EDUARDO DÍAZ AMADO, EDITOR

La humanización de la salud

CONCEPTOS, CRÍTICAS Y PERSPECTIVAS

ESTUDIOS EN BIOÉTICA

editorial Pontificia Universidad JAVERIANA
25 AÑOS

EDUARDO DÍAZ AMADO, EDITOR

La humanización de la salud

CONCEPTOS, CRÍTICAS Y PERSPECTIVAS

Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá

INSTITUTO DE BIOÉTICA 20 AÑOS

Reservados todos los derechos
© Pontificia Universidad Javeriana
© Eduardo Díaz Amado, editor
© Claudia Álvarez Franco, Roberto Amador López, Carlos Andrés Andino Acosta, Adriana Ardila Sierra, Herwin Eduardo Cardona Quitián, Luz Fanny Casas Amado, Jairo Clavijo Poveda, Rebeca Cruz Santacruz, Eduardo Díaz Amado, Fritz Eduardo Gempeler Rueda, Octavio Henao Orrego, Gilberto Hernández Zinzún, Luz Eugenia Ibáñez Alfonso, Diana del Rosario Izquierdo Mora, Ricardo Luque Núñez, Pablo Matamala Jordán, Carlos Andrés Muñoz López, Magaly Rocío Pabón Robayo, Diego Javier Pacheco Niño, Alejandro Pedreros Beltrán, Alejandro Perdomo Rubio, Nora H. Riani Llano, Carolina Soto Méndez, Liliana Támara Patiño, Jesús David Vallejo Cardona, Juan Camilo Venegas Carrillo

Primera edición en español:
Bogotá, D. C.,
noviembre de 2017
ISBN: 978-958-781-133-9
Hecho en Colombia
Made in Colombia

Editorial Pontificia Universidad Javeriana
Carrera 7.ª # 37-25, oficina 13-01
Edificio Lutaima
Telefono: 320 8320 ext. 4752
www.javeriana.edu.co/editorial
editorialpuj@javeriana.edu.co
Bogotá, D. C.

Corrección de estilo:
Daniela Guerrero Acosta

Diseño:
Andrés Conrado Montoya

Diagramación:
Claudia Rodríguez

Desarrollo ePub:
Lápiz Blanco S,A.S.

Díaz Amado, Eduardo, autor, editor

La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas / Eduardo Díaz Amado [y otros veinticinco]. -- Primera edición. -- Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2017.

420 páginas: ilustraciones, fotos; 23.5 cm

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN : 978-958-781-133-9

1. ÉTICA MÉDICA. 2. BIOÉTICA. 3. HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN. 4. MEDICINA Y HUMANIDADES. 4. CIENCIAS MÉDICAS – ASPECTOS SOCIALES. 5. RELACIONES MÉDICO-PACIENTE. 6. PERSONAL DE SALUD – ASPECTOS MORALES Y ÉTICOS. 7. DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA. I. Pontificia Universidad Javeriana. Instituto de Bioética

CDD 174.2 edición 19

Catalogación en la publicación - Pontificia Universidad Javeriana. Biblioteca Alfonso Borrero Cabal, S.J.

inp. 12 / 10 / 2017

Prohibida la reproducción total o parcial de este material, sin autorización por escrito de la Pontificia Universidad Javeriana.

MIEMBRO DE LA RED DE EDITORIALES UNIVERSITARIAS DE AUSJAL
AUSJAL
www.ausjal.org

Pontificia Universidad Javeriana | Vigilada Mineducación. Reconocimiento como Universidad: Decreto 1297 del 30 de mayo de 1964. Reconocimiento de personería jurídica: Resolución 73 del 12 de diciembre de 1933 del Ministerio de Gobierno.

INTRODUCCIÓN

EL TÉRMINO *HUMANIZACIÓN* SE HA UTILIZADO EN COLOMBIA principalmente con relación a tres escenarios: la guerra, la educación y la salud. En el primer caso, dada la degradación del conflicto armado interno que azotó al país por más de cincuenta años y que hoy parece estar llegando a su fin, los llamados a humanizar el conflicto significaron, entre otros, la invitación a que se respetara el derecho internacional humanitario, que procura la protección de la población civil, así como la prohibición de usar determinadas armas y de emprender acciones que sobrepasaran ciertos límites, buscando disminuir así la crudeza de la guerra. Ejemplos de acciones tendientes a humanizar la guerra incluyen la prohibición de minas antipersonales, la explotación sexual y la vinculación de niños al conflicto. Así mismo, se trata de impedir que el conflicto sea leído solo en términos de cifras y muertos sin nombre; humanizar aquí debe conducir por tanto a recuperar identidades e historias de vida, buscando contribuir a la construcción de paz con justicia.

Por otro lado, la humanización en el campo de la educación ha significado sobre todo una invitación a recuperar el propósito fundamental de dicha actividad: formar ciudadanos y promover el florecimiento de la vida humana. El maestro Guillermo Hoyos Vásquez, quien fuera director del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana y dedicara gran parte de su vida a pensar la educación, insistía siempre en que, si se trataba de humanizar la educación, había que fundamentarla en valores esenciales para la convivencia, el debate y la investigación. Por esto la humanización de la educación incluye oponerse a su mercantilización, su masificación y fraccionamiento. Las instituciones educativas no pueden olvidar que han de trabajar para poder proveer a la sociedad de ciudadanos con mente abierta, respetuosos del pluralismo y multiculturalismo, pero críticos y, sobre todo, capaces de participar activamente en el acontecer social y en los debates que se dan en el ámbito de lo público. Desde el colegio, la escuela y la universidad debemos iniciar la transformación de la

sociedad.

Pero es en el tercer escenario, el de los servicios y las profesiones de la salud en el que se habla más de humanización hoy en Colombia. La falta de un verdadero acceso a una atención en salud oportuna y de calidad, así como las crecientes quejas sobre el mal proceder y abusos de muchos profesionales de la salud, han convertido a este escenario en terreno de desesperación, angustia, impotencia y rabia. No es, sin embargo, un problema exclusivamente colombiano. Las deficiencias y problemas de los servicios de salud en Latinoamérica parecen ilustrar un capítulo más de *Cien años de soledad*, pues en esta tierra enfermar es quedar condenado al olvido y al abandono, especialmente si, como la gran mayoría, no se tiene suficiente dinero.

Gran parte de la responsabilidad de este estado de cosas tiene que ver con el advenimiento de grandes corporaciones y empresas que han hecho de los servicios de salud un rentable reglón de negocios y de los profesionales de la salud sus trabajadores asalariados. La preponderancia del criterio de ganancia económica sobre el de ganancia social y humana ha traído consigo la mercantilización de la atención, la pauperización (tanto material como moral) de los profesionales de la salud y el maltrato e irrespeto a los pacientes y usuarios que buscan sus servicios. Hay suficiente evidencia que demuestra que, usando eufemísticamente el discurso del acceso universal y la distribución justa de recursos en los servicios de salud, se ha terminado por destruir aspectos fundamentales que deben caracterizar la atención y el ejercicio de las profesiones relacionadas con este campo, por ejemplo, el respeto por las personas, su dignidad y autonomía, y el compromiso de ayuda al necesitado y vulnerable.

En este contexto, el término *deshumanización* se ha convertido en un modo de explicación del desbarajuste: si el criterio económico prima en los servicios de salud y estos profesionales son incapaces de construir relaciones adecuadas con sus pacientes es porque se ha perdido, en aras de la racionalidad instrumental, el beneficio económico y el prestigio social, aquello que nos hace plenamente humanos, esto es, la solidaridad, la empatía, la comprensión, la ayuda, la generosidad y la consideración. Hacer de la atención en salud un negocio y reducir el ejercicio de las profesiones involucradas a un asunto meramente técnico y procedimental es la pendiente resbaladiza que lleva a dichas profesiones al plano vulgar

del mero intercambio de cosas, del consumismo y la explotación, lo que de paso lleva a la crueldad, la humillación y el dolor… Es descender al mundo de lo inhumano.

En los últimos años la invitación a humanizar la salud se ha acentuado de muchas maneras: como eslogan, programa político y forma de organizar la crítica frente a lo que sucede en este sector. Se trataría del intento de contrarrestar los efectos nocivos del excesivo énfasis en lo tecnológico, lo administrativo y lo económico en dichos servicios, en desmedro, por supuesto, de las consideraciones de orden ético, afectivo y emocional, entre otras, que han de tenerse en cuenta en la especial circunstancia de proveer ayuda y atención a quienes están afectados por alguna enfermedad.

Sin embargo, y a pesar de que muchas instituciones han adoptado el discurso de la humanización de la salud introduciendo prácticas tendientes a mejorar el trato y la satisfacción, no es del todo claro el alcance de dicho discurso ni el papel que ha de desempeñar en la transformación de los servicios de salud y la práctica profesional en este campo. Así, por ejemplo, habría que superar la idea de que humanizar estos servicios signifique solamente un asunto de buenos modales; es necesario apuntar a una transformación cultural y estructural. Del mismo modo, habría que examinar críticamente la humanización en cuanto discurso que puede contribuir, paradójicamente, a ocultar el verdadero origen de los problemas más que a resolverlos. Por otro lado, tampoco es claro cuál es la relación del discurso de la humanización de los servicios de salud y el campo de las humanidades médicas. Este último abarca el cultivo de las artes y las humanidades (filosofía, historia, literatura, música, etc.) como estrategia para mejorar la manera como proceden los profesionales de la salud, pero también como investigación sobre lo humano mismo. Las humanidades médicas invitan a rescatar el papel de las emociones y lo subjetivo, así como a aceptar que la ciencia no es la única vía al conocimiento. El enfermar y la medicina alude a un tipo de experiencia humana que vale la pena explorar desde diferentes ángulos.

Es interesante observar que el Ministerio de Salud y la Protección Social, en su *Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario. Colombia*[1], incorpora "nuevos estándares de humanización, promoción y

prevención específicos, odontológicos y para hospitales universitarios". Lo que quiere decir que humanizar la salud se ha tornado parte de los procesos de acreditación, que tienen que ver más con la racionalidad empresarial y menos con una verdadera transformación del sistema. Aunque no se puede negar que de este modo se logra impactar positivamente hasta cierto punto las relaciones que se tejen en el ámbito de los servicios de salud, por ejemplo, mediante la promoción del respeto a los derechos de los pacientes, la implementación de una pedagogía sobre sus deberes y el énfasis en el cuidado y la seguridad, así como la evaluación permanente de los procesos; en lo fundamental las cosas cambian más bien poco. Basta ver las noticias o visitar los hospitales para descubrir que el discurso de la humanización sigue en gran medida siendo una retórica publicitaria y vacía.

Por todo lo anterior, examinar crítica y ampliamente el tema de la humanización de la salud, desde múltiples perspectivas, especialmente desde la bioética, las ciencias humanas y sociales, era un asunto pendiente en Colombia. Así lo consideramos en el grupo de trabajo e investigación en Bioética Clínica, Historia y Filosofía de la Medicina, del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana, que viene reuniéndose desde 2005 bajo mi coordinación, y que ha sido clave para la organización de los foros de bioética clínica, historia y filosofía de la medicina que se realizan desde 2007. Estos foros constituyen un espacio académico abierto para el análisis y el debate de los diferentes temas y problemas relacionados con el ámbito clínico e investigativo de las profesiones y los servicios de salud. El grupo propuso para el tercer foro, que se realizó el 28 y 29 de octubre de 2014, el tema *la humanización de la salud: significado, posibilidades y límites*[2]. La asistencia fue numerosa y los conferencistas y trabajos enviados de excelente calidad. Los textos que componen este libro surgen de las ponencias presentadas durante dicho foro y que fueron luego reescritas por sus autores para ser convertidas al formato de artículo académico. Aunque disímiles en sus enfoques, métodos de análisis, estilos, énfasis y temáticas, todos se orientan en una misma dirección: pensar en qué consiste la *humanización de la salud* y cuáles son sus significados, posibilidades y límites. Los textos están distribuidos en tres secciones que corresponden a las tres mesas temáticas del foro.

PRIMERA SECCIÓN

"Humanización de la salud" incluye siete capítulos que se ocupan, cada uno a su manera, de analizar cómo se ha de entender la humanización, teniendo en cuenta diversas formas de proceder, así como los elementos problemáticos o retadores que surgen. Tal vez valga la pena subrayar, por ejemplo, que la humanización de la salud solo puede entenderse en un sentido *relacional*. No se trata de un concepto abstracto, monolítico y autoevidente, sino de una propiedad que emerge en el contexto de las relaciones sociales que se establecen en el ámbito de las profesiones y los servicios de salud. Al entrar en relación con diversos agentes y la estructura misma del sistema de salud, se transforma la manera como se autocomprenden y se relacionan consigo mismos quienes ingresan en él.

Así, en tanto se entienden a sí mismos, por ejemplo, como pacientes, usuarios o clientes, con particulares necesidades y expectativas, el sistema de salud es productor de subjetividades. Igualmente pasa con los encargados de prestar el servicio, que pueden asumirse como trabajadores, que tendrán que luchar para lograr condiciones dignas de trabajo, como profesionales que tienen un compromiso con sus pacientes o como simples funcionarios que se limitan a cumplir órdenes y reglas. Según se dé este proceso, los individuos, desde la posición que ocupan en el sistema, juzgan si se trata de una atención humanizada o deshumanizada. Por esto Clavijo Poveda nos pide estar alerta a los usos que se le dé al concepto de humanización de la salud. Este debe remitir necesariamente a pensar en relaciones sociales, a evitar que la humanización se reduzca a una especie de ingeniería social del sistema de salud, pero, sobre todo, a atreverse a cuestionar sus fundamentos. Desde otro ángulo para Cruz Santacruz, Hernández Zinzún, Izquierdo Mora y Perdomo Rubio, en el capítulo quinto, la deshumanización se puede entender a partir de dos variantes: la primera, desde la subjetividad del paciente y; la segunda, desde la atención médica que se da a los usuarios del sistema de salud. Para ilustrar esto, los autores analizan el caso de Margarita García, indígena mexicana, y los múltiples problemas que debió enfrentar cuando acudió al sistema de salud. Estos autores denuncian la preeminencia de la utilidad por encima del bienestar de los pacientes como característica de la deshumanización de la salud,

frente a lo cual vale la pena examinar los aspectos sociales, económicos y políticos que subyacen en la práctica médica. En el capítulo sexto se explora el papel que desempeña el discurso que se ajusta al canon humanista y se reflexiona sobre algunos aspectos indeseables y negativos del llamado que se hace a la humanización de la salud. En este capítulo Matamala Jordán nos advierte que en dicho llamado se prescribe a los individuos, en la confluencia de discursos políticos, administrativos y psicológicos, determinadas formas de ser y estar que podrían estar atentando contra la libertad y la autonomía.

