang-Dávila*
Hospital Nacional 2 de mayo, Perú


María Virginia Manrique Márquez**
Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa II-2, Perú

Cesar Ñique-Carbajal***
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

Franco Ernesto León Jiménez****
Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa II-2, Perú

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n3.05>

* Médico Nefrólogo, Hospital Nacional 2 de mayo, Perú. Correo electrónico: domingochochang@gmail.com ORCID record: 

** Médico residente de Medicina Interna, Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa II-2, Perú. Correo electrónico: kunoichi2518@gmail.com ORCID record: 

*** Biólogo, Magister en Bioética. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú. Correo electrónico: cnique@usat.edu.pe ORCID record: 

**** Médico Internista, Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa II-2, Perú. Correo electrónico: francoernestole@gmail.com ORCID record: 

Recepción:	Envío a dictamen:	Aceptación:	Publicación:
06.01.2026	06.01.2026	27.01.2026	02.07.2026

CÓMO CITAR: Chang-Dávila, D., Manrique Márquez, M. V., Ñique-Carbajal, C., León Jiménez, F. E. (2026). La inercia clínica en medicina: la necesidad de un enfoque desde la persona humana y el cristianismo. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 3. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n3.05>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

Resumen

Las líneas siguientes intentan describir, la necesidad de un enfoque de la atención en salud desde y para la persona humana, en escenarios con recursos limitados e inercia clínica. Los autores sustentan, que más allá del actuar ético y lógico desde la obligatoriedad de sus funciones, la importancia de un abordaje desde y para la persona, teniendo como eje central al Señor de la vida, Jesucristo, es trascendental.

Palabras clave: espiritualidad, bioética, catolicismo, Atención Enfocada al Paciente, Toma de decisiones

1. Introducción

El sistema de salud en el Perú enfrenta grandes deficiencias y retos (1). Por un lado, su fragmentación, la insuficiente cobertura de servicios, los estragos causados por la pandemia por COVID-19 y la corrupción en el sistema, son factores con impacto en la calidad de atención a las personas (2).

En el norte del Perú, la ciudad de Piura al 2017 tenía: 1,856,809 habitantes (5,8% del total nacional) (3). Por otro lado, Piura fue uno de los departamentos con mayor número de casos y mortalidad por COVID-19 (4). Asimismo, en un estudio llevado a cabo por la Contraloría General de la República del Perú en el 2023, figura como una de las 5 ciudades con mayor corrupción del país (5). Es en este escenario en el que el personal de salud ejerce las funciones que le competen y en el cual se hace difícil su actuar.

En las salas de medicina del norte peruano, es frecuente experimentar un sentimiento muy fuerte: La impotencia de no poder brindar el cuidado adecuado y el soporte necesario a los pacientes (6). Esta situación, tiene un sinnúmero de potenciales explicaciones (algunas ya esbozadas líneas arriba), que trataremos de analizar. La escasez y deficiente distribución de los recursos humanos en salud, con toda su complejidad como personas y la carencia de exámenes

diagnósticos y tratamientos con demostrada eficacia en los hospitales (que al no estar disponibles en la institución, deben solicitarse de forma particular (7)), pueden explicar este difícil panorama.

En este escenario de recursos limitados, ante un paciente que sufre, no solo por su enfermedad sino por las consecuencias que trae para su familia su internamiento hospitalario, la tensión que le zozobra por regresar a su entorno, la necesidad de ser constantes y no desmayar, es fundamental; los descritos son factores que, si no los tenemos a cuenta, se traducirán en un internamiento prolongado y nos hará cómplices de un riesgo aumentado de mayor morbimortalidad.

