



Formación y competencia docente del médico hospitalario

Pilar León Sanz

Profesora titular, Departamento de Humanidades Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona, España

PALABRAS CLAVE

Educación médica
Competencia clínica
Hospitales docentes
Historia de la medicina
Ética médica

Resumen La enseñanza por competencias se ha impuesto como filosofía hegemónica y como principio organizador en la educación médica. Los estudiantes de medicina, los médicos en formación y los profesionales se enfrentan a una amplia variedad de competencias que han de adquirir y que se han diseñado, sobre todo, por asociaciones educativas o profesionales.

El artículo insiste en 3 aspectos de carácter transversal, elegidos por la finalidad a la que están dirigidas las competencias del profesor clínico. El primero es la necesidad de una competencia clínica y científica basada en el estudio. El segundo es la importancia de la ética médica en la formación del profesor y en la del estudiante, para la atención de las cuestiones eticomédicas de la práctica clínica cotidiana. El profesor clínico, a través del ejercicio profesional y humano, ayuda a modelar sus pautas de actuación. Puede ser ejemplo de vida profesional y de categoría humana, en un momento en que la conducta no ética puede ser especialmente nociva. En tercer lugar, parece necesario el conocimiento de la evolución temporal de la medicina, la enfermedad y las prácticas médicas. Es un programa que pretende formar a los futuros médicos en hospitales que sean verdaderos lugares de humanización de la medicina.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Medical education
Clinical competence
Teaching hospitals
History of medicine
Medical ethics

Training and teaching competence of the hospital physician

Abstract The acquisition of competences has emerged as a hegemonic philosophy and an organizing principle in Medical Education. Medical students, junior doctors and professionals are currently required to acquire a wide variety of skills. Generally, these health competences are designated by professional or educational medical associations.

The article focuses on three aspects selected on the basis of how they fulfill the most important aims, according to clinical teachers. The first is the need for a good clinical and scientific competence based on study. The second is the key role of issues related to medical ethics in everyday clinical work. The clinical professor, through professional practice and human virtues, can shape the patterns and the practice styles of future physicians. Today, behavior can be particu-

larly harmful. Third, knowledge of the evolution of medicine, illness and medical practices is necessary. This program aims to train future doctors in hospitals, which are places of a genuine humanization of medicine.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Frente a los seguidores del informe Coleman¹, el artículo mantiene una visión optimista respecto a la influencia de los docentes y de las posibilidades de las instituciones (docentes y asistenciales) en relación con los resultados de la docencia en la formación de los futuros médicos.

La enseñanza por competencias se ha impuesto como filosofía hegemónica y guía de la mayoría de los sistemas educativos, muy especialmente en el ámbito de las ciencias de la salud².

Competencia, en definición de la Real Academia Española, es “la pericia, la aptitud o la idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado”, siendo la pericia, “la sabiduría, la práctica, la experiencia y la habilidad en una ciencia o arte”. Por lo que la idea de competencia se refiere tanto al conocimiento como a la experiencia práctica, a la aptitud y a la idoneidad. Existe una amplísima bibliografía sobre el concepto de competencia, así como sobre las diferentes competencias que ha de reunir el profesor universitario^{1,3-7}.

En medicina, el desarrollo del aprendizaje por competencias fue impulsado por diversas instituciones como el Liaison Committee on Medical Education, el Accreditation Council for Graduate Medical Education o el Liaison Committee for Graduate Medical Education. Los estudiantes de medicina, los médicos en formación y los profesionales se enfrentan a una amplia variedad de competencias que han de adquirir y que han sido diseñadas sobre todo por asociaciones educativas o profesionales^{8,9}.

La American Association of Medical Schools, después de analizar un buen número de listas de competencias elaboradas por diversas instituciones, propuso un sistema de 8 dominios y 58 competencias basado en el aprendizaje y la mejora; las habilidades interpersonales y de comunicación; el profesionalismo; la práctica apoyada en los sistemas; la colaboración interprofesional, y el desarrollo personal y profesional de proyectos de educación médica¹⁰. Un enfoque similar caracteriza las directivas de las facultades de medicina de nuestro país y de otros países del entorno¹¹.