Esta primera sección incluye también perspectivas que procuran una mirada amplia, que vaya incluso más allá de lo meramente biomédico. Andino Acosta en el capítulo uno, por ejemplo, invita a pensar la humanización de la salud en términos de hospitalidad, que puede entenderse como actitud solidaria inspirada en la práctica antigua de acoger y hospedar al extranjero o al pariente, pero con mayor exigencia al enfermo. Sin embargo, entre nosotros la hospitalidad ha terminado por perder su sentido profundo de acogida al otro, que en el caso de la atención de salud lleva a la insensibilidad, negligencia e indiferencia ante la vulnerabilidad del ser humano enfermo. Para Andino Acosta recuperar la hospitalidad en los servicios de salud implica, además, poner especial atención al mundo de lo interior y subjetivo, no solo de los pacientes, sino de los propios profesionales de la salud. En el capítulo tres, Casas Amado apunta al cuidado de la vida en general cuando piensa en la humanización de la salud, superando los antropocentrismos. Para ella se trata de un llamado a rescatar la interdependencia que no siempre reconocemos, no solo entre nosotros, como humanos, sino entre todos los seres vivientes que pueblan nuestro planeta. En el quinto capítulo, Henao Urrego plantea la necesidad de luchar contra los modelos de dominación y poder si queremos en verdad humanizar la atención en salud, para lo cual será necesario llevar a cabo un trabajo de transformación cultural que, mediante ideas lúdicas e innovadoras, produzca un cambio que perdure. Finalmente, en el capítulo séptimo de esta primera sección, Luque Núñez nos recuerda que en el mundo clínico no todos los ámbitos son iguales en cuanto al respeto por la autonomía, condición fundamental para que la atención en salud se humanice realmente. Cuando se trata de derechos sexuales y reproductivos estamos hablando de intimidad e identidad personal, terrenos en los cuales

puede haber entrecruzamiento de valores, irrespeto o vulneración de derechos individuales. Para Luque Núñez en la política de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos encontramos elementos importantes que permitirían promover prácticas verdaderamente humanizantes en la prestación de los servicios de salud.

SEGUNDA SECCIÓN

En "Humanización, tensiones y profesiones de la salud", los autores hacen interesantes aportes para entender en qué podría consistir y cómo se podría contribuir a la humanización de los servicios de salud a partir de experiencias concretas y el abordaje de temas específicos. Una de las cuestiones fundamentales en relación con la humanización de la salud radica en lograr su *realización*, es decir, en evitar que esta se quede simplemente en un tipo de retórica de buenas intenciones, como se insinuaba más arriba, o peor aún, como estrategia para encubrir los graves problemas que aquejan tanto al ejercicio de las profesiones de la salud como a la manera de funcionar de los servicios de salud. Un buen comienzo sería repensar los currículos y la orientación de los planes de estudio en las profesiones de la salud.

En este sentido, en los capítulos tres y cuatro, escritos por Ibáñez Alfonso y Riani Llano, respectivamente, se describen sendos programas de formación en bioética, enfatizando su vocación de promover la humanización de las profesiones y los servicios de salud. Mientras Ibáñez Alfonso, en el caso de Enfermería en la Universidad Industrial de Santander, subraya la responsabilidad social en el diseño de los currículos, así como el papel de la ética y la bioética en la construcción de identidad para el cuidado de una vida digna, Riani Llano nos cuenta sobre cómo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana, sede Cali, se promueve igualmente la formación en bioética buscando que los estudiantes desarrollen la capacidad de reconocer “al otro”. Sin duda se trata de una propuesta interesante y juiciosa. Sin embargo, falta mucho aún para que en el país se piense la educación en ética y bioética en las escuelas y facultades de salud de una manera menos aburrida y fragmentada para los estudiantes. A pesar de buenas iniciativas, como las que describen Ibáñez Alfonso y

Riani Llano, se debe trabajar más para que tales áreas, junto con las humanidades y ciencias sociales, hagan parte en realidad de una formación innovadora e integral en ciencias de la salud. Se evitaría que fuera aquello que los estudiantes ven como lo que tienen que "sufrir" por un tiempo para culminar sus carreras.

Una buena educación debe llevar no solo a producir buenos profesionales de la salud en sentido técnico-científico y ético, sino también político. Se olvida con frecuencia que dichos profesionales pueden y deben ser agentes efectivos del cambio social. En el caso, por ejemplo, de los graves problemas que aquejan al sistema de salud, es necesario darse cuenta de que nadie está en mejor posición para producir su transformación que dichos profesionales. En vez de esperar que políticos de turno, administradores o incluso los jueces a través de decisiones judiciales cambien el sistema, la sociedad debería procurar producir profesionales de la salud lo suficientemente críticos y comprometidos, incapaces de cohonestar con condiciones de atención inhumanas, denigrantes e ineficientes, pero en cambio claros y firmes a la hora de asumir su papel de defensores de los derechos de los pacientes y de promotores de condiciones saludables en la sociedad.

En el capítulo uno de esta segunda sección, Ardila Sierra plantea la necesidad de sopesar el discurso de la humanización de la salud frente a un escenario de explotación médica como el que se vive actualmente. La deshumanización no es solo un tema de falta de buenos modales, es también el resultado de la deformación de los profesionales de la salud como resultado de la explotación y maltrato por parte del sistema. Para la autora, es contradictorio buscar humanizar esforzándose en introducir ciertos elementos en la formación de estudiantes (e. g. clases de bioética), mientras se olvida que la realidad laboral, determinada por políticas neoliberales inmisericordes, terminará devorando buena parte de esos esfuerzos. En el capítulo cinco, Muñoz López y Pacheco Niño, analizando el caso de la gripe aviar a/h5n1, señalan la necesidad de reflexionar sobre la medicalización y la influencia de la industria farmacéutica a propósito de las nuevas pandemias que vive actualmente el mundo. Debe subrayarse que la educación de los profesionales de la salud tiene que prepararlos también para entender y enfrentar adecuadamente los intríngulis de poder y dinero que se mueven en la industria de la investigación, el *marketing*

farmacéutico y las empresas de servicios de salud, factores que con frecuencia contribuyen a la deshumanización a través de la instrumentalización ciega y sin límites a la que son sometidos dichos profesionales, de la misma manera que lo son pacientes y sujetos de investigación.

Sin duda, uno de los escenarios en los que se muestra con mayor fuerza qué tan humanizada o deshumanizada es la atención en salud es en el de la toma de decisiones. Este ámbito, frecuentemente relacionado con la bioética, demanda conocimientos claros, habilidades específicas y actitudes correctas. Es esencial que el proceso de toma de decisiones no se reduzca a una escueta lista de chequeo o a la adopción de una mirada miope que no tiene en cuenta los contextos, la estructura y los factores importantes que determinan cada caso en particular. Piénsese en las situaciones límite de los extremos de la vida, en las que se revelan tanto la capacidad y experiencia tecnocientífica, y el talante ético y humanista de quienes están a cargo de prestar un servicio, como la vulnerabilidad, necesidades y expectativas de quienes acuden en busca de él. En el segundo capítulo, Gempeler Rueda trae a colación el tema de la futilidad terapéutica, que alude a los deberes y límites de la atención en salud, pero también a expectativas y valoraciones sociales con respecto a la vida y la muerte. A partir de los resultados de una interesante investigación el autor sugiere una relación entre futilidad y medicina defensiva. Y de manera fascinante nos revela cómo, en decisiones de fin vida, las prescripciones de los médicos se rigen por criterios distintos dependiendo de si se trata de ellos mismos o de sus pacientes. En relación con el tema del morir, en el capítulo ocho Támara Patiño nos invita a reconocer que uno de los principales deberes del médico es brindar atención adecuada, incluso especial, al final de la vida. El llamado es a que el personal de salud adopte una perspectiva desde la empatía: ¿qué quisiera para mí si estuviera en las condiciones en las que está mi paciente? Esta perspectiva tiene que anclarse en los derechos y su efectiva garantía en la atención en salud, según el marco legal vigente. En la atención en el fin de la vida debe reconocerse la importancia de contar con conocimientos adecuados de la fisiología y aspectos psicológicos propios de esta etapa, sin dejar de lado un adecuado apoyo tecnocientífico, humano e institucional.

Cuando hablamos de garantía de los derechos, hablamos tanto de

pacientes como de profesionales de la salud. Con respecto a estos últimos, no solo se trata de que tengan condiciones dignas para trabajar, libres de explotación como se insinuó más arriba, sino de reconocer que su actividad y decisiones están revestidas de una especial trascendencia ética. Es causa frecuente de estrés moral el que dichos profesionales deban aceptar condiciones indignas de trabajo o el verse inmersos en situaciones que, si bien pueden ser legales, van en contravía de posturas éticas personales o de la moralidad propia del oficio. Cómo balancear los deberes éticos y legales de la profesión frente a los llamados de la propia conciencia o determinadas creencias particulares es un reto que debe ser asumido, a fin de evitar el cinismo, la humillación y la violencia simbólica en los servicios de salud. En este sentido, es iluminador el análisis que propone Soto Méndez sobre la figura de la objeción de conciencia, que implica el reconocimiento y aceptación por parte del Estado del no cumplimiento de un deber contenido en el sistema legal y que obliga a todos por igual. Soto Méndez hace un interesante aporte hacia el entendimiento de esta figura y su papel en el escenario sanitario, apoyándose sobre todo en la Sentencia C-728 de 2009 de la Corte Constitucional de Colombia, subrayando que se trata sobre todo de un fenómeno excepcional en el derecho. Esta es una discusión necesaria con el ánimo de aclarar qué significa apelar a la conciencia para negarse a llevar a cabo determinadas acciones o actividades que suponen un deber (generalmente por parte del prestador de un servicio), pero teniendo el cuidado de no incurrir en el desconocimiento de derechos individuales para evitar acarrear daños u obstaculizar el acceso a determinados servicios.

En el camino de lograr que la atención de salud se humanice, tal vez debería hacerse más énfasis en la capacidad que han de tener los profesionales de la salud para reconocer el dolor y el sufrimiento. Parece de Perogrullo que dichos profesionales sepan de esto, así como del nacer y el morir, pero con frecuencia, y de manera sorprendente, estos más bien permanecen ciegos y ajenos a estas condiciones inexorables de la vida humana. En el capítulo seis, a partir de una experiencia concreta en un hospital de Bogotá, Pedreros Beltrán sugiere que las acciones de humanización se fundamenten precisamente en el desarrollo de dicha capacidad, que depende en gran medida de que la profesión se ejerza con

alegría y de que se asuman plenamente los deberes éticos que esta implica. Igualmente, enfatiza la importancia de que las instituciones del sector se preocupen más por gestionar la salud y no tanto de administrar la enfermedad; se trataría de que las personas no solo tengan, sino gocen de salud. Junto con la alegría, podríamos decir que es necesario rescatar nuevas formas de comunicación, respetuosas de esa particular condición que es el estar enfermo. A esto apunta Vallejo Cardona, en el capítulo nueve, cuando sugiere luchar contra lo que él denomina *la conspiración del silencio*, aunque tal vez sería más gráfico decir del *acallamiento*, al que con frecuencia somos sometidos en las instituciones y prácticas del sistema de salud. El llamado que hace Vallejo Cardona es a tener presente que el uso adecuado y a tiempo de la palabra y el silencio es fundamental en la humanización de la atención de la salud, en un horizonte de búsqueda de paz, paciencia y sanación.

TERCERA SECCIÓN

"Contextos, humanidades y salud" se encamina a señalar la importancia de las humanidades en el proceso de educación de los profesionales de la salud. Como campo de estudio con estatuto propio, las humanidades médicas constituyen un camino de conocimiento y ampliación de la experiencia de doble vía en la interrelación humanidades/arte/medicina. Por un lado, la medicina es un vasto escenario que le provee a la filosofía, la historia, las ciencias sociales y las artes en general un camino de acceso a la experiencia y comprensión del sufrimiento, la alegría, la corporalidad, la belleza, la muerte, el morir, el dolor y la vida mental o interior. Por otro lado, las artes y las ciencias sociales y humanas le brindan a la medicina perspectivas que rescatan la subjetividad, balancean el reduccionismo del modelo biomédico y promueven el pensamiento crítico y holístico. Las humanidades médicas ofrecen, incluso, posibilidades terapéuticas como ocurre, por ejemplo, con la musicoterapia y la biblioterapia. Por esto es imposible hablar de humanización de la salud sin pensar en las ventajas y herramientas que ofrece este campo de estudios.

Acercarse a la historia, por ejemplo, puede informar a los profesionales de la salud sobre determinados aspectos de su propio quehacer. Entre otras,

que el surgimiento y éxito de nuevas especialidades médicas depende de múltiples factores. Con frecuencia los miembros de una especialidad son ajenos a la manera como su propio campo profesional se originó y ha evolucionado hasta llegar a ser lo que es hoy. A lo sumo tienen información vaga proveniente de las narrativas grandilocuentes y autoensalzadoras que se transmiten de profesor a alumno, en las que los "padres de la especialidad" se presentan como héroes y el modo de proceder de dicha especialidad obedece siempre a objetivos prístinos. Se pierden de vista así interrelaciones más complejas y multivariadas. Esta tercera sección comienza con la presentación que hace Álvarez Franco de Prudenciana Yépez de Vásquez, una partera antioqueña de finales del siglo XIX, que nos ilustra sobre los cambios en el oficio y en los cuidados del parto fundamentales para la labor de la enfermería como práctica comprometida con el proceso de humanización. Señala, además, que fue la llegada de los "especialistas" en ginecología y obstetricia que, en nombre de disminuir la morbilidad y mortalidad de la mujer y su hijo, desplazó a las parteras. En el último capítulo, Venegas Carrillo nos presenta un interesante análisis histórico sobre el surgimiento de la cirugía plástica en Colombia como especialidad médica, examinando sus pretensiones humanistas y señalando su función como dispositivo de cuidado de los enfermos que emerge en relación con una política energética que, a mediados del siglo XX, prometía bienestar y nuevos escenarios de *confort* para las personas de escasos recursos. Pone al descubierto, sobre todo, la ambigüedad moral del Estado colombiano. Para Venegas Carrillo las buenas intenciones de las políticas energéticas de Colombia en la década de 1950, que introdujo el uso de gasolina para la cocción de alimentos y calefacción de hogares, aumentó el número de quemados y muertes en el país.

El análisis filosófico también es un gran aporte que se puede hacer a la educación de los profesionales de la salud desde el campo de las humanidades médicas. La capacidad de ver más allá de lo evidente para poder reconocer no solo los aspectos éticos (como se promueve fundamentalmente hoy desde la bioética), sino los asuntos de orden cultural, político, epistemológico y estético, entre otros, que subyacen en el ejercicio de las profesiones de la salud, es una tarea que enriquecería enormemente la formación de dichos profesionales e impactaría seguramente de manera muy positiva el espacio de los servicios de salud.