Por otro lado, frente a un sistema de salud con deficiencias en gestión y administración, compañeros de trabajo indiferentes o tan cansados como nosotros(8), que parecen contentarse con cumplir un horario y avanzar el papeleo correspondiente (cantidad sobre calidad, cabe destacar), se está más en riesgo de simplemente dejarse llevar por la corriente y hacer también lo mínimo, contentarse con el “no hay”, “no se puede”, y abandonar toda expectativa de hacer una diferencia. Es difícil de aceptar, el ver que nos acostumbramos a ver ello como “normal”. Dejar pasar el dolor de los pacientes y familiares, y endurecer nuestro corazón ante el sufrimiento, NO ES la respuesta; siempre podemos hacer algo: Afinar nuestra pericia clínica y no dejar de ver los detalles es el inicio. Esta forma de actuar puede marcar la diferencia.

2. Abordando el problema

El término “inercia clínica” se usa desde hace buen tiempo para definir aquella conducta del personal de salud que sabe que puede hacer algo por el paciente según las guías y recomendaciones de buena práctica clínica y no lo hace (9)(10). Las razones pueden ser varias:

- Temor a tomar una decisión y equivocarse,
- No intentar conciliar su opinión con la de otro colega que piensa diferente,

- Falta de diálogo con el paciente y los familiares,
- Dejar las cosas para después,
- Dejar vencerse por las situaciones adversas (falta de recursos),
- Ausencia de protocolos consensuados.

Ante esta situación caben dos actitudes: “seguir la flecha”, es decir, esperar sin más que las cosas se resuelvan sin hacer nada, o, “tratar de no rendirse en el camino”. El diálogo sincero al lado de la cama del enfermo y una aproximación desde la persona del médico hacia la persona del paciente/familia, es una alternativa necesaria. El paciente percibe el interés del personal y ello crea un ambiente de confianza que va más allá del “efecto placebo” (11).

Muchas son las ocasiones en que, aun con nuestro mejor esfuerzo, “sanar” está más allá de nuestra capacidad; incluso, aliviar el malestar físico es una guerra de desgaste. Pero siempre, SIEMPRE podemos tener una palabra amable, un momento para acompañar y brindar consuelo. Es allí cuando más es patente como la noble profesión que escogimos se despoja de su armadura de ciencia y método, y luce humildemente su esencia de arte, su sentido de amor a la persona humana.

Los conceptos de motivación intrínseca y extrínseca, ampliamente mencionados y discutidos en la literatura, sólo parcialmente abordan este tema (12). Hay que ir más allá: Pasión por lo que se hace, actitud crítica, pero a la vez humildad y perseverancia; estas fortalezas son necesarias en todos los que conformamos el equipo de salud. Ofrecer sólo alternativas diagnósticas y terapéuticas con demostrada eficacia clínica y accesibles al paciente, evaluar críticamente las prescripciones y confrontar con la historia clínica; este actuar, no necesita de tecnologías novedosas sino empeño y aprecio por el paciente y su situación.

Existen numerosos momentos en los que el personal de salud puede olvidarse del *Yo* y pasar al *Tú*; citamos algunos:

1. Curación y seguimiento de las úlceras por presión.
2. Desbridamiento y curación de los eternos pies diabéticos; esos que están en las salas de Medicina Interna esperando un