Sin embargo, pronto se levantaron voces discrepantes con este programa docente. Algunos, siguiendo la analogía del ensayo “The Tyranny of Diagnosis”, escrito por Charles Rosenberg¹², se refieren a la tiranía de las competencias. En “La tiranía del diagnóstico”, el historiador de la medicina de la Harvard University argumenta que los requerimientos burocráticos de los modernos sistemas de salud ejercen una enorme influencia sobre cómo conceptualizar y cómo manejar la enfermedad. En nuestro caso, los profesores médicos experimentaríamos un problema similar¹³. Otros autores también señalan que, si bien el sistema de competencias puede ser útil para las ciencias biomédicas y la medicina clínica, no es del todo apropiado para las humanidades médicas y las ciencias sociales¹⁴.

Por otra parte, ya han aparecido nuevos modelos docentes como el proyecto Milestone o el de Actividades Profesionales Acreditables¹⁵. Aunque, de momento, persisten las

competencias como principio organizador en la educación médica.

Sin entrar en un debate tan interesante, y dada la limitación de espacio de la publicación, voy a insistir únicamente en 3 aspectos, de carácter transversal, elegidos por la proximidad a mi especialidad y por la finalidad a la que están dirigidas las competencias del profesor clínico.

El primero es la necesidad de que los profesores cuenten con competencia profesional, lo cual ha sido esencial para el ethos de la medicina occidental. A lo largo de la historia de la medicina, y sobre todo tras el desarrollo científico logrado a partir de la segunda mitad del siglo XIX y el siglo XX, la asistencia médica se ha definido fundamentalmente a través del cuidado científicotécnico competente.

En segundo lugar, la actividad médica incluye necesariamente, además de la ciencia, la conciencia. De esto se deduce que “no es buena la medicina que practica un médico que solo atiende a una sola de esas 2 dimensiones”¹⁶. La enseñanza de la ética médica juega un papel decisivo, insustituible, en la formación del estudiante y en la del profesor, en la del investigador y en la del médico práctico.

En tercer lugar, a las competencias científica y ética se añade la vocación humanitaria y el conocimiento de la evolución de la medicina y de las prácticas médicas. El médico no proyecta su capacidad de conocer solo sobre sujetos y objetos presentes, sino que ha de contextualizarlos, y, al saber su pasado, este impulso cognoscitivo se hace patente en todas sus actividades. La formación historicomédica se manifiesta así como un método de conocimiento.

Es un programa que tiene como finalidad formar a los futuros médicos en hospitales que sean verdaderos lugares de humanización de la medicina.

Competencia clínica y científica basada en el estudio

Ser profesional exige competencia, conocimientos, buen juicio. La competencia clínica y científica tiene un componente intelectual, al que se une la capacidad de resolver problemas originales. De ahí que, como señala Herranz, “[...] el estudio sea un deber perenne del buen médico”. Aparece ya en el Juramento de Hipócrates, que lo expresa con estas palabras: “Haré cuanto sepa y pueda en beneficio de mis pacientes”. El Código Internacional de Ética Médica, por su parte, establece que “El médico debe a su paciente... todos los recursos de su ciencia”¹⁷. “El profesor clínico —continúa este autor— ha de ser un estudiante de por vida, ha de estudiar constantemente”¹⁸. Aunque no siempre resulta fácil conseguir la dedicación de estudio necesaria para seguir de cerca los avances científicos. Es necesario planificar bien los tiempos destinados al estudio y a la educación permanente. Así lo exigen los enfermos y los estudiantes de medicina.

Se pueden esbozar algunos aspectos concretos. Por ejemplo, la necesidad de aprender —y enseñar a los estudiantes— a leer y estudiar críticamente. Es una cuestión en la que abunda la bibliografía: la lectura crítica ayuda a juzgar los artículos de investigación, las revisiones y los libros en los que basan su actuación profesional^{19,20}. La lectura crítica evita la “acumulación” erudita o asistemática de datos.