Sería fantástico que en el caso de la lepra, por ejemplo, los médicos no solo fueran capaces de saber sobre etiopatología y tratamientos, sino sobre toda la carga simbólica que gira en torno a esta enfermedad, como lo evidencia el análisis de Cardona Quitián en el capítulo tres. Para él, si hubiera que elegir una figura para ilustrar el tema de la deshumanización de la salud sería el *zombie*. Pero tales seres solo existen en la ciencia ficción, nos dice. Son los leprosos, en cuanto personas reales que han encarnado lo monstruoso y repulsivo a través de la historia, los que le permitirán pensar la exclusión, el encierro y lo ominoso. En su análisis Cardona Quitián acude a autores como Freud y Foucault para sugerir un camino de comprensión de lo que él llama "el principio de exclusión de aquello familiar que causa horror y la inclusión biopolítica que al mismo tiempo excluye la singularidad del sujeto". Desde otro ángulo del análisis filosófico, en su capítulo sobre Sartre, la psicología y el psicoanálisis, Pabón Robayo presenta una lectura sobre cómo se concibe y se trata la enfermedad mental en nuestra cultura. Nos invita a reflexionar sobre la necesidad de que los discursos explicativos del comportamiento humano y de las patologías mentales se autoevalúen y critiquen permanentemente. Para Pabón Robayo, no se podría humanizar realmente la salud si no se lleva a cabo una crítica a la manera como se concibe y se trata la enfermedad mental.

En el segundo capítulo, Amador López presenta una forma de integración entre neurociencias y humanismo que inspira reflexiones y propuestas interesantes; combina campos como la psicoendoneuroinmunología, la teoría general de sistemas en la complejidad y la cognición corporeizada/situada. Se trata de un enfoque que Amador López ha promovido en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, para aprovechar la mediación de las neurociencias entre diversos campos disciplinares y profesionales, en un horizonte de humanismo basado en valores a partir de la empatía. Es necesario subrayar aquí la empatía que, sin duda, implica reconocer la importancia de lo comunicacional y relacional en la atención en salud. A esto aluden precisamente, en el cuarto capítulo, Izquierdo Mora, Perdomo Rubio, Cruz Santacruz y Hernández Zinzún, quienes plantean la deshumanización de la salud como la incapacidad de tratar al otro en cuanto semejante, la imposibilidad de reconocerse en él. La

deshumanización es para estos autores un cúmulo de fragmentaciones, clasificaciones y despedazamientos del otro. No se trata exclusivamente de aberraciones de individuos, sino de medios a través de los cuales se relacionan los participantes de la atención, se definen jerarquías, se reducen y capturan individuos en sus roles y se crean espacios de resistencia. Tanto los cuerpos de estudiantes como de profesionales de la salud son sometidos a prácticas disciplinarias encarnadas en jornadas excesivas de estudio y trabajo y a los dispositivos de control del *management*.

Cerrando el libro, a manera de epílogo, se ofrecen algunas reflexiones sobre la historia de la medicina. Se enfatiza que debe ser una *historia crítica*, que les permita a los médicos reconocer cómo es que han llegado a ser lo que son y cuáles son las bases conceptuales de su propio quehacer. Una historia que provea herramientas e inspiración para asumir el reto que tienen hoy tales profesionales, en un contexto de predominio biotecnológico y *corporativización* de los servicios de salud, de moldear su identidad a partir de principios y valores que podríamos considerar esenciales y perennes, a la vez que se aceptan las preferencias y necesidades de las sociedades actuales. Mediante una mirada a la manera cómo surgió y evolucionó la medicina en relación con la ciencia y la estructura sociopolítica, se sugieren además algunos elementos para pensar la historia en la formación médica.

Con el presente volumen esperamos contribuir a un mejor entendimiento de lo que significa e implica humanizar los servicios y las profesiones de la salud. Más allá de ofrecer definiciones acabadas o recetas específicas, la intención ha sido brindar una mirada interdisciplinaria, crítica e innovadora que informe lo mejor posible la discusión amplia, a diferentes niveles de la sociedad, que demanda este tema. El lector encontrará en estas páginas perspectivas y propuestas valiosas que esperamos inspiren nuevos análisis y acciones concretas en el camino a lograr que los servicios y las profesiones de la salud sean intrínseca y permanentemente respetuosas de la dignidad humana, así como solidarias frente al dolor humano.

EDUARDO DÍAZ AMADO

PRIMERA PARTE

HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

HOSPITALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD: UNA ACTITUD HUMANA EN LA ACOGIDA AL ENFERMO

CARLOS ANDRÉS ANDINO ACOSTA

> LA HOSPITALIDAD PERMITE contemplar cada una de las situaciones de los enfermos y, con ello, reconocer el espacio apropiado para la recuperación de un servicio asistencial más humano. Que la acción de la hospitalidad humanice e inspiren una actitud humana de acogida al que sufre por la enfermedad; cada encuentro personal, exige un sentido humano de relación.
>
> CARLOS ANDRÉS ANDINO ACOSTA

INTRODUCCIÓN

El tema de la humanización cada vez conquista mayor espacio e importancia, si se tiene en cuenta como un imperativo en el campo de la salud; por esta razón, se presentan, cuantas sean posibles, nuevas perspectivas de abordaje y profundización. La humanización de la salud debe formar parte de las líneas trasversales, estratégicas y administrativas de los servicios asistenciales que las instituciones brindan en el área de la salud, con ello ejercen una política interna de servicio para brindar una mejor atención, con actitudes humanas de acogida que dignifiquen y humanicen. De tal manera se propone que el ejercicio de la hospitalidad, como una actitud humana de acogida, sea tenida en cuenta como modelo y perspectiva de reflexión y praxis para la humanización de los servicios asistenciales en la salud.

Por lo anterior, la acción de la hospitalidad ha permitido formar parte

de muchos modelos y procesos de humanización. Así, la intención de esta investigación será mostrar cómo la actitud humana de la hospitalidad es traducida en una acogida con amor, respeto y prontitud. En efecto, asistir al enfermo exige conocer su situación y realidad desde un sentido más humano y acogedor, y no solo como un proceso médico. En particular, se hará un breve anuncio sobre los temas que encierran el sentido de la hospitalidad, que pasó de ser una práctica antigua que consistía en recibir como huésped al extranjero, al pobre, al huérfano, a la viuda y al peregrino, como a personas con muchas necesidades y sufrimientos, entre otros; hasta ver cómo se convirtió en una actitud de acogida al necesitado y a aquél que sufre por alguna enfermedad. Por tal motivo, brindar hospitalidad y acogida se vuelve pronto una práctica en el campo médico; es una actividad asistencial y de diagnóstico donde hay que reconocer, mirar, recibir y acoger al enfermo, es decir, brindarle hospitalidad.

La acción de la hospitalidad en el campo de la salud debe suscitar cambios, para tener una actitud más humana en la acogida y mejorar así tanto la asistencia a las personas enfermas, como la actividad laboral de todos los profesionales y agentes de la salud. Hoy la humanización asistencial en los servicios de la salud se ha convertido en un reto que, en lo posible, está encaminado a encarnar un espíritu humano, más no un simple tema que hay que tratar por estar de moda. Como se ha manifestado en otras oportunidades, la humanización se entiende desde lo que hoy es un deseo y un proyecto: cambiar la manera de asistir a la persona enferma para que sea acogida con respeto, tratando, en la medida de lo posible, de restablecer, respetar y resignificar su dignidad. En el caso de la salud, las situaciones que crean las disposiciones, las decisiones, los procesos, las prácticas médicas y tecnológicas que afectan y comprometen el bienestar de las personas enfermas, incluyendo el maltrato por parte del personal asistencial, la negligencia, la indiferencia, la insensibilidad y el incumplimiento de lo que prescriben las mismas leyes para la buena atención y asistencia del servicio de la salud como derecho, entre muchos otros casos, permanecen como algo que ya identifica el servicio de la salud en Colombia. Podemos decir que esta serie de acciones violan muchos derechos de las personas, atentando contra su dignidad, bienestar y su calidad de vida. Por ello, es urgente retomar estos temas para poder crear conciencia de la importancia de tener una vocación de servicio, acoger con

respeto, excelencia y humanización.

SENTIDO DE LA HUMANIZACIÓN

La perspectiva de la hospitalidad será presentada como una alternativa que permitirá tener una actitud más humana a la hora de acoger al enfermo y mejorar las relaciones entre los agentes asistenciales. Pero téngase en cuenta lo que Bermejo (2014) afirma:

> Cada vez siento mayor incomodidad al constatar que, en diferentes contextos de reflexión, se tiende a equiparar la humanización con el trato cálido, acogedor, en las relaciones asistenciales. Casi como si lo más genuinamente humano estuviera en estas cualidades de las relaciones de ayuda. Hablar de humanización, en cambio, es mucho más comprometedor: reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella se deriva. (p. 11)

La humanización de la salud será el resultado del respeto del ser humano como un *constructo* de integralidad y también del respeto por su vida, su dignidad y sus derechos. Téngase en cuenta lo que Andorno (2012) dice:

> Es cierto que en ocasiones se emplea la noción de dignidad de manera abusiva y retórica, como si ella pudiera resolver por sí sola todos los dilemas bioéticos o como si bastara invocarla para evitarse el trabajo de desarrollar una argumentación en favor o en contra de una determinada práctica. Pero esto no justifica considerar la idea de dignidad como inútil o como un mero sinónimo de la idea de *respeto*. Sin duda, la dignidad inherente al ser humano genera un deber de respeto hacia él. Sin embargo, tal respeto no es más que una *consecuencia* de la dignidad. (p. 37)

Por lo anterior, dignificar, respetar, humanizar, acoger, ser hospitalarios con aquellos que lo necesitan, sobre todo con las personas enfermas, es una acción de inclusión, es una oferta de oportunidades solidarias y de cumplimiento de los derechos de todas las personas y de los procesos médicos en los servicios de salud. Pero ni la dignidad ni la acogida ni la

puesta en práctica de la hospitalidad ni las valoraciones éticas, morales y bioéticas deben aparecer como simples términos mágicos de invocación que solucionarían el problema de la humanización de la salud.

Teniendo en cuenta que en muchos centros hospitalarios e instituciones del servicio de la salud existe un alto grado de deshumanización, y siendo necesario disponer de todo cuanto sea posible para asistir al enfermo, "la humanización de las instituciones de la salud se propone defender los valores esenciales de la persona humana y favorece la calidad de vida de los que allí trabajan o buscan salud" (Brusco, 2003, p. 96). En este proceso se necesita de una organización, recursos económicos distribuidos equitativamente y personal con una profunda vocación de servicio, formado y preparado en sus saberes, capaz de ofrecer al enfermo, desde el ejercicio de su profesión y su sentido humano, unos medios técnicos y necesarios para su pronta recuperación (Redrado, 2003).

Con lo anterior, los retos que exigen diseñar procesos de humanización en el campo de la salud han permitido formular derechos que se deben reconocer a los enfermos, aun así, estos son limitados y en muchos casos negados:

> El derecho primario a la salud reconocido por todos los países, en América Latina parece ser violado de manera sistemática y continua. Solo una minoría tiene acceso a los servicios básicos y a los que no están en condiciones de aportar económicamente se llega hasta negarles la asistencia. (Brusco, 2003, pp. 98-99)

Así, es inhumana toda violación de los derechos, los principios, la libertad, las creencias y la dignidad de las personas; también lo será todo proceso, intervención, acción, hecho y actitud que maltrate y haga vulnerable su dignidad y calidad de vida. Además, cuando los cuidados y procedimientos no son suministrados con la calidad y excelencia requerida para la satisfacción de las necesidades de los pacientes y el servicio asistencial no es ofrecido con respeto y humanización, se sigue violando todos los derechos.

Gracia, citado por la Orden Hospitalaria[3] (2007), comenta que humanizar es un verbo activo y transitivo que significa 'hacer: humano', ayudar a los demás a ser humanos, es decir, "ayudarles a realizar sus propios objetivos como seres humanos" (p. 93). "Desde esta óptica la

enfermedad y su proceso de cuidado y atención pueden llevarse a cabo considerando también este objetivo. El verbo humanizar alcanza su máximo sentido cuando la persona está enferma, dada la dificultad intrínseca para vivir humanamente en esta etapa de la vida necesita de una asistencia" (pp. 98-102). Al presente, se tiene:

> Así, toda acción que viole, maltrate y quite importancia a la dignidad y a la vida del ser humano se conoce como deshumanización; por su contrario, cuando la vida alcanza su pleno sentido, se considera que el ser humano al beneficiarlo siempre, no hacerle nunca daño, tratarlo con justicia, benevolencia y consideración, respetar sus derechos, solidarizarse con su sufrimiento y con su dolor, es profundamente humano. (Lozano, 2000)

El concepto *humanización de la salud* cada vez cobra más importancia; es toda una filosofía basada en la relación entre el agente de salud y el paciente, que tiene muchos aspectos por considerar. Bermejo (1997) afirma: "Humanizar es una cuestión ética que tiene que ver con los valores que conducen la conducta en el ámbito de la salud" (pp. 51-52). La ética y, en la actualidad, la bioética son temas decisivos en cuanto aportan principios universales al compromiso de la humanización y responsabilidad en el servicio de la salud.

Hoy no solo aparece humanizar en el ámbito ético, sino bioético y también moral, pues tiene en cuenta los valores y principios que se exigen en la asistencia del servicio de la salud. Así, ante la realidad de la salud y la enfermedad, sobre todo esta última, como situación que confronta a la vida con la indetenible realidad de la muerte, se presentan casos de carácter jurídico-ético, bioético y moral. Desde esta perspectiva, los conocimientos aportados por la ética y la bioética permiten cuidar la dignidad y la calidad de vida de las personas y de todos sus derechos. Siendo la dignidad humana principio eminente de la bioética, estos derechos se vuelven inalienables; así, su preocupación es velar porque esas prácticas estén en armonía con el respeto y el papel unificador que conlleva y exige la dignidad humana (Andorno, 2012).

Estos presupuestos, someramente planteados, orientan la reflexión que busca fundamentar y acentuar la importancia de la dignidad de los seres humanos. Esta designa lo que es estimado por sí mismo, no como derivado

de algo u otro. Por ende, la categoría *dignidad* es un valor que se reconoce en el ser del hombre, ya que es parte de su esencia ontológica, y no un valor que se le atribuye o regala. De carácter interno e insustituible, le corresponde a la persona debido a su esencia de humano (Andino, 2015):

> La dignidad no es, evidentemente, un atributo de carácter físico o natural, sino un atributo que se predica universalmente de toda persona indistintamente de sus caracteres físicos y de sus manifestaciones individuales. En este sentido, la dignidad no es algo que se tiene, como un elemento cuantificable, sino que es algo que se predica del ser. La dignidad no se relaciona con la lógica del tener, sino con la lógica del ser. (Alarcos, 2002, pp. 60-61)

Una realidad digna significa reconocerla como superior a otra e implica un trato de respeto. Por lo tanto, el respeto y la dignidad son conceptos correlacionados, que se aplican al valor de la persona y, con ello, al sentido de su humanización (Andino, 2015).