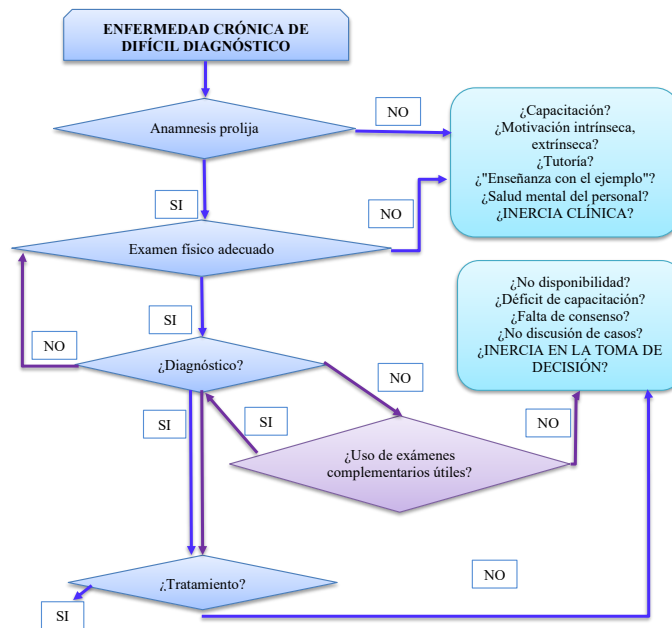
turno operatorio (13) entre los años 2018 y 2019. Métodos. Estudio descriptivo, prospectivo. Los pacientes fueron captados por emergencia/consulta y seguidos por la unidad de pie diabético mediante visitas diarias y curaciones. Resultados. Seguimiento desde agosto del 2018 a octubre 2019. Hubo 136 pacientes; mediana de edad: 63 años (RIC= 54-86 por las interminables gestiones (Hemoglobina meta de 10mg/dl, tiempos de coagulación y de sangría y otras solicitudes) que poco, o ningún, impacto tienen en el intra y post operatorio.

3. Lectura concienzuda de las radiografías y tomografías (hasta donde nuestra experticia nos permita), sin esperar el informe oficial.
4. Seguimiento de cultivos y conocimiento del historial de antibióticos recibidos durante su hospitalización.
5. Verificación del cumplimiento del aporte calórico y proteico de nuestros pacientes.
6. Verificación y cumplimiento del balance hidroelectrolítico en quienes lo necesitan.
7. Gestión de datos de laboratorio y del histórico de los mismos, para no repetir la toma indiscriminada (y a veces en forma particular y en laboratorios de poca monta) (14).
8. Verificación del entendimiento por parte de la familia y del paciente de las indicaciones de alta, velando siempre que se pueda, de que esto se haga con una prudente antelación.

Un ejemplo de esta realidad son la presentación de casos clínicos; su discusión radica en la centralidad que debe ponerse en el paciente (historia clínica ampliada, revisión del entorno social y epidemiológico, examen físico completo y clasificación sindrómica), colocando en segundo lugar los exámenes de ayuda diagnóstica (15). La prolijidad del dato bien obtenido no es un lujo sino una necesidad, aún más imperiosa en los contextos clínicos de nuestros países de bajos y medianos recursos, en los que la experticia clínica debe preceder al aparataje diagnóstico sin sentido.

Estas acciones deben diferenciarse del “intrusismo” en el cual hacemos labores que no nos corresponden. El centro de esta realidad no es el personal de salud, sino la persona humana y su familia; si creemos que estamos preparados para dar solución a algún sufrimiento y obramos con recta intención y conocimiento, es lícito obrar según el paciente lo requiere. Toda esta labor es imprescindible que sea acompañada de un enseñar a hacer, con el ejemplo. No podemos permitirnos exigir a internos y residentes de medicina, que ejecuten determinada acción, si nosotros no les enseñamos como hacerla o no le damos importancia. Es importante no morir en el intento. En el siguiente gráfico se ha intentado graficar este escenario (con limitaciones que desde ya debemos aceptar), pero que es un esfuerzo para, desde nuestro punto de vista, poder empezar a enfocar el problema.

Figura 1: Ensayo de un Esquema de la génesis de Inercia clínica en un escenario clínico con recursos limitados



Fuente: elaboración propia.

3. Una mirada desde la bioética

La práctica médica, es una labor que requiere del análisis ético en la toma de decisiones, la cual tiene dos dimensiones fundamentales: una científica, y otra humana; en ambas, es esencial el compromiso del personal de salud, que vela por otra persona en su condición de doliente; he ahí la dignidad de la profesiones de la ciencias de la salud, sustentada en la responsabilidad de proteger la salud y el bienestar del otro; para asegurar una atención médica de calidad, es fundamental que los profesionales médicos respeten un conjunto de principios éticos y morales (16).

