Globethics Repository



Humanización de la atención sanitaria; retos y perspectivas [Humanization of health care; challenges and prospects]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Santos Hernández, Aldo Miguel;Peña Lage, Margarita
Publisher	Centro de Bioética Juan Pablo II
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-13 23:54:41
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/210197

Humanización de la atención sanitaria; retos y perspectivas

Primera Parte: La Deshumanización en la Práctica Sanitaria Actual

Dr. Aldo Miguel Santos Hernández[i]
Dra. Margarita Peña Lage[ii]

Resumen

La atención sanitaria desarrolla su acción en estrecha cercanía a la persona, al servicio de sus bienes más preciados: la vida y la salud, en momentos tan cruciales de la existencia como son su jubiloso inicio y su siempre dramático fin, así como durante la enfermedad, esa situación en la que el individuo sufre, además de los síntomas propios de su estado, la más radical pobreza, limitación y dependencia. Es por ello que este campo de ejercicio profesional experimenta hoy, quizás como ningún otro, los embates y tensiones del proceso de deshumanización y despersonalización que sufre nuestra sociedad global. En la primera parte de este estudio, se pasa revista a los factores que, a escala global, propician la despersonalización y la deshumanización en la asistencia sanitaria contemporánea.

Palabras clave: Deshumanización de la medicina; despersonalización de la medicina; atención sanitaria.

Introducción

La práctica médica actual, estrechamente asistida por el avance técnico y científico, detenta como nunca antes un insospechado poder sobre las personas[1]. Ese poder, en ausencia de claros referentes éticos, puede conducir al vértigo del dominio y la manipulación más deshumanizante y cruel, en lugar de lo que está realmente llamada a ser: el servicio más noble, honorable y dignificante, ámbito privilegiado de enriquecedores modos de relación interpersonal y de encuentro a la verdadera altura y medida del ser humano, al decir de López Quintás.

Algunos autores emplean *deshumanización* indistintamente junto al término *despersonalización*, aunque otros distinguen entre ambos conceptos, asociando el primero con una



pobreza comunicativo-afectiva desplegada en las relaciones interpersonales, reservando en cambio el segundo para aquellas de corte impersonal, excluyentes de la identidad y subjetividad de sus protagonistas, fenómeno motivado por la superficialidad y la fugacidad de las relaciones en las que interviene un elevado número de actores. Tal es el caso del enfermo que es atendido de forma casi simultánea por un numeroso grupo de profesionales médicos, paramédicos y personal auxiliar, mientras que por otro lado, cada uno de esos miembros del equipo asistencial tiene a su cargo un enorme volumen de pacientes. Como resulta lógico suponer, por encima de tal distinción, es indudable la existencia de una estrecha interconexión entre ambos fenómenos. Los rasgos más comunes de la despersonalización y deshumanización en la práctica sanitaria son:

- La «cosificación» del paciente que «*pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos*»[2], y pasar a ser tratado como: «la cama número tal», «la colecistitis» o «la historia clínica más cual».
- Falta de calor en la relación humana, distanciamiento afectivo por parte del personal, rayano en fría indiferencia o indolencia.
- Ausencia de un entreveramiento creativo

[1] «*La gente ignora el fabuloso poder del médico para influir decisivamente sobre sus vidas: sobre el número de hijos, sobre el tipo de trabajo, sobre el modo de comer, sobre el modo de sentir o sobre el modo de amar y, en fin, ahora sobre el modo de morir...*». Manuel de Santiago. La crisis de la conciencia médica en nuestro tiempo. Cuadernos de Bioética 1998; 36(9) p.670

[2] Javier Gafo. 10 palabras clave en bioética. Editorial Verbo Divino, Navarra 19991 p.26

entre los ámbitos personales del paciente y de los miembros del equipo asistencial que favorezca formas mutuamente enriquecedoras de encuentro[3].