El sentido de la humanización siempre estará en salvaguardar la dignidad, entendida como el respeto por la persona y su calidad de vida; por tanto, se pretende promover cambios para tener actitudes más humanas y unos comportamientos más positivos para mejorar la asistencia de la salud como derecho a los enfermos. De la misma manera, persigue una asistencia más digna para el profesional que la ofrece y más humana para el enfermo que la recibe.

HUMANIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES

Hablar de humanización en el servicio de la salud es promover cambios en el modo como se asiste a las personas enfermas y, en consecuencia, ello requiere de un sentido más humano en su acogida. La humanización, entendiéndola como una ayuda, auxilio, socorro y colaboración, no solo corresponde al campo médico y sanitario, sino a todo el personal que directa o indirectamente colabora en el servicio de la salud. Para ello, también se requiere que desde el ejercicio administrativo y hospitalario haya una directriz general que soporte toda acción y decisión para el buen funcionamiento de las instituciones. Así, no se reduce al buen trato que

debe recibir el enfermo, sino que debe integrar también el manejo honesto y pulcro que los administradores realizan en el ámbito económico, de los recursos humanos, la remuneración del personal, las jornadas de trabajo y la calidad de las instalaciones (Andino, 2015):

> Algunas acciones y decisiones que se toman desde el ejercicio administrativo y gerencial con relación a los servicios asistenciales, se exigen desde su ámbito ético y bioético. Las instituciones pretenden que la humanización de la asistencia de los servicios en el campo de la salud, sea también un tema asumido desde el ejercicio de la responsabilidad ética administrativa, de ahí que, aparezca una política interna de atención humanizada al personal, tanto interno como externo, para regular la calidad y calidez de la atención y el servicio. (Andino, 2015, p. 51)

La humanización es un proceso dinámico e interactivo en el que hay que considerar tres dimensiones fundamentales, como dice Brusco (2003), "la persona enferma y su entorno; los colaboradores y agentes asistenciales de la salud; y los aspectos organizativos, administrativos y estructurales" (pp. 96-97).

Con el fin de garantizar la eficiencia y la eficacia en la atención del enfermo, el hospital debe estructurarse adecuadamente desde la dirección general hasta el personal de servicios auxiliares. La claridad de las funciones favorece la superación de las dudas, la intromisión o invasión de funciones. "Si el ejercicio de autoridad es transparente y adecuado a las necesidades reales, es el mejor medio para lograr en quienes trabajan en el hospital, desempeñen su cometido de modo ordenado y convergente" (Marchesi, 2003, p. 65).

Como una política o directriz, desde cada institución prestadora del servicio de la salud, el tema de la humanización pretende que los colaboradores en los centros hospitalarios brinden el mejor de sus servicios, con calidad y excelencia. Deben respetar en su totalidad los derechos de la persona enferma y el de sus colaboradores. De esta manera existe una relación y similitud con la responsabilidad ética y social empresarial (Andino, 2015). Por ello, se pretende aplicar una ética a los negocios que posibilite un desarrollo en todo el contexto en el cual se encuentra inmersa la empresa. Esto con el fin de responder a las políticas administrativas que exigen una atención de calidad, cálida y humana.

Humanizar y ser socialmente responsable implica, por parte del personal administrativo, asistencial y operativo, mantener una buena relación con sus colaboradores y clientes (la palabra *cliente* no se entienda solo con relación a los pacientes), que acuden por el mejor servicio posible. En este sentido, humanizar una empresa, y calificarla de socialmente responsable, implica valorar a los colaboradores por lo que son y no por lo que representan y producen necesariamente en el campo económico. Así, la humanización de un hospital como empresa consiste en intervenir radicalmente su estructura, con una serie de compromisos asistenciales, operativos y administrativos (Marchesi, 2003). Además, Marchesi afirma "la humanización del hospital es una serie de compromisos operativos que afectan al poder, a las relaciones interpersonales, comunicación-información, a la misma vida afectiva y emocional, teniendo como punto de referencia al enfermo, quien es el centro de un hospital humanizado" (pp. 63-64).

Queda claro que tanto la palabra *humanizar*, como el concepto de *humanización* tienen una pluralidad de definiciones, incluso dentro de aquel significado que se pudiese aceptar como único y correcto. Brusco (1997) resume:

> humanizar una realidad quiere decir hacerla digna del hombre, es decir, coherente con unos valores que el hombre siente como peculiares e inalienables. Si en nuestra sociedad contemporánea se siente cada día más la necesidad de hablar de humanización del servicio al enfermo, si se insiste en este término y en la realidad que sustenta, quiere decir que seguramente será necesario intervenir para mejorar la calidad humana de la asistencia y para que la dignidad humana de quien sufre no se sienta herida. (p. 30)

La humanización desde la hospitalidad, como una actitud humana de acogida, considera al enfermo en todas sus dimensiones. Esto con el fin de tener en cuenta su integralidad, por ello, el servicio asistencial debe ser también integral:

> En el mundo de la salud, humanizar significa hacer referencia al hombre en todo cuanto se hace para promover y proteger la salud, curar las enfermedades y garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los diversos

> planos: físico, emotivo, intelectual, social y espiritual. (Brusco y Pintor, 2001, p. 343)

La asistencia a las personas enfermas es una responsabilidad en el saber cuidar, debe ser un servicio prestado con prontitud, poniendo todo lo necesario para su bienestar y su recuperación, para que la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de cualquier enfermedad, patología o afección permita la mejoría de la salud de las personas. Conocer con detalle su enfermedad exige conocer también sus propias necesidades, su biografía, sus afanes, sus preocupaciones, sus angustias, etc. Esto hace que la asistencia se humanice y se dignifique. "Una atención oportuna y adecuada; ser acogidos como personas, dignos de ser asistidos en todas sus dimensiones y necesidades prioritarias" (Brusco, 2003, p. 96).

LA HOSPITALIDAD COMO UNA ACTITUD HUMANA DE ACOGIDA

La justificación de retomar la hospitalidad como una actitud, un valor, un principio, un gesto humano y un modelo para humanizar el servicio de la salud está en la representación actual del sentido de servicio, acogida y atención humana a los pacientes; el respeto por la vida, la dignidad humana y los derechos de la persona. La deshumanización, que hoy está latente en cada institución que presta unos servicios asistenciales para aliviar las dolencias de los enfermos, es un reto y lo presentamos como tal, pero su efecto depende del compromiso de cada persona que quiera asumir el rol de ser hospitalario y ejercer la acción de la humanización de la salud:

> La hospitalidad como actitud humana de cogida y escucha a quienes por sus vicisitudes viven situaciones de vulnerabilidad, logra un sentido en la promoción humana. La acogida, es, en sí, un proceso continuado de encuentros, de enseñanzas. Las personas por su acogida encuentran ayuda para desarrollar sus proyectos de vida; es un espacio abierto a generar inclusiones al interior de la confianza personal y comunitaria. En cuanto se acoge, se da la oportunidad de relación, y en ella, el hecho de compartir las experiencias, que, de lógica, exigen un sentido de apertura y escucha. La escucha es una práctica intrínseca al ejercicio de

> la hospitalidad, ya que al vivir y narrar su historia, el acogido revela también su identidad, sus orígenes, sus experiencias, sus situaciones, sus prácticas, sus creencias, en sí, todo su itinerario personal. (Andino, 2013, p. 71)

La actitud humana de la hospitalidad es traducida en una acogida con amor, respeto y prontitud. Es una práctica antigua de recibir como huésped, al extranjero, al pobre, al huérfano, a la viuda y al peregrino, como personas con muchas necesidades y sufrimientos, que se volvió una actitud de acogida al necesitado y a aquel que sufre con relación a la enfermedad. En la práctica médica antigua esta acogida fue convirtiéndose en una actividad de asistencia, atención y diagnóstico, para ello había que mirar, recibir o visitar, hospedar y acoger al enfermo. Por consiguiente, se tendrá presente el significado de la hospitalidad y su práctica en la antigüedad; la acción humana de estar siempre a favor de los pobres y enfermos y, lo que hoy debería ser, un modelo de servicio hospitalario en el área de la salud.

La acción de la hospitalidad enriquece con herramientas suficientes a los que se dedican al acompañamiento y asistencia de los enfermos. Exige un testimonio de vida de quienes asumen la misión de acompañar las distintas situaciones de la salud y la enfermedad. Reclama el más profundo sentido de servicio humano de todos aquellos que desde su profesión asisten a los enfermos, como una práctica realizada y unida a su experiencia creyente y de fe, o desde unos principios y valores deontológicos, éticos, bioéticos y morales. Resaltar la importancia de la acogida por medio de la hospitalidad no solo es labor del personal médico-asistencial, sino también de aquellos colaboradores del área administrativa y de todo aquel que tenga contacto con el enfermo en las instituciones prestadoras del servicio de la salud. Cuando se busque siempre el beneficio del paciente, se podrá determinar un posible camino para humanizar la salud:

> La hospitalidad busca recibir al extraño y transformarle en un invitado. Puede definirse como la liberalidad que consiste en acoger y prestar asistencia a los necesitados; como el bien recibimiento que se hace a los visitantes. En muchas culturas, el extraño es una “no persona”, porque no existen relaciones sociales con ella. Eso significa que, en estas circunstancias, el extraño, entendido como no

> persona, no disfruta de ningún derecho, ni siquiera de la protección de la comunidad. En virtud de la hospitalidad, el extraño es reconocido como persona, como un sujeto de derechos, como un ser dotado de intrínseca dignidad. Por obra de la hospitalidad, la no persona se convierte en persona. Esta metamorfosis transforma al huésped en un sujeto próximo, pero también altera sustantivamente el modo de ser, de obrar y de pensar del ciudadano que se convierte en anfitrión. (Torralba, 2004, p. 15)

El proyecto de vida de la persona que tiene la vocación del servicio a los enfermos no solo se debe preparar desde lo académico, intelectual e investigativo, sino también en el sentido humano de la acogida y la asistencia con amor y respeto. Así, vivirían revestidos de sentimientos de amor, serviciales, fieles, comprensivos, capaces de perdón y reconciliación y unidos entre sí. Un hospital humanizado necesita que sus colaboradores trabajen en equipo, que tengan actitudes humanas, una amplitud mental emotiva y una capacidad de escucha al enfermo (Marchesi, 2003). Un servidor de la asistencia en la salud debe configurar su vida como un proyecto y un camino de vocación de servicio y hospitalidad, y dentro de este resaltar a los más pobres, los enfermos físicos y psíquicos, sin ningún tipo de exclusión. Acoger a todos y salir al encuentro del otro, darle todo lo suyo e identificarse con él, entregarle su tiempo y descubrir el carácter sagrado del extraño.

La hospitalidad con su sentido humano de acogida y respeto por la dignidad de las personas, exige también un sentido de humanización de la asistencia en el servicio de la salud, la cual consiste en defender la dignidad del ser humano enfermo. El servicio hospitalario se identifica de este modo con la humanización y descubre, al mismo tiempo, la necesidad de humanizar la vida y potenciar los aspectos humanizadores; sin atención a lo humano, no se puede hablar de un acompañamiento y servicio hospitalario. El objetivo de un servicio y una vocación hospitalaria es entrar en alianza con el ser humano que sufre. La hospitalidad debe ser comprendida desde la opción preferencial por los pobres y la humanización del servicio al enfermo y a los necesitados en general. Esta virtud que deben compartir todos aquellos que participan del servicio y vocación de la asistencia en la salud y viven su proyecto de vida en función de los enfermos, los constituye, para ellos, en las personas más

cercanas con quienes cuentan desde un primer encuentro. Los obliga, de igual manera, a ser voces de aquellos que no pueden hablar, para denunciar las situaciones de injusticia social, estructural y administrativas en el momento de acceder a un servicio de salud:

> Desde los orígenes, el proceso entero de la hospitalidad está ligado a normas, pero normas que permiten la humanización de lo que, de otra manera, podrían ser intercambiados hostiles o indiferentes. La hospitalidad, además de ofrecer confort y seguridad al extraño, permite la expansión de la red de relaciones humanas y el reconocimiento de la humanidad del otro. (Torralba, 2004, p. 21)

El servicio hospitalario es una auténtica escuela de humanización que estimula a crecer como personas, a la vez que va purificando el egoísmo, la indiferencia y la insolidaridad, para que la acogida, la comprensión, el servicio y la donación total se plasmen y se transmitan en gestos de acogida digna. El enfermo en su debilidad no solo es destinatario, es agente de comprensión y respeto que, sin necesidad de teorías, ayuda a adquirir la verdadera ciencia y auténtica sabiduría de vivir y, con su esperanza, a superar las circunstancias límite que generan las enfermedades en su realidad existencial.

Humanizar el servicio de la salud no es solo una responsabilidad administrativa, ética y bioética, sino también una acción teológica pastoral, con la misión de evangelizar la situación vulnerable de los enfermos desde un sentido espiritual, creyente y religioso. Es por ello por lo que muchos de los temas de la humanización de la salud son aplicados desde los centros de atención, apoyo y acompañamiento de cuidado espiritual y religioso en las instituciones que, desde sus líneas de acción, carismáticas, misionales o modelos de atención humanizada e integral los ofrecen.

Por lo anterior, un modelo y ejemplo de hospitalidad es la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Juan Ciudad (nombre de pila) fue un hombre que exigía en su tiempo, el siglo XVI, “un hospital más humano”, ello como respuesta al problema de las actitudes indiferentes y poco acogedoras y hospitalarias a la hora de asistir a los enfermos. Por esto su vida y testimonio, como aquel que puso en práctica la hospitalidad acogiendo a los enfermos, se convirtió en un carisma para su fundación: la orden hospitalaria. Este modelo no es más sino la vivencia de una actitud

humana y misericordiosa, de respeto y acogida amorosa al pobre y a todo aquel que sufre la vulnerabilidad que produce la enfermedad.