Por ello, la ética y la bioética, permiten a los profesionales de la salud contar con recursos valorativos e interpretativos que ayudan a discernir las prácticas más idóneas y los elementos fácticos que favorecen un quehacer humanizado, como parte de una cultura a favor de la vida, sobre todo si consideramos como eje filosófico la corriente personalista de la Bioética, la cual promueve ante todo, el respeto, defensa y promoción de la vida; el cuerpo no es un simple instrumento a reparar, sino forma parte de la propia esencia, como base única y necesaria para la existencia en el tiempo y en el espacio. Todo acto sanitario e intervención en el cuerpo es la acción de una persona sobre otra, porque uno de ellos es sujeto de intervención sanitaria. De esta manera el respeto por el cuerpo es el principio sobre el cual se construyen los demás valores como la libertad, la sociabilidad, y el propio proyecto futuro (17).

En este marco de respeto por la dignidad ontológica de la persona, debe haber una reflexión profunda de todos los actores para evaluar la capacidad de los servicios médicos de proporcionar una atención médica segura, oportuna, eficiente, y centrada en la persona, respetando su dignidad y autonomía y acorde a sus expectativas. Sin duda, tener esta mirada centrada en la persona, sobre todo por las profundas raíces de deshumanización de la práctica médica moderna, se constituirá en un excelente paliativo contra la inercia clínica, ya que el continuo movimiento de reflexión humanista de la

praxis médica permitirá la mejora continua profesional, de los servicios y procesos.

Dentro de la compleja génesis del origen de la inercia clínica, también la Bioética nos impele a pensar en los escenarios formativos de los futuros profesionales, tanto en el entorno familiar, universitario y laboral:

- En el primero, como primer laboratorio del acercamiento al otro, de aprender a trabajar en equipo y en saber escuchar.
- En el segundo que es donde se empieza a tener contacto con situaciones reales de sufrimiento, desigualdad e inequidad, en especial en los cursos de clínica médica, en los que los futuros profesionales pueden tomar contacto con personas y vislumbrar que lo que lo dicen los libros y artículos, sólo parcialmente puede aplicarse a realidades como la nuestra. Hace falta más.
- Finalmente, en los hospitales y en otros escenarios, las personas en formación, al tomar contacto con otros como ellos y modelos, pueden aprender de otros: La experticia, la constancia, el saber escuchar, la pasión por la lectura y de otros tantos, actitudes y actos en los que el paciente no es valorado y no es el centro de los cuidados.
- Por ello, es importante enseñar con el ejemplo a cuidar, acompañar y consolar (18).

3.1. ¿Se puede ir más allá?

La inercia médica, que a priori podríamos limitarnos a describir como falta de profesionalismo, compromiso o inclusive humanidad, puede en muchos casos tener una génesis más profunda. Debe tenerla. El médico ordinariamente se enfrenta a un fenómeno humano misterioso: *El sufrimiento*, muchas veces profundísimo, y también muchas veces padecido por el inocente. A muchos de los pacientes a quienes los médicos hemos auxiliado, les hemos conocido en el peor día de sus vidas (19). Quien se detiene delante de este escenario tremendo, el del dolor y padecimientos de un semejante, no pasará ante él sin antes haberse transformado, para bien o para mal. Tras

cada encuentro se habrá encaminado hacia la virtud o la corrupción, pero no quedará indiferente.

¿Y qué tanto está uno dispuesto a hacer por este semejante que tiene delante, marcado por el sufrimiento? Una cuestión previa muy importante es *¿a quién cree uno que tiene delante?* Si uno cree que está delante de un mal necesario que atender en orden a su salario de fin de mes, le tratará con todo el desprecio que le permitan las normativas institucionales y la indefensión del paciente. Si uno sólo cree estar delante de otro ser humano, pero finito, intrascendente y condenado tarde o temprano a la muerte, podrá tal vez ofrecerle lo mínimo exigido por los protocolos médicos y lo indispensable para sustraerse de problemas médico legales en el futuro.