◆ Violación de los derechos del enfermo (privacidad, confidencialidad, autonomía...), que puede llegar incluso a la negación de sus opciones últimas.

En medio de la tendencia actual, que parece trasladar casi por completo el debate bioético al mundo microscópico (clonación, transgénesis, células estaminales) y de la aparente crisis de la deontología como disciplina, el presente trabajo pretende estimular la reflexión acerca de los principales factores cuya presencia y compleja interacción, favorece la aparición de rasgos de deshumanización en la asistencia sanitaria contemporánea, así como contribuir, en lo posible, a dilucidar los retos y exigencias para una relación asistencial con mayor calidad y calidez humana.

Desarrollo

A continuación, presentamos un apretado análisis fenomenológico de aquellos elementos que pensamos tienen un mayor peso en la despersonalización y la deshumanización en la asistencia sanitaria contemporánea.. Hemos creído de utilidad, con miras a facilitar la comprensión, distinguir entre los factores de tipo sociológico, los atribuibles a la organización y funcionamiento de las estructuras sanitarias, los imputables al personal sanitario y los relativos al paciente y su medio, así como aquellos originados por la aplicación inadecuada de los avances de la tecnociencia médica. Sin embargo, tal distinción corre el riesgo de incurrir en enojosas simplificaciones, pues en realidad todos estos factores interactúan de forma tan compleja y proteica que en la praxis cotidiana se hace con frecuencia imposible tal categorización.

1.- Factores Sociológicos

a) Crisis de la cultura

Vivimos en sociedades secularizadas, en las que se impone cada vez más una cultura homogénea, en la cual prevalece el «tener» sobre el «ser», entronizándose una visión utilitarista del hombre y de la sociedad. Lo valioso pasa a ser solo aquello que reporta determinado beneficio o utilidad práctica. En tal ambiente, las *relaciones interpersonales* experimentan un palpable empobrecimiento al ser trastocadas en meras *relaciones interindividuales* en las cuales sus actores se autodegradan de *sujetos* a la categoría de *objetos* que se usan mutuamente para buscar la satisfacción de sus propios intereses. La nefasta repercusión de este fenómeno en el mundo de la atención sanitaria no precisa comentarios.

b) Pluralidad de sistemas éticos

En un mundo tan plural en creencias, posturas e ideologías, ha sido hasta ahora imposible alcanzar unos principios éticos fundamentales que nos permitan un consenso responsable; esto es, una «ética de mínimos». Asistimos a la puja entre la ética clásica de Aristóteles, las posturas pragmáticas o utilitaristas de S. Mill y W. James, la contractualista de Hobbes, Locke y Rosseau, la fundamentación discursiva de Habermas, la ética deontológica de Kant, la fenomenológica de M. Scheler y N. Hartmann, entre otras. *Nos encontramos pues, en medio de una Babel ética donde no logramos entendernos.*

c) Exigencias paradójicas

Por otro lado, en el seno del mundo contemporáneo existe una profunda ambigüedad, que consisten por un lado al personal sanitario (médico y paramédico) se le exige de manera válida, una cuota de sacrificio, abnegación, entrega y desinterés, que sin embargo la sociedad actual, atenazada por el egoísmo individualista, el afán de lucro y el hedonismo, no esta dispuesta a asumir ni vivenciar y, por tanto, es la mayoría de las veces incapaz de incentivar.

d) Medicalización de la sociedad

Las numerosas problemáticas, tensiones e insatisfacciones de todo tipo que afrontan de manera constante los individuos, se traducen habitualmente en síntomas de origen funcional, pertinaces y de muy difícil control. El gran volumen de personas así enfermas, genera una demanda que presiona a los sistemas sanitarios estimulando su hipertrofia. Este fenómeno, unido al simplismo con el cual es enfocada la solución de ciertas problemáticas sociales e individuales, ha dado paso a una creciente medicalización de la sociedad. De esta forma, son invertidos en todo el mundo cuantiosos recursos materiales y humanos que, con la pretensión de solucionar «problemas de salud», solo están tratando sus signos y síntomas en lugar de sus verdaderas causas, pues sus soluciones rebasan ampliamente la perspectiva sanitaria.