Es competencia del profesor clínico crear y fomentar un ambiente de estudio. Puede hacerse proponiendo el análisis de los protocolos o de los casos que se van viendo en el hospital, creando un club de revistas²¹, a través de sistemas de *blended learning*²². O bien se puede fomentar que haya un intercambio de ideas más que de información. Y una alternativa clásica son las sesiones bibliográficas complementarias.

William Osler pronunció, al inaugurar la Biblioteca Médica de Boston (1901), un breve discurso titulado *Libros y Hombres*, en el que señala que “Estudiar los fenómenos de la enfermedad sin libros es como navegar por un mar sin mapas y sin guía, mientras que estudiar libros sin ver enfermos es como no salir a navegar”. Y más adelante prosigue: “Asombra ver con cuán poco estudio un médico puede seguir practicando la medicina un año tras otro, pero no tiene nada de asombroso ver lo mal que lo hace cuando estudia tan poco”²³.

Formación y competencia eticomédica

Junto con otros profesores, considero que una buena parte del currículo de las facultades de medicina debería destinarse a crear en los estudiantes “la convicción de que ciencia biomédica y ética clínica son complementarias y se exigen mutuamente, no solo en la teoría, sino en la ordinaria atención de cada paciente”²⁴.

En el ámbito de la bioética es frecuente discutir acerca de situaciones dramáticas sobre problemas de difícil solución. Sin embargo, como señala Catherine J. Quarini²⁵, lo habitual es que los estudiantes de medicina y los médicos residentes tengan que aplicar la ética médica a realidades cotidianas, como el proceso de informar al enfermo o a su familia, el modo de obtener el consentimiento informado, la confidencialidad o la asignación de recursos, etc. De ahí el interés señalado por Herranz²⁶ y también por McDougall y Sokol²⁷ de traer la ética “al pasillo del hospital, a la cabecera del enfermo, a la consulta ambulatoria, al encuentro cotidiano del médico común con el enfermo común, en cada uno de los cuales se plantean problemas éticos, menores, pero significativos. Toda decisión del médico —de intervenir, de abstenerse o de fijar el umbral de su intervención— es siempre una decisión mixta, en la que se combinan datos científicos y criterios éticos”²⁸⁻³⁰.

Por otra parte, hay que situar la relación estudiante-profesor en el aprendizaje del día a día. Es un trato que tiene características un tanto paradójicas: “está hecho de distancia y proximidad, de mimetismos y rechazos, de admiración y crítica”^{31,32}.

Aunque en las aulas de la universidad española, en general, profesores y estudiantes tienden a limitar su contacto al formalismo de la clase, en los hospitales se dan las mejores posibilidades de una influencia mutua, a través de la conversación personal. “Sería el momento en que se llega al terreno de las experiencias, en el que se comunican y obser-

van los hábitos intelectuales, en el que surgen los consejos que libremente se dan y libremente se reciben”³³.

Del mismo modo que el profesor clínico puede ser ejemplo de vida profesional y de categoría humana, de virtudes clínicas esenciales, también la conducta no ética puede ser especialmente nociva. Sobre todo, porque se produce en un período en que los estudiantes tratan de fijar sus pautas de actuación. Como señala una reciente revisión de *NEJM Journal Watch*, el descuido en las cuestiones eticomédicas, también de las que pueden parecer menores, puede ser “devastador” para el hospital. Un profesor clínico que hace un comentario jocoso sobre un colega, sobre un estudiante, sobre una sesión o sobre un paciente, puede romper en 1 min la tarea de crear una disposición de integridad moral^{34,35}.

Como docentes médicos, hemos de llevar a nuestros estudiantes “al convencimiento de que la formación ética es tan consustancial a su trabajo con los enfermos como lo es su información científica”³⁶.

La perspectiva temporal y humana de la medicina

El estudio de Fee y Morman sobre 2 grandes historiadores de la medicina, Henry E. Sigerist y George Rosen, comienza afirmando que estos profesores “creían que la historia de la medicina podía cambiar el mundo por alterar los caminos en los que los médicos pensaban y practicaban. Ambos mantenían que la historia de la medicina podía transformar actitudes de los médicos al demostrar qué era la medicina [...]. La historia de la medicina que estos autores proponían no era una historia para el autoelogio, era una historia crítica para la transformación social”, que daba a esta disciplina un rasgo ordenador del saber y de la práctica médicas³⁷.