Sin embargo, para el personal de salud que tiene como centro de sus acciones a Dios, la visión que tiene de la persona en sufrimiento cobra un sentido más profundo. Concretamente, para el personal de salud católico, el doliente, es la imagen del Señor Jesucristo, y está llamado a creer que está tocando la carne de ese mismo Señor que ha querido seguir viviendo y sufriendo en ese hombre, y por ello, ha de amarle. Todo lo que haga parecerá poco y su esfuerzo no tendrá techo ni medida. Esta es la razón por la cual el encuentro con el sufrimiento no sólo devela la intención y el alma del personal de salud, sino que al mismo tiempo la transforma.

El evangelio nos muestra bellamente el paradigma del auxiliador, ofrecido por Jesús, en la parábola del Buen Samaritano (20). El Señor nos presenta un arquetipo de alguien que va mucho más allá de su obligación, que acompaña más allá de lo que la solidaridad humana exige. A éste le mueve el amor. Estos dos hombres (el atacado por los ladrones y el samaritano) sin duda, han sido transformados en este encuentro. Uno, recibiendo del otro la mano auxiliadora del Señor. El otro, auxiliando al Señor en su hermano. Pero también aquéllos que pasaron de largo (el sacerdote y el levita) han sido indiscutiblemente transformados. Han tenido necesariamente que infligir una herida incapacitante en su propia alma para acallarla. La inercia, según nuestro punto de vista, es mucho más que indiferencia, es el desgarramiento progresivo de la propia conciencia.

El personal de salud cristiano, por tanto, debe tener al Señor por modelo cuando imparta salud a sus pacientes. Un pensamiento, sin embargo, que puede resultar inquietante, es que todos aquellos enfermos curados o inclusive resucitados por el Señor murieron eventualmente; tal vez aquejados por una enfermedad distinta de la que fueron librados. Cabría preguntarse: ¿Por qué el Señor de la Vida entrega a alguien un bien temporal como la salud, que eventualmente va a perderse? Pregunta de fondo para quienes pretendemos entregar salud también. La respuesta creemos que es ésta: El Señor entrega un bien temporal, para tras de él entregar un bien definitivo, Él mismo.

Entonces, para nosotros que, imitando al Maestro, también intentamos entregar salud, no tendría sentido hacerlo si tras ese bien temporal no entregamos el bien definitivo, que es el Señor. Ampliando un poco la perspectiva, ningún bien, material o inmaterial, tiene sentido en ser donado, si tras de él no se entrega al bien supremo, que es El Señor.

Hemos intentado graficar esta propuesta en la Figura 2.

Figura 2: Representación de la direccionalidad propuesta en el abordaje de la inercia clínica



Fuente: elaboración propia.

4. Conclusión

A pesar de las limitaciones de recursos humanos y administrativos y de tiempo, es preciso que el personal de salud esté preparado, no sólo en conocimientos teórico/prácticos y en proponer un actuar ético en su profesión, sino en saber acompañar e interesarse por sus pacientes como personas. Pero, finalmente creemos firmemente que puede irse más allá: entregarse al otro teniendo como modelo al Señor de la Vida.

Contribución de los autores

Chang-Dávila Domingo, Manrique Márquez María Virginia, Ñique-Carbajal Cesar y León Jiménez Franco Ernesto: participaron la búsqueda bibliográfica, escritura de la primera versión, revisión y edición de la misma y escritura y aprobación de la versión final.