2.- Factores Secundarios a la Organización y Funcionamiento de las Estructuras Sanitarias

[3] «*Ninguna profesión como la de las ciencias de la salud tiene tal virtud de acercamiento a la persona, porque se vive y se ve vivir en el sufrimiento, dolor, esperanza, muerte y amor {...} el médico aprende a ser más humano, a valorar lo que aún él tiene de salud, de integridad, vida... a acompañar y compartir el sufrimiento {...}, en fin, aprende a amar*». Ma. de la Luz Casas. Conocer y amar: vocación médica. Cuadernos de Bioética 1998;34(9): p.327.

Con cierta frecuencia, es en la organización y funcionamiento de las estructuras sanitarias donde se hallan algunos de los factores que de forma directa o indirecta, atentan contra una asistencia humanizada, entre estos se encuentran:

a)Inestabilidad del personal y fragmentación de los servicios de salud

Debido a la complejidad, dinamismo y sobrecarga a los que están expuestos algunos servicios de salud, no siempre es posible garantizar la estabilidad de la atención y el seguimiento del paciente por el mismo profesional. A menudo el individuo enfermo se relaciona no con un médico en particular, sino con un equipo más o menos extenso de personas. Esto impide la relación que es capaz de generarse en una comunicación interpersonal estrecha y fluida, a la vez que diluye el compromiso con su cuidado y la responsabilidad con los resultados de las acciones diagnósticas y terapéuticas. Otro peligroso factor de despersonalización de la asistencia sanitaria es la cada vez mayor fragmentación de los servicios, lo cual atenta contra la visión del individuo en su compleja e indivisible totalidad.

b) Criterios parciales de evaluación de la calidad de los servicios de salud

En las últimas décadas, ha tenido lugar el progresivo establecimiento, en la mayor parte de los países, de la economía de mercado de corte neoliberal, en la que las leyes del libre mercado disfrutan de un poder casi ilimitado. Al mismo tiempo, los estados parecen desentenderse cada vez más de su tradicional papel de velar por el interés general y de asistir a los más desfavorecidos. Como una de sus consecuencias negativas, ha ido ganando terreno la tendencia a evaluar también los resultados y la calidad de los servicios de salud con fríos criterios economicistas (competencia, productividad, eficiencia) encaminados a rentabilizar al máximo los recursos sanitarios y originar ganancias.

Las consecuencias de este enfoque han sido desastrosas tanto para los pacientes como para el personal médico y paramédico, pues como lo describe Lelkens «*Los hospitales están considerados como empresas comerciales que deben someterse al criterio del provecho{...} la asistencia sanitaria proporcionada se ha convertido en un «producto» y el paciente en un «cliente», la calidad del producto que se proporciona debe ser calibrada con el menor costo y ser lo más eficiente posible*»[4]. En la práctica, esto se traduce en: recortes presupuestarios y de personal, aumento del volumen de pacientes-clientes, omisión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos costosos, así como la escandalosa carestía de servicios y seguros médicos, que excluye a todo aquel sin suficiente capacidad financiera, en suma: ominosa deshumanización de la asistencia sanitaria.