La hospitalidad, como actitud, resignifica el sentido más profundo de la humanización de los servicios asistenciales en la salud que, en medio de la realidad de pobreza y crisis profunda, adquiere especial y vital importancia. Esta, en sus diferentes manifestaciones, se convierte en un don para todos aquellos que asumen el reto del servicio asistencial. Expresa una identidad y la razón de cumplir una misión de servicio solidario y caritativo con los enfermos que padecen dolor, sufrimiento, rechazo, aislamiento y abandono. La acción de caridad, hospitalidad, servicio y acogida que realizaba Juan Ciudad con los pobres y enfermos, sin ser enfermero ni médico, se convierte en un legado; es un ejemplo que añade un matiz muy especial al quehacer de los hospitales, clínicas y centros asistenciales de salud. Es un *deber ser* para el servicio y ejercicio de la asistencia a los enfermos. Hoy es fácil reconocer este modelo de hospitalidad ya que son muchas las instituciones prestadoras de los servicios de la salud que llevan el nombre de San Juan de Dios o de San Rafael, personaje bíblico importante para la espiritualidad de la orden hospitalaria; relevante sería conocer a profundidad esta hospitalidad como modelo universal de humanización:

> La Iglesia católica, a través de nuevas órdenes hospitalarias, se orientó a aquellos sectores desatendidos como los enfermos mentales, incurables y apestados. Entonces surgen figuras destacables como San Juan de Dios (1495-1550) y San Camilo de Lellis (1550-1614), declarados por el Papa León XIII (1886) patronos de los enfermos, hospitales y trabajadores de la salud. San Juan de Dios, actuó en España. Promovió admirablemente la hospitalidad (legado para la Orden Hospitalaria como su carisma), traducida en acogida y asistencia a los más desvalidos, creó su primer hospital en 1539, en la calle Lucena de Granada (España), especialmente para acoger a los enfermos mentales; sus seguidores crearon muchos hospitales fundando el primero en tierras americanas en Cartagena de Indias (1596) y en Filipinas (1617).
>
> San Camilo (1550-1614) que eligió como distintivo la cruz roja (1586), humanizó, con su orden religiosa, la asistencia hospitalaria pública gravemente deteriorada, interviniendo ejemplarmente en tiempos de pestes. Escribió unas reglas para

> mejor atención al enfermo, promovió la formación de los asistentes, creó voluntariado de laicos (1591), impulsó la atención domiciliaria y en los campos de batalla. Legó una mística de atención al enfermo: "Los enfermos son la pupila y el corazón de Dios" y promovió una atención asistencial-espiritual completa, privilegiando a los moribundos. (Alarcos, 2002, pp. 193-194)

La hospitalidad se expresa históricamente en la edificación de un hospital de apertura universal, cuyo fin es atender a las personas más pobres y humildes, además de dignificar la práctica del cuidado a las personas enfermas. En este contexto se esboza un perfil del cuidador ideal, que tal vez puede tener las siguientes virtudes: la piedad, la caridad, la mansedumbre, la compasión, la paciencia, la benevolencia, la disponibilidad, la capacidad de preguntar y escuchar al enfermo, la sensibilidad para poder descifrar las necesidades del otro y ser receptivo a su llamada. Por ello, como posibilidad de dar respuesta a los innumerables desafíos que plantea la actividad de humanizar la salud, se ha transformado en un modelo de servicio, acogida y atención humana. La hospitalidad es universal, es una exigencia para aquellos que han decidido, a partir de su trabajo, asistir a los enfermos y, no solo desde el campo asistencial, sino también en el acompañamiento y la administración de cada institución. Quien asuma este tipo de trabajo asistencial respetando su libertad, también es llamado a tomar una responsabilidad en favor de quien hace posible que su trabajo tenga sentido: los enfermos, aclarando que no son clientes ni sinónimos de dinero, son personas que necesitan ser atendidas por todas sus dolencias físicas, psicológicas y también espirituales. Esa responsabilidad es el compromiso que todo agente de la salud debe asumir desde la hospitalidad, pues ella exige una asistencia cálida y pronta, una acogida con amor, una disposición amable, reconociendo que a quien se atiende es a una persona.

El profesional de la salud de hoy obligado a cumplir los protocolos del sistema de salud y los nuevos avances científicos y técnicos se aleja cada vez más de la persona enferma. Ya que no se acerca a este para tocarlo, para sentir su fiebre, explorarlo, recoger su angustia. El famoso "ojo clínico", que caracterizó a los legendarios médicos, se trocó por el "ojo mágico" de la técnica. Antes el médico era un servidor del paciente, hoy se libró de él para entregarlo a la tecnología mecanizada. Es cierto que ese viraje ha

traído importantes avances científicos, con lo cual los procedimientos, por más técnicos que sean, si no contienen una dosis de humanización también se convierten en inhumanos. Por ello nuevamente recordamos que el problema de la deshumanización no es de la tecnología, sino de las actitudes humanas. Actuar sin escuchar, sin comprender, no solo la enfermedad sino también los sentimientos, las angustias, sin ponerle espíritu a la profesión, es algo propio del práctico utilitarista, del profesional de la salud que hace alarde de ser un científico puro. De él no puede esperarse una medicina humanizada, pues esta se sustenta en el acto amable de la consideración, respeto y amor al prójimo. Razón tenían quienes afirmaban que, para poder sanar de verdad, el médico debía penetrar más allá de la envoltura física del individuo enfermo. Schipperges comenta que Maimónides, el extraordinario médico y filósofo del Medioevo, decía con sabiduría muy suya: "dentro de la medicina no existen leyes absolutas; cada estado, cada individuo, exige atención especial" (1972, p. 85).

Hoy existen muchos modelos en la atención y asistencia a los enfermos y estrategias para hacer que sea más humana, pero estamos seguros de que la práctica de la hospitalidad puede ser hoy un modelo para implementar en el *hospital moderno*. El sentido de la hospitalidad crea actitud, no son políticas ni estrategias ni lineamientos ni planeaciones, etc. La actitud (*actitudo*) es el estado de ánimo que se expresa como primera motivación y sentimiento cuando se hacen las cosas, es ella la que lleva a considerar todo lo que se hace como un servicio; de esta manera, la asistencia en la salud es un sentimiento tendiente al servicio de las personas enfermas, ellas son las más vulnerables por su condición, por ser rechazadas, excluidas, estigmatizadas sobre todo si están en condición de pobreza, pues ellos son los más afectados.

La actitud como motivación exige una aptitud, como facultad (*aptus*) es una capacidad para comprender al ser humano en todo su constructo de integralidad, reconocerlo como otro, comprender la situación de su enfermedad, su tristeza, su debilidad y sus angustias por la impotencia de no poseer fuerzas y no poder hacer nada para reclamar el más sublime de los derechos: a la vida y la salud; solidarizarse con su dolor y sufrimiento es un sentimiento en el que el servicio con vocación y el ejercicio que exige su profesión debe ser la motivación para asistir a la persona enferma

con una actitud de acogida amorosa y respetuosa. También exige profesionales con aptitudes, el servicio asistencial en el campo de la salud demanda que estén motivados y sean idóneos, que dignifiquen la condición de enfermedad de la persona y humanicen la salud. Así, el ejercicio de la hospitalidad creadora de actitudes y motivaciones, aptitudes e idoneidad y capacidades se convierte en un modelo de acogida misericordiosa, humana y dignificante al más necesitado, pobre y enfermo. La humanización es un proceso de actualización de los valores y las virtudes que configuran una nueva alianza con el ser humano que es vulnerado y que, por lo tanto, sufre; la humanización es una alianza que está en peligro de perderse en una sociedad cada vez más mecanizada y tecnificada (Marchesi, 2003).

Como se ha dicho, desde el desarrollo de la humanización de los servicios asistenciales en la salud y la hospitalidad como un modelo de acogida que dignifica y humaniza, se comprende que la medicina no solo es el arte de curar enfermedades, sino también de reconocimiento de la persona enferma, quien pasa a ocupar un puesto protagonista, y ser cogestor de su propia curación, dignificación y humanización (Andino, 2009).

CONCLUSIÓN

El modelo de la hospitalidad puede ser comprendido como el escenario que permite reconocer un sentido humano de acogida. La hospitalidad, en efecto, es una acción humana que dignifica y humaniza a las personas, sobre todo, a aquellas que por sus situaciones y condiciones son rechazadas y vulneradas como los pobres, los débiles y los enfermos. Es la actitud más sensible, responsable y humana practicada por todas las culturas y comunidades de la historia: consiste en acoger con amor y respeto al otro y hacerlo parte del cuidado personal y familiar en el mismo lugar en donde se lo acoge.

La hospitalidad, en el ejercicio de la humanización, sensibilizará, informará y formará para tener actitudes y aptitudes, valores y virtudes éticas, morales y bioéticas para vivir una vocación de servicio asistencial en el campo de la salud y en la vulnerabilidad de la enfermedad. Una persona

dedicada a este servicio debe ser una persona con muchas motivaciones y capacidades, dispuesta, humana, que tenga la sensibilidad de sentir en su propio corazón el dolor de las personas que sufren; debe ser cercano y humano, pues, además de aliviar dolores y necesidades físicas, debe, con sus gestos humanos, hacer más llevadera la enfermedad y la situación de las personas enfermas. De esta manera, sí es posible servir, asistir, atender y acoger digna y humanamente a los enfermos.

No olvidemos que el sentido de la hospitalidad, propuesta como modelo de actitud, es dado para todos en el escenario de la acogida que dignifica y humaniza.

REFERENCIAS

ALARCOS, F. (2002). *Bioética y pastoral de la salud.* Madrid: San Pablo.

ANDINO, A. Carlos A. (2009). Evangelizar y humanizar desde la pastoral de la salud. *Revista Hospitalidad, humanización, ciencia y gestión*, (9), 11-20.

_____ (2013). *Aproximación al* VIH *y sida como un locus theologicus. Propuesta pastoral desde la perspectiva teológica de la acción humana* (tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

_____ (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana de Bioética*, *10*(1), 38-64.

ANDORNO, R. (2012). *Bioética y dignidad de la persona.* Madrid: Tecnos.

BERMEJO, J.C. (1997). *Humanizar la salud.* Madrid: San Pablo.

_____(2014). *Humanizar la asistencia sanitaria.* Bilbao: Desclée De Brouwer.

BRUSCO, A. (1997). Humanización de la enfermería. En J. C. Bermejo (Ed.), *Humanizar la salud* (p. 30). Madrid: San Pablo.

_____ (2003). La humanización en el mundo de la salud. En J. Redrado (Ed.), *Humanización en Salud.* Bogotá: San Pablo.

BRUSCO, A. y Pintor, S. (2001). *Tras las huellas de Cristo médico. Manual de teología pastoral de la salud.* Bogotá: Celam.

LOZANO, B. J. (2000). *Teología y medicina.* Bogotá: Selare.

MARCHESI, P. (2003). Humanicemos el hospital. En J. Redrado (Ed.), *Humanización en salud* (pp. 63-64). Bogotá: San Pablo.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (2007). *Humanizar el proceso de morir. Sobre la*

ética en la asistencia en el morir. Madrid: Fundación Juan Ciudad.

REDRADO, J. (2003). Derecho del hombre a la salud. En J. Redrado (Ed.), *Humanización en salud.* Bogotá: San Pablo.

SCHIPPERGES, H. (1972). La medicina en el medioevo árabe. En *Historia universal de la medicina*, tomo III. Barcelona: Salvat Editores.

TORRALBA, F. (2004). *No olvidéis la hospitalidad*. Madrid: PPC.

HUMANIZACIÓN DE LA SALUD, COSIFICACIÓN Y SIGNIFICADOS DE LA VIDA Y DE LO VIVIENTE EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO*

JAIRO CLAVIJO POVEDA

*Este capítulo recoge y actualiza una de las conferencias centrales presentada por el autor en el Foro de Bioética Clínica, Historia y Filosofía de la Medicina, en 2014.

DESDE SU PUESTA EN MARCHA, HACE MÁS DE 20 AÑOS, EL SISTEMA DE salud colombiano, implementado mediante la Ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993), ha mostrado serios problemas de calidad en los servicios, los cuales se reflejan dramáticamente en la vida de las personas. El poder del tiempo ha ido naturalizando el sistema, y hoy día las personas asisten casi resignadas a una política perversa de la vida en materia de salud. Particularmente, el sistema se ha especializado en evadir o ponerles trabas a los procedimientos médicos más costosos, casos que suelen ser en los que más se compromete la vida. La razón: el sistema está anclado al mercado de los servicios y a la lógica financiera; por ello, la constante crisis, pues la lógica financiera no es compatible con la lógica de la vida y de la salud. No es posible mezclar exitosamente una *bio-lógica* con una *econo-lógica,* pues en la práctica esto se convierte en un exabrupto moral desde una perspectiva bioética, ya que la economía impone sus reglas e intereses en la práctica a cualquier otro campo.

La noción de *bio-lógica* y la relación entre la vida y lo viviente son tomadas del bloque teórico propuesto por el profesor Didier Fassin (2004, 2008, 2010) y serán desarrolladas a lo largo de este artículo. En cuanto al concepto de *econo-lógica*, este se funda en que la razón predominante de

los valores y las acciones a seguir frente a cualquier caso es la del costo-beneficio financiero. En el sentido más básico, los procedimientos más costosos dejan menos ganancias.

No faltan estudios sobre el impacto de privilegiar la perspectiva económica en el campo de la salud. Un interesante ejemplo puede consultarse en la investigación de César Abadía-Barrero y Diana Goretti, en el que se hace un diagnóstico serio de las bases estructurales de la crisis del sistema de salud en *Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la salud en Colombia* (2010), también en *Políticas y sujetos del sida en Brasil y Colombia* del profesor Abadía-Barrero (2004). Pero si antes se ha señalado el problema, ¿por qué no se cambia el modelo? La razón es simple, el Estado y los últimos gobiernos han optado por la econo-lógica, con ello responden a la voluntad de los organismos financieros internacionales (BID, DMI, OMC, etc.) y a los sectores financieros del país, que también están anclados al sistema financiero global. En otras palabras, la econo-lógica es una condición de posibilidad estructural global; por lo tanto, muy difícil de cambiar; comenzando por que los tiempos de la econo-lógica no son compatibles con el tiempo de los seres vivientes. Son duraciones diferentes donde el último está en desventaja, ya que la condición económica cuenta con un tiempo que no es vital, el cual se antepone y contrapone con el tiempo de la persona para recuperar la salud. Un proceso financiero puede tardar meses cuando se trata de egresos, giros, autorizaciones, citas o pagos y la base económica no se ve amenazada, pero un procedimiento médico vital puede tener solo días u horas.

Además, el sistema actual gana con la larga duración de la econo-lógica: más ganancias, rendimientos, mayor control del capital y la naturalización del sistema, que además genera una aceptación moral del *statu quo*; su prolongada existencia desalienta cualquier resistencia. Con el tiempo, los seres vivientes se deterioran, pero el sistema se fortalece y suscita la sensación de perpetuación e irreversibilidad. Hoy en día, casi toda nuestra generación solo conoce este sistema de salud, no hay referentes históricos vitales que den cuenta de otra opción; irónicamente, por la base econo-lógica, este sistema de salud puede ser el que a fin de cuentas mate a muchos colombianos por desatención. Muchos retrasos en autorizaciones o procedimientos pueden comprometer la vida de las personas, y el sistema de

salud no se ve amenazado porque una economía financiera aplicada a lo viviente se transforma en una política de la vida. En esta econo-lógica la vida se convierte en una variable medible y si el viviente o "factor" muere, cesa el gasto en él. Aquí es donde se revela el centro del carácter deshumanizante del sistema de salud, pues la bio-lógica se ha transformado en una econo-lógica.