La perspectiva temporal en la educación médica nos recuerda que la enfermedad es una realidad contingente, cuyo peso fluctúa en el transcurso del tiempo. En efecto, como afirmaba Sigerist en otro momento, “no basta tener conocimientos médicos, es necesario aplicarlos, lo que a menudo no depende del médico, sino de fenómenos de carácter filosófico, religioso, político y, sobre todo, económico... La historia social de la medicina nos hará entender mejor dónde nos encontramos actualmente y cuáles son nuestros deberes”^{38,39}.

Recientemente, David S. Jones (Harvard University), Jeremy A. Greene (Johns Hopkins University), Jacalyn Duffin (Queen’s University) y John Harley Warner (Yale University), en un programático artículo, reconocían que los estudiantes de medicina pueden ser una audiencia difícil para las humanidades médicas, puesto que desarrollan una capacidad extraordinaria para detectar qué es más útil para pasar los cursos y obtener los mejores resultados. Por su parte, los profesores clínicos buscan la manera de ampliar unas siempre escasas horas adjudicadas a cada especialidad. Frente a estas posturas, los autores del artículo destacan que el análisis histórico puede contribuir a la educación médica de la misma manera que la bioquímica o la fisiopatología, y constituye un componente fundamental para el conocimiento médico⁴⁰.

Los fundadores de la Johns Hopkins University School of Medicine entendieron bien esa paradoja cuando, al mismo

tiempo que impulsaron la implantación del modelo pedagógico alemán de la ciencia biomédica, John Shaw Billings, William H. Welch, William Osler también apoyaron lo que John Warner ha llamado la “rehumanización de la medicina”. El enfoque historicomédico se manifestó entonces como “el antidoto de un excesivo reduccionismo, de los efectos negativos de la especialización, de los aspectos mercantiles de la medicina y de la desintegración cultural”⁴¹.

Esa fue también la historia de la medicina desarrollada por Lain Entralgo al frente de su cátedra en la Universidad Complutense: intentar entender al ser humano enfermo, en el que se descubren dimensiones fundamentales de la existencia humana, como lo son el dolor, la debilidad, el sufrimiento o la caducidad⁴².

Los ámbitos historicomédicos que en opinión de Jones y sus colegas se podrían introducir en un ámbito competencial serían los siguientes:

- La enfermedad cambia con el tiempo. Una comprensión profunda de la enfermedad incluye el conocimiento de los mecanismos que pueden explicar tanto los cambios de los determinantes de la enfermedad, como los significados y el impacto de las dolencias en los individuos y en la sociedad.
- La visión histórica facilita la perspectiva crítica de la contingencia de la producción y circulación del conocimiento; muestra que las innovaciones tecnológicas y médicas no siempre conducen al progreso, ya que, a menudo, tienen costes imprevistos y consecuencias.
- La historia ofrece una perspectiva analítica de la intersección de los procesos biológicos y sociales, de las categorías de raza, etnia, sexo, etc., y estudia las causas y las posibles soluciones a las desigualdades persistentes.
- Los sistemas de salud están en constante cambio, lo cual afecta a las funciones de los médicos, a las instituciones y a los contextos sociales de la práctica. Los pacientes, por su parte, presentan comportamientos de búsqueda de salud complejos.
- La historia revela la especificidad de las fuerzas sociales, económicas y políticas que dan forma a los juicios éticos y sus consecuencias. Proporciona un enfoque importante para la comprensión y la enseñanza de la ética médica. No hay, por tanto, que restringir la perspectiva histórica y lo humanístico al ámbito del “profesionalismo”.