Otra tendencia es la consistente en evaluar la calidad de los servicios con *criterios de efectividad*, es decir, con el logro de determinados objetivos y metas de tipo estadístico. La persona concreta afronta entonces el riesgo de ser ignorada o vulnerada en su individualidad y su subjetividad, puesto que sus intereses, necesidades e incluso sus derechos (información, autonomía, confidencialidad), están supeditados al logro de determinada cifra o indicador. Sumergido en esta corriente, el personal sanitario puede llegar a percibir al paciente que tiene ante sí, no como a un ser humano investido de una dignidad absoluta, sino como a alguien que eventualmente podría representar una inclinación favorable o no, de alguna tasa o índice estadístico, que es lo que en último término evaluaría la efectividad y la calidad de su trabajo. Este degradante reduccionismo, deshumaniza la atención de salud, desencadenando flagrantes abusos y todo tipo de excesos.

c) Inadecuadas estrategias gerenciales y de dirección

Estrategias inadecuadas de dirección y gerencia de salud, pueden favorecer la aparición de rasgos deshumanizadores en la práctica médico-asistencial. La dirección basada en un excesivo centralismo, con el predominio de esquemas rígidos que otorgan muy poco margen a la participación de los subordinados en la toma de decisiones y en los que casi todo está ya normado, de tal forma que la defensa de un criterio profesional o la adopción de una determinada postura, incluso en las materias o tópicos en los cuales no se ha legislado, necesita ser refrendado por los niveles superiores; frena la creatividad, ge-

[4] Joannes Lelkens. Deshumanización de la asistencia sanitaria dentro y fuera de las estructuras sanitarias. Dolentium Hominum 2001; 46(16): p.22

nerando descontento y frustración en el personal, así como falta de compromiso con los resultados de la labor. Esto repercute negativamente en la calidad humana de la asistencia sanitaria.

Otro tanto ocurre cuando las instancias directivas no tienen en cuenta las aspiraciones y necesidades -entre ellas la de realización profesional- experimentadas por los miembros del personal, supeditándolas por entero a situaciones coyunturales y organizativas de la institución o la superestructura sanitaria. El profesional que no puede decidir dónde y en qué trabajar, cómo y cuando superarse o especializarse, en cuál campo investigar, ha sido privado de su autonomía y degradado a mero instrumento. Y quien se siente instrumentalizado, será difícil que a su vez no trate como objetos a cuantos de él dependen.

d) Excesiva burocratización



Francesc Torralba

La excesiva burocratización de los sistemas sanitarios provoca que el personal emplee parte sustancial de su tiempo en actividades burocráticas, en detrimento de las asistenciales o promocionales. Me permito citar a F. Torralba, quien ha dicho «*Resulta evidente que la burocratización es algo inevitable cuando se trata de coordinar y atender a una masa humana {...} sin embargo en el plano ético, la burocratización del cuidar, altera negativamente el sentido y la esencia de este proceso,{...}dicha acción requiere el rostro a rostro, la salvaguarda de la identidad personal y esto, en el seno de un mundo de vida radicalmente burocratizado, es difícil llevar a cabo*»[5].

3.- Factores Relativos al Personal Sanitario

a) Desequilibrio en la formación académica.

La formación centrada de forma casi exclusiva en el desarrollo de habilidades técnicas, en detrimento de los contenidos filosóficos y antropológicos humanistas, casi inexistentes en los programas de pre y postgrado, unido a la enseñanza de una ética deontológica limitada a códigos administrativos y procedimentales logra, como resultado, profesionales con un elevado saber científico y gran pericia técnica, pero con una pobre formación humana y la consecuente incapacidad para interactuar con la persona enferma, comprendiendo el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva holística e integradora. No resulta raro constatar que incluso para médicos recién graduados con brillantes calificaciones, conceptos básicos como «dignidad humana», resulten tan difusos o sumamente abstractos que les resulte difícil su aplicabilidad o vivencia en la práctica profesional.