Un ejemplo de la sofisticación del sistema es la invención de dos regímenes no obligatorios, es decir, que no están técnicamente dentro del sistema contributivo o subsidiado: la salud prepagada y, más recientemente, el plan complementario especial. Los planes del primero garantizan atención rápida en las mejores instituciones con un trato de cliente preferencial, pero su costo es alto; en general, solo los salarios altos o personas con capitales elevados pueden dedicar porcentajes considerables de sus ingresos para pagar este tipo de atención. Por su lado, los planes complementarios son la solución para quienes ganan los salarios medios, pues ofrecen unos servicios similares a los de la salud prepagada a un menor costo. Hasta aquí no hay crisis del sistema. Pero el grueso de los colombianos solo puede tener el plan obligatorio de salud básico (POS) o el régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables. Con esta estratificación de la calidad de servicios se afianza el sistema en la base de la diferenciación socioeconómica, es decir, se convirtió en un sistema de salud de clase, frente al cual muchos estarán conformes con el lugar privilegiado que les tocó. En otras palabras, en las clases donde se ubican los capitales sociales y políticos (clases medias y altas) para presionar cambios no hay crisis vital por los servicios de salud y el poder de agencia de los más pobres es casi nulo, salvo por la acción vertical de las acciones judiciales (tutelas) y de los medios de comunicación que eventualmente "denuncian" la decadencia del sistema de salud. No hay sectores con el poder de cambiarlo realmente interesados en hacerlo. Una vez más, la agencia es una concesión moral de las clases medias y altas para los más pobres, pero acá no ha aplicado sistemáticamente. Pareciera que es bueno a veces indignarse por una realidad que vitalmente es ajena, pero no hay una verdadera intención de cambio. En adelante, para ser más precisos con la realidad, cuando se hable de crisis del sistema de salud se hará referencia a la *crisis del sistema de salud de los pobres*.

Debemos anotar, siguiendo a Agamben (2010), que el Estado no es un ente abstracto y homogéneo compuesto por funcionarios figurativos, sino

de personas con intereses y trayectorias. El problema consiste en que quienes lo componen en las esferas de decisión de la salud no suelen oponerse estructuralmente a los sectores financieros cuando estos amenazan la salud de los ciudadanos, pues quienes ocupan los altos cargos del Estado suelen ir y venir de los sectores productivo y financiero, lo que permite entender porque no hay rupturas sistemáticas de intereses entre quienes componen el Estado y el mercado financiero. Este punto se retomará más adelante.

Como tal, el sistema de salud en estos años ha rediseñado la escala moral de la vida en función del costo-beneficio económico de casi cualquier cuestión que se refiera a los seres vivientes enfermos. La neoliberalización del Estado obliga a observar un panorama pesimista, de hecho, se podrían celebrar más de 20 años de dicho pesimismo frente al sistema de salud; hay razones para dudar objetivamente del papel del Estado en defensa de la salud frente a los intereses del sector privado, financiero y farmacéutico, porque a pesar de diferir en los medios coinciden los fines. Salvo algunas excepciones, el Estado interviene por una razón pública como ocurrió con los casos de corrupción de Saludcoop, Cafesalud, etc. y, más recientemente, la lucha del ministro Alejandro Gaviria por quitarle el monopolio del medicamento Imatinib a la multinacional Novartis (Novartis *vs.* Gaviria, 2016). En este sentido, se busca explorar uno de los mecanismos por el cual el sistema se reproduce y eterniza. Al reconocer la deshumanización y, consecuentemente, plantear el objetivo de humanizar, el sistema ha encontrado hábilmente una de las estrategias de perpetuación más perversas. Sin embargo, la aprobación moral intuitiva a la que lleva el término *humanización* genera por defecto muchas adhesiones. Probablemente se ha caído en uno de los más nefastos efectos del sentido común: considerar positivo lo que en apariencia es políticamente correcto.

Desde sus inicios, los problemas del sistema de salud colombiano se han descrito con el rótulo de “crisis de la salud” y no tanto como “crisis del sistema de salud”. De aquí se sustrae el componente central: no es la salud en crisis, sino un sistema que lleva a la salud a una situación de crisis. Una de las preocupaciones que condensan esta crisis es el creciente alejamiento de la condición humana del enfermo, lo que ha dado en llamarse genéricamente *deshumanización*. En este sentido es válido

preguntarse por los sentidos que podría tener la utilización de este término, pues no se entiende cómo se puede humanizar lo que por naturaleza ya es humano y, por lo tanto, social. La salud es una producción social, pues la sociedad define lo que posee salud (Fassin, 2004, p. 295).

La noción de *salud*, que es relativamente reciente, está ligada como concepto a la modernidad, a sus bases políticas y sus promesas no cumplidas de derechos, democracia y libertad. Pero, como anota Herbert Marcuse (1968), la realización de la modernidad anula sus premisas: libertad, bienestar, democracia, etc. Más específicamente, citando a Oscar Guash (2000), la igualdad deviene en lucha de clases y la libertad se volvió liberalismo. En este sentido, el concepto de salud se vincula históricamente a las políticas sobre lo vivo y lo viviente humano. Desde una vertiente crítica se puede decir que los discursos y prácticas entorno a la salud se han constituido en formas de biopoder para el control sobre las poblaciones, y esto ha impulsado la medicalización de la vida social y la politización de la salud. Del lado afirmativo se argumenta que la salud, como concepto histórico, puede reconocerse como un logro de la humanidad desde el siglo XVIII, un triunfo contra la enfermedad y la muerte y, sobre todo, como ocurre en muchos países, se vincula como derecho fundamental a las bases del contrato social, que no es el caso en Colombia actualmente.

Por otro lado, la noción de humanización, en apariencia comprensible a primera vista, en sí misma resulta inespecífica, un significante vacío que no revela de inmediato su universo de significados morales y sociales. La humanización se instrumentaliza al convertirse, por un acto de palabra, en el verbo *humanizar* y deja de ser un principio para transformarse en una estrategia, o técnica, que funciona retóricamente para hacer de una práctica inhumana algo más humano. El término *humanización*, que es más de la lógica de los conflictos armados, en este caso se vincula con la salud y en este sentido resulta interesante para ser analizada desde varios puntos de vista.

Probablemente cuando se habla de humanizar la salud se entienda en un sentido instrumental de expandir servicios, reducir tiempos de atención, mejorar condiciones de espera de servicios u otras cosas menos específicas, como centrarse en la persona, la corresponsabilidad y la empatía con el enfermo. En cuanto a la opinión de ilustres médicos, ellos hablan de la

necesidad de incluir currículos "más humanos" en la formación de los nuevos médicos, bajo el implícito erróneo de que lo humano es un agregado de lo clínico. Incluso existen programas de posgrado en humanización de la salud en España y probablemente ya haya *humanólogos* de profesión expertos en humanizar. Pero en un sentido más profundo nos cuesta reconocer no la pérdida de la calidad de los servicios, o el "calor humano", sino la carencia de la dignidad humana en el sistema de salud colombiano y tal vez este sea el verdadero reto para la pretendida humanización del sistema. En el fondo se trata de develar como una econo-lógica subyace en una economía política de la vida.

Como humanización y humanizar son ante todo actos discursivos y polisémicos, se propone como primer paso una agenda investigativa para determinar lo que en las condiciones locales se ha venido denominando *humanización* y *humanizar* la salud, para así establecer específicamente las prácticas, los intereses, los actores y las agencias que le atañen con el fin de determinar cuáles son las razones humanitarias que subyacen a la adopción de los términos en el momento actual. Por ejemplo, determinando una genealogía sociológica del término o haciendo un análisis de la humanización como mito. En otros términos, la idea es reconocer que no hay una confluencia de significados espontáneos del término y, sobre estas certezas, indagar cuáles serían las estrategias por seguir. Hay que desmantelar cualquier campo sobre lo humano que lo asuma como cosa dada o de comprensión intuitiva, instrumental o inmediata.

Probablemente en este proyecto investigativo resulte más interesante determinar lo que implícita o explícitamente excluye el uso del término *humanización* y desde allí evaluar qué resulta primordial para problematizar el tema de la salud en Colombia. Por ejemplo, *humanizar* incluye procedimientos y costos, pero excluye trasfondos estructurales inherentes a lo humano como la dignidad, la compasión, la empatía, la equidad, el cuidado, la solidaridad y la adopción social del débil e indefenso. El uso de esta palabra, tal como se percibe espontáneamente, no permite profundizar en cuestionamientos estructurales, pues la salud se fija como una cosa y la humanización se separa de ella como si se tratara de otra que se puede agregar a la salud. En general, podría decirse que hay que prestar atención a cualquier uso que se dé a la noción de *humanización* que no la

conciba como una relación social. Si se piensa como cosa puede ser fragmentada y tratada separadamente, como si se tratara de un apéndice, y así conduciría mecánicamente a la fragmentación del ser humano y la experiencia de la enfermedad y del enfermo.

Probablemente el saber médico fomente entre sus aprendices disposiciones epistemológicas donde la fragmentación es posible y necesaria. Al ver segmentado su quehacer en función de la teoría, la experiencia, los órganos, los sistemas y las disecciones, se contribuye a concebir la humanización como un agregado, como algo separado de las realidades clínicas o patológicas, que con un poco de esfuerzo se puede adicionar. Si es así, esto debe ser develado y replanteado para poder desnaturalizar lo que las palabras en el sentido común esconden.

Haciendo una primera pesquisa de los usos del término *humanización* en el sistema de salud colombiano, este se ubica fundamentalmente en el terreno de lo ético individual y lo jurídico. Es decir, como un principio aceptado pero que es inespecífico en sí, políticamente correcto, sujeto a la interpretación; que se concibe solo desde los oficios como la medicina y el derecho y, que finalmente, corresponde ejecutarlo a los individuos y no al sistema. Por ello, humanizar la salud, tal como se entiende actualmente, apunta más a ser un proceso de ingeniería moral del sistema y no un cuestionamiento ético de sus fundamentos frente a la pregunta ¿cuál es la política de la vida y de lo viviente que debe orientar un sistema de salud realmente social? En el contexto colombiano, salud y sistema de salud funcionan como cosas diferentes ya que tienen diferentes lógicas. El sistema de salud, como está concebido, no permite humanizarse ya que su lógica de existencia no es la misma que la de la salud; esta se entiende desde una lógica político-moral y el sistema, donde se materializa, tiene una lógica médico-económica. Al igual que con la educación, tratar de mezclar lógicas diferentes más allá de los meros términos, es decir, principios opuestos de dos sistemas, resulta problemático, como se puede evidenciar en un sistema de salud calificado de *deshumanizado*.

Esta distancia entre dos lógicas que se funden en un sistema ya es un indicio preocupante en la comprensión de los usos de la noción de lo humano. El proyecto investigativo aquí expuesto apunta a preguntase cuáles son los determinantes de una "razón humanitaria" en y para el sistema de salud colombiano, en el orden de una antropología política de

la salud propuesta por Didier Fassin (2004, 2008).

Desde este punto de vista no se puede, en estricto rigor, humanizar la salud, pues no tiene existencia como noción en sí. La salud no es un estado natural al que se debe llegar o que actúa como referente arquetípico, es un estado socialmente determinado que pone en evidencia un sistema moral que establece los límites de lo tolerable frente a la vida y lo viviente. En este sentido, cabe preguntarse no si el sistema de salud colombiano debe humanizarse, sino ¿cómo hemos dejado consolidar un sistema cuyos límites morales de lo tolerable son tan paupérrimos frente a los dones de la vida y las promesas de la democracia? Pero ¿qué pasa si en este sistema moral, como al parecer ocurre en el caso colombiano, la salud en efecto cobra significado como agregado, como componente, como una *cosa más*? Varios indicios llevan a pensar así: en primer lugar, la fragmentación de la salud frente a otros factores sociales como las condiciones de vida (vivienda, calidad de la comida, del agua, tranquilidad, etc.). En segundo, los discursos que pretenden desintegrar a la salud (derivados de las nociones de la OMS) solo tienen existencia retórica. Finalmente, la fragmentación paradójica del ser humano cuando lo referimos a la enfermedad. En este proceso, la salud se trata como cosa aislada y en el sistema se *con-funde* con la enfermedad y el enfermo. El sistema de salud se reorienta entonces hacia la enfermedad y hacia el enfermo y, con ello, tienen el sustrato desde el cual se calcula el valor (económico) no de la salud, sino de una enfermedad, los fármacos y los tratamientos.

Una vez establecido el valor económico de cada enfermedad, la obra está consumada en esta econo-lógica. Las enfermedades de alto costo ocupan el lugar más bajo en la escala moral de las consideraciones humanitarias y ello explica por qué muchas personas han tenido que acudir a los medios de comunicación o a las vías judiciales, a través de la tutela, para obtener tratamientos a los que tienen derecho. Al respecto abundan las investigaciones periodísticas que denuncian estas prácticas, por ejemplo, el dramático testimonio del actor Fabio Restrepo resulta emblemático sobre la perversión del sistema (*Semana*, 2015). Juan Gossaín, entre 2013 y 2014, realizó una serie de denuncias en los diarios *El Tiempo* (2013) y *El Espectador*, y en la revista *Semana* (2014a, 2014b) también se ha publicado numerosas investigaciones en las que se destaca la manera realmente espeluznante como se han sofisticado las estrategias de no atención a

enfermedades y enfermos, con relación directa a los costos de los tratamientos. Como al parecer estas estrategias han dado resultado, ahora se están extendiendo hacia los tratamientos de bajo costo. Este parece ser un panorama crítico donde todo tratamiento médico se está volviendo de "alto costo" para el apetito de ganancias financieras de los grandes capitales que gobiernan en la práctica el sistema de salud. Aún se espera que esta escalada se atenué con la ley estatutaria de la salud de 2015, pero en la larga duración habrá que esperar también como se reacomodan las estrategias para mantener intacta la econo-lógica de base.

Con lo anterior, se recrea un itinerario o lógica perversa de los términos que convierten a la salud en enfermedad, la enfermedad en enfermo, el enfermo en patologías y las patologías en costos. Esta obra de magia parece ser la que da origen a la pérdida de la dignidad humana, a la deshumanización, porque el ser, su experiencia y la política de la vida son convertidos en cosas separadas y cuantificables. La frontera moral de lo intolerable se franqueó irremediablemente. La salud, al igual que los pacientes, es individualizada por el sistema, quedan entonces des-socializados, "economizados". En este sentido, la fragmentación y reorganización práctica de la noción de salud en el campo de lo económico es lo que naturaliza la separación de lo humano de la salud.

Tal como se señaló, en este proyecto es importante *sociologizar* los términos, es decir, entender quiénes componen el campo burocrático de la salud y cuáles son sus intereses, para entender cuáles son las condiciones de posibilidad de la cosificación de la salud y de la humanización. El profesor Cesar Abadía-Barrero (2004) señaló que en Colombia la alta dirección de programas de salud del Gobierno está en manos de planeadores económicos con poca tradición en medicina social, lo que sigue siendo la regla. Esta lógica burocrática sirve a las políticas neoliberales del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo y no representa un campo burocrático cuyos actores tengan la condición de hacer rupturas u oposiciones reales a las voluntades economicistas y, mucho menos, que alienten una reforma estructural al sistema que descosifique la salud y la convierta en un bien humano donde a nadie se le ocurriría que hay que humanizarla. Prueba de lo anterior es que célebres altos exfuncionarios de la salud provenían del sector económico y vuelven a él sin ningún problema. El punto es que agentes que están adheridos, en

términos de Pierre Bourdieu, a las lógicas del campo económico, van y vuelven del campo burocrático de la salud de manera naturalizada, esto sin mencionar que en el legislativo al parecer los intereses de los intermediarios financieros están más claramente representados que los intereses sociales. El resultado hasta ahora: reformas que fortalecen el sistema tal como está concebido y paliativos al malestar que desencadena el sistema.