A manera de conclusión

“Según unos, un hospital es una simple estructura arquitectónica, de hormigón y cristal, en la que se alojan y se juxtaponen servicios técnicos y administrativos específicos, pero que carece por completo de convicciones morales. Según otros, el hospital es mucho más que un edificio y unos servicios generales: es un denso retículo de relaciones humanas que, por encima de la planta física, crean una identidad moral”⁴³.

Como advertía a finales del siglo XVIII el médico francés Jacques Tenon al recopilar la actividad desarrollada en los enormes hospitales de París: “El estado del hospital mide la naturaleza de una civilización”⁴⁴. De ahí, la importancia de que la autoeducación continuada del profesor clínico no

deje de lado, junto con la formación científicoprofesional, el perfeccionamiento de su formación humana y el conocimiento del hombre, del enfermo como persona, para aprender a mostrar hacia él, quienquiera que sea, una actitud cada vez más humana y humanitaria.

Agradecimientos

Deseo manifestar mi agradecimiento a la Fundación Lilly y en especial a D. Jesús Millán, Director de la Cátedra de Educación Médica de la Fundación Lilly-UCM, a D. José Antonio Gutiérrez Fuentes, Consejero Honorífico de la Fundación Lilly y a D. José Antonio Sacristán, Director de la Fundación Lilly, por la invitación a colaborar en el curso “La enseñanza de la medicina en el entorno clínico”.

Bibliografía

1. Zabalza Beraza MA. Competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional. Madrid: Narcea; 2003. p. 64.
El informe “Equality of Educational Opportunity” estudió una muestra de 600.000 estudiantes, 60.000 docentes y 4.000 escuelas, y concluyó que resultaba irrelevante el tipo de escuela o el método de formación y que los resultados estaban condicionados por las circunstancias sociales y personales previas.
2. DelVecchio Good MJ. American Medicine: The Quest for Competence. Berkeley: University of California Press; 1995.
3. Vaillant, Denise CM. El ABC y D de la formación docente. Madrid: Narcea; 2015.
4. Amat i Salas O. Aprender a enseñar: una visión práctica de la formación de formadores. 6.ª ed. Barcelona: Profit; 2010.
5. Blanco Lorente F, director. El desarrollo de competencias docentes en la formación del profesorado. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; 2007.
6. Alegre de la Rosa OM, Villar Angulo LM. Competencias para la formación de docentes universitarios. Archidona (Málaga): Aljibe; 2006.
7. Cano García E. Cómo mejorar las competencias de los docentes: guía para la autoevaluación y el desarrollo de las competencias del profesorado. Barcelona: Graó; 2005.
8. Englander R, Cameron T, Ballard AJ, Dodge J, Bull J, Aschenbrenner CA. Toward a common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians. Acad Med. 2013;88:1088-94.
9. Jones MD, Rosenberg A, Gilhooly JT, Carraccio CL. Competencies, outcomes, and controversy--linking professional activities to competencies to improve resident education and practice. Acad Med. 2011;86:161-5.
10. Nasca TJ, Philbert I, Brigham I, Flynn TC. The next GME accreditation system--rationale and benefits. N Engl J Med. 2012; 366:1051-6.
11. Guía de apoyo para la elaboración de la Memoria de Verificación de Títulos Oficiales Universitarios (Grado y Máster). ANECA. 2012;v.04-16/01.
12. Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. Milbank Q. 2002;80:237-60.
13. Jones DS, Greene JA, Duffin J, Warner JH. Making the Case for History in Medical Education. J Hist Med Allied Sci. 2014;70: 623-52.
14. Kumagai AK. From competencies to human interest: ways of knowing and understanding in medical education. Acad Med. 2014;89:978-83.