[5] Francesc Torralba. Lo ineludiblemente humano: hacia una fundamentación ética del cuidar. Labor Hospitalaria 1999; 253: p.180

Por otro lado, a pesar de los progresos de la última década, aun se percibe la escasez de espacios de análisis y reflexión sobre la bioética y la ética médica, e incluso en los existentes puede observarse una focalización en los debates suscitados por las nuevas tecnologías, dejando un tanto de lado los viejos, pero nunca fuera de moda, temas éticos de las praxis médico-sanitaria.

b) La especialización

El vertiginoso ritmo del progreso científico técnico, que ha propiciado la acumulación de un enorme volumen de información y conocimientos médicos, así como la necesidad de estudiar con mayor profundidad y acuciosidad los disímiles problemas de las ciencias de la salud, ha motivado que en la segunda mitad del pasado siglo fuera haciéndose imprescindible una división de la asistencia médica por sectores, denominada «especialización». Surgieron de esta forma profesionales «macroexpertos» en «microtemas». A la par de sus innegables ventajas, este proceso abrió una brecha para la despersonalización en la atención médica. Bajo este modelo de atención se ha cometido con frecuencia el error de tratar una entidad o una parte del paciente, ignorando el resto de su persona. Esta «fractura» atenta contra la unicidad de la persona, por lo que desvirtúa la relación médico-paciente.

c) Vulnerabilidad del personal asistencial: La medicina defensiva.

Actualmente el ejercicio de la profesión médica se encuentra en una situación sumamente vulnerable. Sobre los profesionales penden, cual «espadas de Damocles», numerosas leyes, normativas, disposiciones jurídico-legales y regulaciones administrativas que crean un clima de permanente amenaza ante la siempre inminente posibilidad de penalizaciones y sanciones de diverso tipo. Por otro lado, existe una opinión pública que, moldeada por los medios de comunicación social, tiende a depositar un exagerado optimismo en la eficacia, seguridad e inocuidad de la tecnología médico-farmacéutica. Tal y como ha señalado Manuel de Santiago «*Ejecutando el arte médico con excelencia, de manera competente y con los medios adecuados, el médico moderno sigue siendo incapaz de asegurar una evolución favorable o de garantizar que una complicación imprevista no pueda hacer su aparición*»[6]; sucede entonces que, como este mismo autor indica, *«El paciente, al que disponían a ayudar, a servir, se convierte en sospechoso. Advierten que detrás de una cara amable o de una expresión de sufrimiento puede albergarse, meses más tarde, un sentimiento de indignación y revancha injustificada o la codicia menos defendible»*[7]. Esta sensación de vulnerabilidad impulsa al personal sanitario a tra-

bajar bajo la continua presión del *temor,* tan nocivo desde el punto de vista psicológico y espiritual pues el miedo repliega, entorpece y violenta profundamente, tanto a quien lo experimenta como a quien lo detecta. Ello conduce a la práctica de una *medicina defensiva* en la que el médico «cuidándose», no informa, sino que desinforma (e incluso miente); prescribe exceso de costosos y molestos exámenes; determina innecesarios ingresos, interconsultas, o sobrestadías hospitalarias y deriva los casos más molestos para «quitárselos de encima».

d) Dificultades en la realización profesional

La realización profesional constituye parte esencial del continuo proceso de crecimiento y maduración del individuo en la búsqueda de plenitud y de su realización integral como persona. Esta es pues, una categoría dinámica que depende del justo equilibrio entre múltiples factores. Un horizonte de realización profesional en el cual existan metas claras y alcanzables hacia las que se avance progresivamente, contribuirá de manera notable en la configuración del sentido existencial de la persona, generando fuertes incentivos así como una intensa motivación a la apertura, la entrega y el servicio altruista. De lo contrario, el individuo caerá irremisiblemente en el foso del desánimo y la desmotivación, pudiéndole incluso sobrevenir severos trastornos de su autoestima y en suma, la frustración, el vacío o la corrupción más deshumanizadores.