En una nota de 2014, la columnista Cristina de la Torre resalta que en el sistema de salud:

> en los últimos tres años no solo no ha cambiado el estado de cosas, sino que ha empeorado. Hubo 115 mil tutelas por salud en 2013, casi todas sobre derechos adquiridos en el POS. Ese año negaron las EPS 300 mil servicios, el 34 % más que en 2012. Mientras en Chile muere de parto una entre 2000 mujeres, en Colombia la relación va de una a 460, la mayoría del régimen subsidiado. En estos tres años aumentó el 26 % la deuda de las EPS con hospitales públicos, al punto que 600 de ellos morirán por inanición: les deben 6 billones de pesos. La Contraloría probó que Saludcoop, emblema de las EPS, se embolsilló 1,4 billones de los colombianos [...]. José Félix Patiño, médico exrector de la Universidad Nacional, aboga por una reforma estructural que suprima la intermediación financiera y el negocio en el sector. Clama por restablecer la atención en salud como servicio social, que la haga valer en su condición de derecho fundamental [...] la pepa del problema, sigue intacta [...] la nefasta Ley 100, cocinada en la olla del mercado sin control, ha cobrado más vidas de colombianos que la guerra. (De la Torre, 2014, s. p.)

La glotonería financiera no tiene límites, no hay el más mínimo atisbo de restitución al pueblo colombiano por el daño causado. El problema económico del sistema de salud no es que no tenga plata, sino lo contrario, mueve demasiada (44 billones de pesos), por ello el interés financiero en él. El periodista Juan Gossaín escribió varios artículos al respecto publicados entre el 2012 y 2013, en uno de ellos señalaba que "nunca antes habíamos tenido tantos recursos para la salud de los colombianos, pero nunca antes el sistema de salud había estado en una situación financiera tan crítica" (Gossaín, 2012). Asobancaria proclamaba que, en los primeros ocho meses del año 2014, el sistema financiero obtuvo ganancias por más de 5,5

billones de pesos y el profesor Salomón Kalmanovitz calcula en 510 billones de pesos los activos fijos de las empresas colombianas. El exceso de plata se convirtió en un problema para atender una de las demandas sociales más básicas como es la salud de la gente. Ante semejantes cifras podría pensarse que, en lo que respecta a la salud, ya hubo suficiente desangre, que pueden ya soltar su presa, y que incluso se piense, si de humanizar se trata, que los intermediarios financieros de la salud paguen algo de la deuda histórica que ha fundado su descomunal riqueza. Que asuman también la reparación de los colombianos para la reconciliación social.

Aquí se halla el centro del problema, el sistema de salud se concibió desde una lógica mercantil o como la hemos llamado una econo-lógica, y es justamente este marco el que nos permite comprender el fenómeno de la cosificación. Partiendo del problema del fetichismo de la mercancía expuesto por Marx y desarrollado por Georg Lukács (1970), la salud que es una relación es vuelta inconscientemente una cosa, una mercancía que adquiere la voluntad de ganancia independiente de cualquier consideración humana que amenace su deber de acumulación. Como anota el antropólogo Michel Taussig (1995), la enfermedad y, en este caso la salud, adquieren una "objetividad fantasmal" (p. 110), porque niegan las relaciones sociales, económicas y de poder que se encuentran disfrazadas dentro del sistema y las convierte en cosas.

Como se puede evidenciar este es el escenario donde es más visible la separación entre la "retórica integracionista de la salud" y "las prácticas de fragmentación de la salud". La salud viene siendo, en la práctica, un tema físico-fisiológico de bienestar y lo humano queda en el terreno de la ética del cuidado. En esta dinámica, el cuidado corresponde a una obligación individual del personal médico, no es un imperativo para quienes administran y deciden, ellos no tienen contacto con la persona, con su cuerpo y el sufrimiento, su relación con el enfermo se hace a través de una mediación técnico-burocrática que convierte al paciente en un número, en una cosa; su enfermedad en un código y su tratamiento en un cálculo. La obra parece estar consumada: algo que es holístico, social y humano, como la salud, se fragmenta, se medicaliza, se especializa, se cuantifica y se asigna. En esta lógica, o bio-lógica (Fassin, 2008), tanto la salud como lo humano y los seres humanos se despersonalizan e instrumentalizan para ser tratados

como cosas; la dignidad y el respeto por la persona se pierden.

Tomando prestada una noción de Foucault, el sistema de salud ha sofisticado una doble *cartografía pecaminosa del cuerpo* (2000, p. 131), en la que lo pecaminoso para este sistema moral son los altos costos, la menor ganancia. Por otro lado, hay una cartografía pecaminosa de clase, que cosifica la política de la vida en dos dignidades diferentes: la salud prepagada y los planes complementarios, poseedoras de relativa dignidad, y el POS y el régimen subsidiado, sinónimos de la indignidad y hasta de una ya instituida política de la crueldad en muchos casos. También existe una cartografía pecaminosa de los cuerpos enfermos, en la que se plasma la cosificación de la política de lo viviente: las personas son individualizadas en casos, y sus cuerpos y enfermedades desmembrados por la lógica de los costos de los procedimientos. El reconocimiento del cuerpo sufriente se va debilitando en la medida de que su tratamiento resulta más costoso, instaurando una bio-legitimidad (Fassin, 2004, 2008) economicista, reificada y deshumanizada.

En este marco, aparece la humanización como algo deseable, algo que faltaba, porque desde esta concepción la salud en Colombia se separó de lo humano e instauró como separadas la política de lo vivo y de lo viviente. Dicho de otro modo, las condiciones objetivas en las que se concibe la salud como cosa y como mercancía se mantienen como tal y desde esta lógica suponen que la mejora está en las formas de atención. Lo que se cree posible de humanizar se ubica más en una política del cuidado, que en una política fundamental de la sociedad frente a la vida. Este tipo de humanización, o de reificación, adquiere "una objetividad fantasmal" (Taussig, 1995) pero vuelve a caer en el mismo problema, se convierte en otra cosa que no opera en la práctica. Se consuma la reificación, la salud es una mercancía y lo humano también. Humanizar la salud ya expone la aceptación explícita de que no es lo suficientemente humana. Esta radiografía obliga nuevamente al pesimismo, porque dadas estas condiciones las cosas seguirán como están. Las bases son tan sólidas que permiten reformarse en apariencia, ya que la base econo-lógica no es reemplazada por una verdadera base bio-lógica: que todo cambie en apariencia para que nada cambie, a cada intervención se le denomina *reforma*, pero las bases económicas siguen intactas como hasta ahora ha ocurrido.

Se conmemoran las bodas de plata de la Ley 100, quizás la herencia moral más terrible es la institucionalización de lo que Fassin llama una *política de la negligencia*. El Gobierno y el capital financiero son inmunorresistentes a una verdadera humanización, los humanos que atienden en el sistema han aprendido a tolerar la crueldad, la gente se muere esperando y los demás —nosotros— han naturalizado con resignación un sistema de salud inequitativo dentro de un macrocosmos social caótico. La profesión médica se vino a menos y el cuerpo enfermo del viviente se sigue sometiendo a exámenes de la razón económica. Frente a esto no se teme a las posiciones críticas, pues también se recuerdan por este tiempo las bodas de plata de no ser escuchadas, seguirá siendo por una voluntad política del campo del poder, simplemente ruidosas.

Sin embargo, el momento histórico de Colombia en el que nos reunimos para hacer el foro permite pensar en la utopía. Con la cercanía del posacuerdo de paz hay condiciones políticas reales para reorganizar el contrato social y para girar la concepción de la salud hacia su fundamentación como derecho humano, donde la sociedad sea capaz de frenar el apetito de los intereses del capital financiero en todos los ámbitos de la vida. Lamentablemente, el tema de la reforma al sistema de salud no aparece en los acuerdos, quizás porque los futuros reinsertados tendrán un sistema de salud preferencial. Si la sociedad no aprovecha esta oportunidad única e incluye la reforma total del sistema de salud probablemente, dentro de tres bodas de plata más, la sociedad colombiana se seguirá preguntando por qué no se logra humanizar la salud a pesar de las 100 reformas a la Ley 100 que por ese entonces cumplirá los 100 años. Nosotros ya no estaremos allí.

REFERENCIAS

ABADÍA-BARRERO, C. (2004). Políticas y sujetos del sida en Brasil y Colombia. *RCA*, *40,* 123-154.

AGAMBEN, G. (2010). ¿Qué es un campo? En *Medios sin fin. Notas sobre la política* (pp. 37-43). Valencia: pre-Textos.

CONGRESO de la República de Colombia. (1993). *Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de

https://goo.gl/kAPlRR.

DE la Torre, C. (2014, 8 de septiembre). Salud: el Gobierno claudica. *El Espectador.* Recuperado de https://goo.gl/BEoTcS.

EL Tiempo. (2013, 4 abril). Enfermos de cáncer deben hacer 29 trámites para acceder a tratamientos. Recuperado de https://goo.gl/vrMz5a.

FASSIN, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *RCA, 40,* 283-318.

_____. (2008). *El hacer de la salud pública.* París: École des Hautes Études en Santé Publique.

_____. (2010). El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia social. *RCA, 19*, 191-204.

FOUCAULT, M. (2000). *Los anormales (curso 1974).* Buenos Aires: FCE.

GOSSAÍN, J. (2012, 24 de marzo). Así se robaron el sistema de salud de los colombianos. *El Tiempo.* Recuperado de https://goo.gl/9m77pc.

LUKÁCS, G. (1970). *Historia y conciencia de clase.* La Habana: Instituto del Libro.

MARCUSE, H. (1968). *El hombre unidimensional.* Barcelona: Orbis.

NOVARTIS VS. Gaviria: la batalla por la soberanía de la salud. (2016, mayo). *Dinero.* Recuperado de https://goo.gl/CpNvJN.

SEMANA. (2014, 25 de noviembre). Así controlan las instituciones y empresas de salud a los médicos. Recuperado de https://goo.gl/zJGmFH.

_____. (2015, 23 de febrero). La andanada de Fabio Restrepo contra el sistema de salud. Recuperado de https://goo.gl/U3nkuF.

_____. (2014, 6 de noviembre). La encrucijada de los recién egresados de la salud. Recuperado de https://goo.gl/e2dHjP.

TAUSSIG, M. (1995). *Un gigante en convulsiones.* Barcelona: Gedisa.

REPENSAR LOS CONCEPTOS DE SALUD, SER HUMANO Y HUMANIZACIÓN: UNA EXIGENCIA BIOÉTICA-ÉTICA EN EL CUIDADO DE LA SALUD

LUZ FANNY CASAS AMADO

EL LLAMADO CENTRAL DE LA BIOÉTICA ES A CUIDAR Y POSIBILITAR la vida. En consecuencia, también la bioética presenta una exigencia: conocerla y, más que eso, comprenderla, pues según se entienda qué es la vida, de esa misma manera será tratada. Dicho propósito habrá de fundamentarse, según lo propone Potter, en un carácter ético que favorezca la construcción de una sabiduría que articule a la ciencia y la tecnología con un sentido de responsabilidad y de humildad en pro del bien social (1999) o, de manera más amplia e integradora, a favor del bien global.

De acuerdo con este contexto, el sentido de responsabilidad y humildad frente al cuidado y la posibilidad de permitir la vida, se presentan algunas reflexiones alrededor de la relación con ciertos significados que en nuestra sociedad se siguen dando en cuanto a la salud y la humanización, como conceptos o sucesos inherentes que giran alrededor del ser humano. Significados que se enmarcan en un antropocentrismo que desconoce o limita la interdependencia entre las diferentes expresiones que hacen realmente posible la vida, tanto humana como no humana y, en general, del planeta. En cuanto al tema de la humanización, aquí se recogen algunas de las enseñanzas que Manfred Max Neef presenta en su libro *El mundo en ruta de colisión y otros escritos* (2010).

Para comenzar, el economista chileno acierta en decir que "el excesivo valor que se concede a lo humano impide comprender de manera adecuada el lugar y el papel que nos corresponde en la estructura y el funcionamiento del rico y complejo tejido del mundo natural" (p. 28). Esta sobrevaloración humana se relaciona estrechamente con el concepto de

dignidad que se ha dado de manera exclusiva al ser humano, como lo manifiesta Maldonado (2004), al criticar la exclusión que se hace a las formas de vida distintas de la humana respecto al concepto de dignidad. Para el autor, este tema históricamente se ha expresado de manera antropocéntrica y, aún en la actualidad, tan solo se reconoce a los animales la posesión de derechos. Se refiere a que en este contexto "dicho de manera negativa y radicalmente, los sistemas vivos distintos del ser humano carecen de dignidad y, *à la limite*, son indignos —con respecto al ser humano" (p. 32). Esta forma de entender la dignidad es la herencia que Smith, Hegel y Kant han legado al asignar al ser humano, y solo a él, la dignidad como un valor absoluto e infinito. Por el contrario, toda clase de vida no humana o inferior a la escala humana tiene un valor finito, de cambio, lo que significa que no posee dignidad; dicho de otra manera, este valor es asimilable con un precio.

En el mismo sentido en el que se presenta esta comprensión de la dignidad humana, de acuerdo con Maldonado, de manera cotidiana se habla de humanismo como una gran virtud y, en este marco, se reconoce a lo humano, sus valores y sus derechos. Pero este concepto humanista y a la vez arrogante pone al ser humano en el centro de todo y, por el contrario, "al mundo distinto de lo humano no se le reconocen valores ni derechos inherentes" (p. 25). Cabe afirmar que el centro de todo no es el ser humano, sino el milagro de la vida, en donde el hombre es solamente una de sus múltiples expresiones. Esta mirada antropocentrista ha sido el soporte de la especie humana para la apropiación de la naturaleza, el uso que le ha dado, de tal manera que, en alguna medida, ha contribuido en la puesta en riesgo de la vida y su futuro, al poner en peligro sus posibilidades, generar desequilibrios en el ecosistema, traspasando los límites de tolerancia que puede soportar. La salud del planeta realmente está en riesgo.