15. Irby DM, Cooke M, O'Brien BC. Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. *Acad Med*. 2010;85:220-7.
16. Herranz G. La obligación deontológica del estudio. Estar al día y estarlo en la ortodoxia. En: *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Madrid: OMC; 2013. p. 244-55.
17. Herranz G. La obligación deontológica del estudio. Estar al día y estarlo en la ortodoxia. En: *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Madrid: OMC; 2013. p. 246.
18. Herranz G. La obligación deontológica del estudio. Estar al día y estarlo en la ortodoxia. En: *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Madrid: OMC; 2013. p. 247.
19. Herranz G. La obligación deontológica del estudio. Estar al día y estarlo en la ortodoxia. En: *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Madrid: OMC; 2013. p. 246-49.
20. Cervetti G, Pardales MJ, Damico JS. A tale of differences: Comparing the traditions, perspectives, and educational goals of critical reading and critical literacy. *Reading Online*. 2001;4: 80-90.
21. Linzer M. The journal club and medical education: over one hundred years of unrecorded history. *Postgrad Med J*. 1987;63: 475-8.
22. Dziuban C. *Conducting research in online and blended learning environments: new pedagogical frontiers*. New York, NY: Routledge; 2016.
23. Osler W. *Aequanimitas: with other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine*. Philadelphia: Blakiston; 1922, p. 217.
24. Herranz G. El papel de la enseñanza de la ética médica en la formación del médico. En: *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Madrid: OMC; 2013. p. 256-66.
25. Quarini CJ. A day in the life of a junior doctor: everyday ethical encounters. *Postgrad Med J*. 2010;86:632-5.
26. Herranz G. El papel de la enseñanza de la ética médica en la formación del médico. En: *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Madrid: OMC; 2013. p. 257.
27. McDougall R, Sokol DK. The ethical junior: a typology of ethical problems faced by house officers. *J Royal Soc Med*. 2008;101: 67-70.
28. Herranz G. El papel de la enseñanza de la ética médica en la formación del médico. En: *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Madrid: OMC; 2013. p. 259.
29. Doyal L. Closing the gap between professional teaching and practice. *BMJ*. 2001;322:685-6.
30. GMC Education. *Medical students: professional values and fitness to practice. Draft guidance from the GMC and the MSC, for consultation. General Medical Council Guidelines*; 2015.
31. Herranz, G. La Ética del Estudiante de Medicina. En: *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Madrid: OMC; 2013. p. 267-77.
32. Ginsburg S, Regehr G, Lingard L. To be and not to be: the paradox of the emerging professional stance. *Med Educ*. 2003;37: 350-7.
33. Herranz, G. La Ética del Estudiante de Medicina. En: *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Madrid: OMC; 2013. p. 275.
34. Huang GC. A Tool to Measure Hospitalists' Morale. *NEJM Journal Watch*. 2016 June 20 [consultado 28-6-2016]. Disponible en: <http://www.jwatch.org/na41562/2016/06/20/tool-measure-hospitalists-morale>
35. Chandra S, Wright SM, Ghazarian S, Kargul GM, Howell EE. Introducing the Hospitalist Morale Index: A new tool that may be relevant for improving provider retention. *J Hosp Med*. 2016;11:425-31.
36. Herranz G. El papel de la enseñanza de la ética médica en la formación del médico. En: *Desde el corazón de la medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Madrid: OMC; 2013. p. 261.
37. Fee E, Morman ET. *Doing History, Making Revolution: the Aspirations of Henry E. Sigerist and George Rosen*. *Clio Med*. 1993;23: 265-311.
38. Sigerist HE. *L'histoire de la médecine et la sociologie médicale. X Congreso Internacional de Historia de la Medicina. Libro de Actas. T. II*. Madrid; 1935. p. 325-6.
39. López Piñero JM. *Los estudios histórico-sociales sobre la medicina*. En: Lesky E, editor. *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984. p. 21-2.
40. Jones DS, Greene JA, Duffin J, Warner JH. Making the Case for History in Medical Education. *J Hist Med Allied Sci*. 2014;70: 623-52.
41. Warner JH. The Humanising Power of Medical History: Responses to Biomedicine in the 20th Century United States. *Med Human*. 2011;37:91-6.
42. Laín Entralgo P. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat; 1978. p. XXIX-XXXI.
43. Herranz G. El hospital como organismo ético. *Cuestiones de Bioética: I Seminario. Sociedad Valenciana de Bioética* (1996); 1997. p. 7-25.
44. Tenon J. *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*. Paris: De l'imprimerie de Ph. D. Pierres& C.; 1788.