En el ejercicio de la medicina, tanto el desconocimiento de la importancia de la realización profesional, como su visión simplista centrada en el «éxito profesional» -entendido como fama, beneficio material o ejercicio de poder-, tienen nefastas repercusiones en la relación entre el personal sanitario y los pacientes.

e) Sobrecarga de trabajo y desgaste profesional

Una excesiva presión asistencial dada por la duración, intensidad y el elevado volumen del trabajo (gran número de pacientes, escasez de tiempo, escaso margen de error) o el desbalance de estos respecto a la duración y calidad del descanso, unido a condiciones inadecuadas de trabajo, la carencia de medios y la escasa seguridad ocupacional, favorecen la despersonalización de la atención médica. En ambientes sanitarios sobrecargados no habrá tiempo ni oportunidad de establecer una verdadera relación humana. El médico, a la vez que interroga al paciente, empleará más tiempo en leer su historia clínica y escribir, que en mirarle directamente al rostro.

Las dificultades en la realización profesional así como la sobrecarga de trabajo, entre otros factores de tipo personal, profesional y social, pueden dar lugar a un estado que ha sido descrito como «Síndrome de desgaste profesional» o de «Burnt out», (se traduciría al español como «estar quemado»). Tal y como reflejan algunos autores, este «*Es un cuadro de agotamiento emocional, despersonalización en el trato con los destinatarios de la actividad profesional y personal, que se desarrolla progresivamente como respuesta a una situación de estrés mantenido en el desarrollo de algunas profesiones, sobre todo de ayuda a otras personas (sanitarias, educativas, ect.)*»[8]. Los miembros del personal sanitario que sufran tal condición podrán incurrir, aun de manera involuntaria e inconsciente, en un actuar deshumanizado[9].

f) Inadecuada relación de poder

Clásicamente, la relación entre el médico y sus pacientes estaba basada en el ejercicio de cierta autoridad por parte del primero, del cual se supone que cuenta con los conocimientos, habilidades y experiencia necesarios para orientar al paciente hacia bienes que éste no puede alcanzar por sí mismo: la salud y la vida.

Sin embargo, actualmente, en la relación médico-paciente se suele constatar, o bien una negación de casi toda forma de encuentro basado en la autoridad profesional, en la que es magnificada y absolutizada la autonomía del paciente, al tiempo que el facultativo se desentiende de sus responsabilidades para con éste, dejándolo a merced de su propia incapacidad o, en el otro extremo, una relación excesivamente vertical, en donde la postura profesional pasa a ser eminentemente coercitiva en lugar de dialogante y persuasiva, lo cual no consigue generar en las personas un compromiso con el cambio de actitudes y la promoción de su salud, obteniendo en el mejor de los casos solo pasividad y sometimiento. Con frecuencia, una inadecuada relación de poder genera el no menos nocivo *paternalismo*, en el cual, quien ejerce

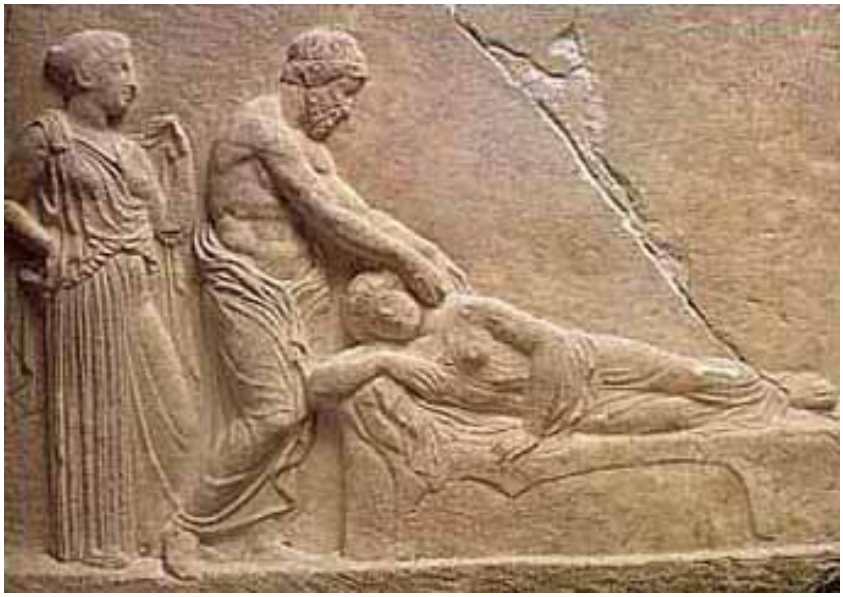
---

[6] Manuel de Santiago. La crisis de la conciencia médica en nuestro tiempo. Cuadernos de Bioética 1998 36(9): p. 673