Financiamiento

Financiamiento propio de los autores.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Miller C. Countries With The Best Health Care Systems; 2024 [Internet]. CEOWorld Magazine. [Consultado 24 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://ceoworld.biz/2024/04/02/countries-with-the-best-health-care-systems-2024/>
2. Observatorio CEPLAN. Crisis del sistema sanitario (público y privado). [Internet]. [Consultado 24 de noviembre 2024]. Disponible en: https://observatorio.ceplan.gob.pe/ficha/r32_2022

3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Sistema Estadístico Nacional. Piura Compendio estadístico 2021. [Internet]. [Consultado 24 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2856608/Piura%20Compendio%20Estadístico%202021.pdf>
4. Ministerio de Salud. Sala Situacional Covid-19. SE 42 - 2024. DVSP CDC MINSA. [Internet]. [Consultado 24 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus211024.pdf>
5. Contraloría General de la República. Incidencia de la Corrupción e Inconducta funcional; 2023. [Internet]. [Consultado 24 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/contraloria/noticias/912182-corrupcion-e-inconduccion-funcional-habrian-ocasionado-perdidas-por-s-24-268-millones-en-el-2023>
6. Espinoza-Portilla E, Gil-Quevedo W, Agurto-Távora E. Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. Rev Cuba Salud Pública [Internet]; 2020 [citado 17 de agosto de 2024];46(4). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2146>
7. Gastos de bolsillo en salud en el afiliado al SIS según nivel de pobreza en el periodo 2009-2014 [Internet]. [citado 17 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/527>
8. Solís-Cóndor R, Tantalean-del Águila M, Burgos-Aliaga R, Chambi-Torres J. Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. An Fac Med. 2017; 78(3):270-6
9. Clinical Inertia | Annals of Internal Medicine [Internet]. [citado 17 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-135-9-200111060-00012>
10. Milman T., Joundi R.A., Alotaibi N.M., Saposnik G. Clinical inertia in the pharmacological management of hypertension: A systematic review and meta-analysis. Medicine. 2018; 97: e11121. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011121>
11. González Blasco P, C de Benedetto M, b, Ramírez Villaseñor I. El arte de curar: el médico como placebo. Atención Primaria. (40)2; 93-95. <https://doi.org/10.1157/13116156>
12. Judson TJ, Volpp KG, Detsky AS. Harnessing the Right Combination of Extrinsic and Intrinsic Motivation to Change Physician Behavior. JAMA. 2015; 314(21):2233-4.
13. León-Jiménez F, Torres-Samamé L, Altamirano-Cardozo L, Navarro-Ríos APS, Meléndez-Ramírez GA, León-Jiménez F. Seguimiento de pacientes con pie diabético en un hospital de alta complejidad del norte del Perú. An Fac Med. abril de 2021; 82(2):124-30.
14. León-Jiménez F, Ñique-Carbajal C, Arriaga-Deza E. Los exámenes de ayuda diagnóstica y los conflictos de interés en nuestros hospitales: ¿Corrupción enmascarada? Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. 2022; 15(3):463-7.
15. Enseñanza de razonamiento clínico a residentes de Medicina Interna mediante un modelo de aprendizaje basado en casos [Internet]. [citado 17 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-avance-ensenanza-razonamiento-clinico-residentes-medicina-S1575181318301268>

16. Domínguez Roldán JM. La calidad en medicina como obligación deontológica [Quality in medicine as a deontological requirement]. Cuad Bioet. 2023; 34(111):163-171. <https://doi.org/10.30444/CB.151>
17. Ñique-Carbajal C, Cervera-Vallejos M, Díaz-Manchay R, Domínguez-Barrera C. Principios bioéticos en el contexto de la pandemia de COVID-19. Rev Med Hered. 31(4):255-265. <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3860>
18. Miró-López S, Calle-Maldonado C. Dos formas de entender la vulnerabilidad: transhumanismo de Bostrom y antropología centrada en la persona Cuad Bioet. 2021; 32(105):149-158. <https://doi.org/10.30444/CB.94>
19. Orellana- Peña C. La actitud médica ante el dolor ajeno. Pers Bioét. 2007; 11(2):146-55.
20. Lucas. Parábola del buen samaritano 10:25-37 NVI. Bible Gateway [Internet]. [citado 18 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.biblegateway.com/passage/?search=Lucas%2010%3A25-37&version=NVI>