[7] Ibidem

[8] Miguel A. García. «Burn-out»: llamada de atención para recuperar y desarrollar la riqueza ética de la medicina. Diario Médico, 5 de julio de 2002

[9] "*En una ética del cuidar no solo es fundamental el reconocimiento moral del sujeto cuidado, esto es, del enfermo, del anciano, del discapacitado, del recién nacido, sino también el reconocimiento moral y jurídico del cuidador, del que ejerce la noble función social de cuidar a otros seres humanos. Raramente se considera su figura y su labor en el discurso moral sobre el cuidar y, sin embargo, el respeto a su persona y a su profesión es básico para que pueda ejercer su tarea dignamente {...} cuando el cuidador padece un entorno hostil, un ambiente masificado y una situación laboral precaria o indigna, entonces no puede desarrollar su función como le correspondería*". Francesc Torralba. Lo ineludiblemente humano, hacia una fundamentación ética del cuidar. Labor Hospitalaria 1999; 253: pp. 172 y 180



la autoridad, partiendo de la presunta ignorancia, incapacidad o desinterés de los pacientes, no les concede la posibilidad participar de manera activa en el proceso de prevención, curación o rehabilitación. Estos fenómenos propician, de manera evidente, una severa atrofia de la capacidad del paciente para tomar decisiones responsables en el ámbito del cuidado de su salud, coartando de esta manera su crecimiento personal y perpetuando por ende su estado de dependencia e indefensión[10].

En suma, las relaciones de poder inadecuadas causan desajustes y rupturas, situaciones de conflictividad, incomunicación y a la postre de deshumanización[11].

4.- Factores Relativos al Paciente y su Medio

a) Desconfianza.

Con frecuencia el paciente, basándose en experiencias negativas - suyas o de quienes le rodean - acudirá ante el personal sanitario con serias reservas que le impedirán abrirse al encuentro. Numerosas dudas le asaltan: ¿Se encontrará este médico adecuadamente capacitado?, ¿Me dirán la verdad? ¿Realmente le preocupará mi problema o solo busca su propio provecho?, ¿Respetarán mi privacidad?. Esta situación le sitúa «a la defensiva», el paciente omite aspectos relevantes o llega a mentir e incluso en algunos casos, alberga una agresividad latente que fácilmente puede degenerar en franca hostilidad. La desconfianza crea un enrarecido clima, lesivo de la relación médico paciente, la que según se ha dicho debe ser ante todo *«un encuentro entre una conciencia y una confianza»*[12].

b) Falsas Expectativas

La percepción errónea de las potencialidades y avances de la tecnología, del saber médico así como de la organización y funcionamiento de los sistemas sanitarios, hacen que no pocas personas depositen una fe desmesurada en los «prodigios» de la ciencia médica, lo que desembocará tarde o temprano en frustración y amargura. Esto predispone al paciente y a su familia, enturbiando las relaciones con el personal de la salud, pues a menudo las limitaciones no son asumidas como propias de la imperfección de la ciencia o las estructuras, sino que serán injustamente atribuidas a la incapacidad o el desinterés de los responsables de su aplicación y funcionamiento.

c) Ejercicio Inadecuado de la Autonomía

González Blasco ha descrito, a nuestro juicio muy atinadamente, el itinerario que puede conducir a un paciente, mediante el ejercicio inadecuado de su autonomía hacia la despersonalización. Sucede con relativa frecuencia que la persona, al sentirse enferma, confiada en los conocimientos adquiridos a través de los medios de difusión y de los materiales de divulgación científica popular, realiza una tentativa de autodiagnóstico, para luego buscar mediante la autogestión el médico que cree más adecuado. Pero como el paciente tiene sólo conocimientos generales enmarcados en lo que se ha denominado «cultura médica», acaba buscando un especialista para cada síntoma o signo que padece.

Insatisfecho y cada vez más irritado, irá de consulta en consulta, incluso a veces omitiendo valiosa información a quién él estima no le corresponde pues «no son síntomas de esa especialidad», convirtiéndose de esa forma en un sujeto «desmenuzado», en una relación de síntomas donde cada especialista va arreglando su parte y ninguno el todo. «*El paciente fragmentado –en la mente y en el cuerpo- busca al médico como un técnico, como alguien que resolverá un tema particular, y no como un profesional a quién confiar el cuidado de la salud {…} en ese contexto no se puede pedir que el paciente conserve el sentido profesional del médico*»[13]. Cuando el problema de salud sufre una descompensación o agravamiento, el enfermo acude entonces al servicio de urgencias donde, debido a las características y la dinámica propia de estos departamentos destinados al tratamiento de las situaciones de emergencia, no se dispone del tiempo ni la posibilidad de poner el orden y concierto imprescindibles para hallar las soluciones que el paciente tanto necesita.

[10] Alejandrina Arratia. Presencia de conductas autoritarias y de poder en la educación para la salud. Cuadernos de Bioética 2000; 42(11): pp. 237

[11] Ibidem.

[12] Domenico di Virgilio. El médico, un hombre para todos. Dolentium Hominum 1996; 31(9): p. 94

d) Tecnociencia Médica y Deshumanización

En los últimos decenios, al igual que en el resto de las ramas del saber y del quehacer humano, las ciencias biomédicas han experimentado enormes progresos en todos los campos (prevención, diagnóstico, terapéutica y rehabilitación). Sin embargo, el ser humano ha terminado con frecuencia siendo también rebajado al plano de un objeto más, bajo el dominio de la ciencia y la tecnología; su dignidad ha quedado rota y olvidada. No pocos alertan que la sociedad globalizada postmoderna ha entrado en el tránsito cuesta abajo de una cultura humanista a una cultura tecnicista. El prestigioso filósofo germano-judío Hans Jonas indica que «*es preciso someter el potencial apocalíptico de la técnica al dominio de los valores, de la reflexión moral*», al tiempo que alerta sobre la urgencia de «*poner el galope tecnológico bajo control extratecnológico*»[14].

Constituye un verdadero reto para la asistencia sanitaria actual, lograr la sabiduría y la mesura necesarias para no sucumbir a la «exaltación técnica», seducción de la que muchos profesionales, pacientes e incluso familiares no logran sustraerse y bajo la cual las acciones médicas, lejos de obedecer a su hondo sentido humano, enfrentan el riesgo de ser degradadas a mera pericia técnica que valiéndose de sofisticados procedimientos y artefactos, termina ocupándose del cuerpo como si se tratase de «una cosa» y no de la expresión de una persona concreta.

En el próximo número, serán revisados los retos y perspectivas para una atención sanitaria humanizada y se ofrecerá una relación adicional de la bibliografía consultada, para los interesados en profundizar en este tema.

[i] Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Policlínica Docente Pedro Díaz Coello, Holguín.

[ii] Estomatóloga, Clínica Estomatológica Docente Manuel Angulo, Holguín.

Diplomados en Bioética por la Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello, Holguín.

[13] Pablo González. Medicina y persona humana. Cuadernos de bioética 1998; 34(9): p. 278

[14] Hans Jonás. Técnica, medicina y ética. Paidós 1997, citado en Manuel de Santiago. La crisis de la conciencia médica de nuestro tiempo. Cuadernos de Bioética 1998; 36(9): p. 669