En lo que respecta al tema de la salud, como se indicó en mi tesis de maestría en bioética (Casas, 2009), esta ha sido y es tratada desde una mirada biologicista, como un evento humano contrario a la enfermedad, producto de factores causales. Esta forma de verla parte de juicios de valor positivos y negativos que giran alrededor de lo que se cree es normal o anormal. Engelhardt (1995) presenta algunas críticas respecto a esta perspectiva que asimila como normal lo que se considera natural, según designios divinos y morales, estadísticamente frecuente y concuerde con la

tipicidad de la especie. En cuanto a los designios divinos, de acuerdo con el autor, para Occidente la salud ha sido entendida como un estado en armonía regido por leyes "inmanentes y divinas" que definen la naturaleza humana. Desde estos supuestos se elaboran "juicios morales, fisio-estéticos y anatómico-estéticos acerca de las formas humanas idóneas, de sus funciones y de la liberación del dolor" (p. 219). Según esta concepción de la salud "los actos e inclinaciones que violen la naturaleza de la vida moral" (p. 219) son antinaturales o perversos, desconociéndose la diversidad de las concepciones desde diferentes culturas, movimientos y tipos de pensamiento, entre otros. Con relación a la normalidad determinada por la frecuencia estadística, es anormal todo lo que se salga de sus tendencias o estándares. En contraposición, el autor se refiere a que no todo lo que es frecuente es "loable, adecuado o ideal" (p. 218) y pone como ejemplo el hecho de que "la mayoría de las personas mienten o engañan hasta cierto punto" (p. 218).

Frente a la tipicidad de la especie, en un sentido antropocéntrico, donde la evolución marcada por un diseño lineal tendría como finalidad la perfección humana, se asume que cualquier evento que no favorezca dicha evolución sería considerado como atípico; sin embargo, se debe reconocer que ciertas características "atípicas" de la especie consideradas como defectos (enfermedades) pueden producir ventajas que permiten la adaptabilidad al medio ambiente.

Para la medicina los significados dados a lo normal o natural son, y han sido, su soporte. Es así como los hechos o eventos por fuera de estos estándares adquieren la connotación de enfermedad, como un concepto dotado de juicios, morales y no morales, de valor negativo, razón por la que se asume como un "estado que no es bueno tener [...] [y], que es bueno prevenir, tratar o curar" (p. 229). Este razonamiento justifica el tratamiento, considerado como único medio para garantizar la cura de la enfermedad, desconociéndose, por tanto, las posibilidades de la salud a partir de las relaciones de interdependencia entre las diferentes formas de vida que requieren sus propios procesos.

Contraria a la enfermedad, la salud connota una valoración positiva que permite alcanzar los ideales de perfección de función, forma y gracia humana, ajustándose de esta manera a lo que es natural o normal. Así las cosas, la salud se ha tratado como un estado que los individuos alcanzan

gracias a la ausencia de enfermedad o a la recuperación de esta. Como puede verse, desde esta perspectiva se asume a la salud y la enfermedad como dos conceptos completamente excluyentes, donde no es posible reconocer la propiedad emergente del proceso de salud/enfermedad en el cuidado, la manera de facilitar la vida y la gestión necesaria para hacerla posible. En otras palabras, se desconoce a la enfermedad como un proceso crítico que genera en los sistemas vivos tendencias a la autoorganización como una expresión de la vida. En este sentido, debe reconocerse, como lo afirma Maldonado, que "no existen dos cosas: salud y enfermedad. Por el contrario, existe un continuo vago que es la salud-enfermedad" (2008, p. 97).

Desde otra perspectiva, como lo refiere Escobar (2000), este modelo biomédico del abordaje de la salud como ausencia de la enfermedad y resultado monocausal se sustenta en un enfoque mecanicista que concibe al cuerpo como una máquina; situación que se acentúa en el nivel de las superespecializaciones sobre determinadas partes del cuerpo. En este contexto, el ser humano, el paciente, como persona pierde sentido, pues solo importa esa parte enferma del cuerpo como un resultado monocausal. Solo los asuntos anatomopatológicos o fisiopatológicos adquieren verdadero valor como problemas médicos y las quejas del enfermo pierden importancia, dejándose de lado la experiencia vivida o, en términos de Engelhardt, la realidad experimentada de cada individuo.

Pero ¿qué concepto de ser humano o de persona se está asumiendo? Acaso en el ámbito de la salud ¿esa concepción mecanicista de la vida nos impide reconocer las dimensiones humanas por fuera de la biología? Hemos de entender que el ser humano además de biológico es racional, político, espiritual, religioso, ético, relacional, afectivo, etc. ¿Qué parte de esta integralidad importa en la atención en los servicios de salud?, ¿hasta dónde, en el marco de las ciencias de la salud y del avance técnico-científico, lo que importa es atender lo biológico para contrarrestar la indeseable enfermedad y la muerte?

Es una exigencia de la bioética cuidar la vida y de la ética hacerlo de la manera más sabia posible. En consecuencia, en relación con el tema de este texto, la bioética y la ética conminan a reflexionar y reconocer que se debe reconsiderar y reinterpretar estos conceptos, de tal manera que se asuma la humanización como un deber ético y bioético, protector de la salud y de la

vida, que incluya una actitud de humildad frente a lo que significa la vida individual, colectiva y global; es decir, donde se tengan en cuenta sus relaciones de interdependencia, para llegar a entenderlas y asumir el hecho de que no hay especies, culturas o personas más importantes que otras. Lo que es realmente válido para las posibilidades de la salud y la vida son precisamente las relaciones de interdependencia.

Por otra parte, como lo indica Maldonado (2001), debemos acercarnos a un concepto de salud como un proceso de tendencia al "equilibrio entre el individuo, la colectividad y el entorno" (p. 91). Esto significa que debemos tratarlo no como un estado biológico o evento determinado por la ausencia de enfermedad, sino, y más importante, desde las posibilidades que la misma salud pueda tener a partir de todos los medios posibles que la favorecen, en el contexto de la interrelación e interdependencia existente entre las personas, los demás seres vivos y el medio ambiente. Este concepto también implica entender a la enfermedad como una crisis organizadora que posibilita en los sistemas vivos, de manera emergente, nuevas opciones para la salud y la vida.

Según Escobar (2000), también se invita a acoger una "nueva visión de la realidad que comprenda relaciones y dependencias recíprocas de todos los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales" (p. 56), los cuales "constituyen un concepto holista de persona" (p. 57), concepto que implica, por una parte, "considerar todos los aspectos del organismo humano como interconectados (e) interdependientes" (p. 59) y, de manera más amplia, "reconocer que el organismo interactúa permanentemente con su entorno natural y social" (p. 59). En otras palabras, es necesario asumir que el "organismo, sistemas sociales y ecosistemas están interconectados y son interdependientes" (p. 57) y que estas relaciones inciden en la salud, así como también los demás aspectos de la vida cotidiana.

REFERENCIAS

CASAS, L F. (2009). *Un puente entre bioética y promoción de la salud, una opción para el cuidado de la vida* (tesis de maestría). Universidad El Bosque, Bogotá.

ENGELHARDT, T. (1995). *Los fundamentos de la bioética.* Barcelona: Paidós.

ESCOBAR J. (2000). Comprensión sistémica de la salud y calidad de vida. En J. Escobar

(Ed.), *Bioética y calidad de vida*, (Vol. 15, pp. 55-76). Bogotá: El Bosque.

MALDONADO, C. (2001). Filosofía y salud. En J. Escobar (Ed.), *Bioética y justicia sanitaria.* (Vol. 9, pp. 75-100). Bogotá: Ediciones El Bosque.

_____. (2004). ¿Es posible hablar de evolución o de progreso de la calidad de vida? En M. C. Morales y W. Mellizo (Eds.), *Calidad de vida. Enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto* (pp. 29-40). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

_____. (2008). Complejidad de la salud: interacciones entre biología y sociedad. En M. Espinel y M. C. Morales (Eds.), *Repensando la naturaleza social de la salud en las sociedades contemporáneas*: *perspectivas, retos y alternativas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

MAX-NEEF, M. (2010). Educación y valores del espíritu. En *El mundo en ruta de colisión, y otros escritos* (pp. 25-33). Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

INFORMACIÓN Y REALIDAD EN LA DESHUMANIZACIÓN O HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

REBECA CRUZ SANTACRUZ, GILBERTO HERNÁNDEZ ZINZÚN, DIANA DEL ROSARIO IZQUIERDO MORA, ALEJANDRO PERDOMO RUBIO

INTRODUCCIÓN

LA DESHUMANIZACIÓN SE ENTIENDE A PARTIR DE DOS PUNTOS DE vista: como la ausencia de la subjetividad de los pacientes en la percepción del médico. Esto incluye la ausencia de la personalidad, la cultura, la historia y los vínculos con el entorno que contrastan con una percepción activada para el reconocimiento de los signos que, desde la perspectiva biomédica, conducen al diagnóstico y tratamiento de enfermedades concebidas preponderantemente como alteraciones orgánicas.

Se comprende esa percepción fragmentaria del paciente por parte del médico como un hecho social y cultural, consecuencia de una apreciación que se concibe como una selección de aspectos prescritos desde la cultura biomédica positivista, inculcada desde su formación escolar y posterior capacitación clínica. Evidentemente, el paciente también percibe del médico solo aquellos aspectos que su cultura le ha enseñado a notar. Clark (1999) señala que esta característica no se restringe a los seres humanos, los seres vivos en general tienden a percibir del entorno solo aquello vinculado con su sobrevivencia, es decir, tomando en cuenta a Morin (2001), si desde el pensamiento complejo se enfoca la razón científica como un ser vivo que para sobrevivir compite con otros seres (otros discursos), se puede enunciar que la razón positivista solo mira y atiende lesiones micro y macroscópicas que producen alteraciones fisiológicas,

porque a través de ello sobrevive.

En la segunda perspectiva, la utilidad política, social, institucional, gerencial y comercial de la información generada en la atención médica de los pacientes se vuelve más importante que los pacientes mismos; esa es la otra forma de deshumanización trabajada en este ensayo. Buena parte de las reflexiones que constituyen este trabajo tienen como referente el caso presentado a continuación, el cual proviene de una investigación etnográfica cuyo objeto de estudio fue la práctica médica desde el punto de vista de la antropología social, en un hospital del tercer nivel de atención de la Ciudad de México.

EL CASO MARGARITA

Se refiere a la intervención quirúrgica de Margarita García (el nombre real de la paciente ha sido cambiado), una joven indígena de 23 años del estado de Oaxaca (México), realizada durante el año 2007. Acudió al hospital debido a una hiperpigmentación y endurecimiento de la piel en toda la frente y hasta aproximadamente el tercio superior de la nariz. La rigidez de la piel afectaba el funcionamiento de uno de sus párpados, de tal modo que su ojo se encontraba siempre abierto. Ese estado había perturbado su condición anímica de manera severa y obstaculizado drásticamente su vida social.

El plan quirúrgico de la microcirugía comprendió retirar la superficie afectada y sustituirla con la piel de la parte interna de su brazo izquierdo, que a su vez sería repuesta de la pierna de la misma paciente. El tejido del brazo fue retirado con la grasa subcutánea, incluidas arterias y venas (unidad estética completa). El procedimiento también incluyó obtener de las piernas un segmento de arteria y otro de vena (de unos 7 cm aproximadamente cada uno) para unir (anastomosis) la unidad estética a la irrigación arterial y al retorno venoso.

Entre otros evidentes aspectos de la intervención quirúrgica señalamos los siguientes: la microcirugía se prolongó varias horas después de concluida la jornada oficial de trabajo del cirujano, de tal modo que, llegado ese límite y al tiempo que retiraba sus guantes, expresó “es mi hora de salida” y sin decir más, se retiró. Un médico residente de tercer

año continuó la intervención. La anestesióloga a cargo se alejó después de iniciada la cirugía. Periódicamente, y desde lejos (el quirófano está interconectado con otros siete y el personal puede circular sin obstáculos entre todos ellos), miraba hacia el quirófano; es posible que alguno de los residentes presentes le señalara de alguna manera que no era "necesaria" su presencia, sin embargo, no hay certeza de ello.

El médico residente ocupado en retirar la unidad estética del brazo conversaba y reía con otros compañeros residentes presentes. La máscara quirúrgica del cirujano descendía con sus movimientos faciales y dejaba al descubierto la cavidad bucal, de modo que con movimientos de su labio inferior evitaba que esta se cayera por completo; sin embargo, cuando no estaba protegido por el cubrebocas, alcanzaba a toser sobre los músculos expuestos del brazo sin piel en medio de las risas. Otro residente que tenía a su cargo echar agua tibia y heparina en los extremos de los vasos seccionados, repetidamente olvidaba hacerlo hasta que se lo señalaba con cierta energía el cirujano adscrito a cargo.

Nos enteramos de que Margarita había sido reintervenida cuando quisimos visitarla la mañana siguiente de la primera cirugía. No se encontraba en la sala de recuperación, la mantenían en una bodega contigua a la zona de quirófanos, donde su cama fue colocada entre muebles metálicos en desuso, cubiertos de polvo. A unos 30 m de distancia, su frente se apreciaba como una gran protuberancia ennegrecida; supe que se debía a la hinchazón causada por la acumulación de sangre venosa. Deduje que estaba allí porque no había explicación médica satisfactoria para su estado después de dos intervenciones quirúrgicas seguidas. Se realizaron tres en total. Las dos primeras tuvieron resultados desfavorables. La unidad estética estaba irrigada, pero no drenaba. Un aparato que amplifica el sonido de la turbulencia sanguínea al interior de las arterias indicaba claramente que la sangre llenaba los vasos, pero no retornaba al corazón.

Tuvimos la oportunidad de presenciar la primera y la tercera intervención. En la última, otro cirujano adscrito se hizo cargo; todos los vasos seccionados recibieron periódica y regularmente agua tibia y heparina; los segmentos de arteria y vena para unir la unidad estética fueron minuciosamente despojados de las fibras ubicadas a lo largo de su superficie. Nos explicó que esas estructuras conservan su capacidad contráctil y si no se les retira pueden accionarse y obstruir el paso de la

sangre. Al parecer esta acción no se había realizado en las dos cirugías anteriores.

Fue difícil conseguir quirófano para la tercera vez: entre el cirujano solicitante (las intervenciones fueron hechas por diferentes cirujanos) y el responsable de los quirófanos se suscitó una ríspida diferencia: el cirujano argumentaba una "urgencia real", una "urgencia, urgencia", mientras el administrador de los quirófanos respondía: "hagan bien su trabajo para que no tengan que solicitar quirófano nuevamente. A mí no me van echar a perder mi programación". En algún momento el cirujano gritó "¡esta muchacha se va quedar sin frente!", finalmente un quirófano fue concedido.

Cuando visité a Margarita los familiares me preguntaban las razones de "tantas" heridas, sin que me correspondiera hacerlo, justifiqué la cantidad de suturas y las razones de su localización. Con llanto en los ojos, especialmente la madre preguntaba "¿por qué no lo explican? Les preguntamos muchas veces y no responden". En el pase de visita, la intervención quirúrgica de Margarita fue presentada como un "injerto de vena" que se reportaba sin novedad por un residente de primer año, ajeno a la cirugía. La presentación del caso duró, a lo sumo, un minuto.

PRIMERA PERSPECTIVA: COMPRENDER LO QUE NOS HACE HUMANOS

Para plantear el concepto de *deshumanización* se propone tener como referente algunos componentes del proceso de hominización que, evolutivamente hablando, dieron origen a la especie humana. Desde esta primera perspectiva, la deshumanización sería entendida como negación, rechazo, negligencia, obturación de los rasgos humanos emanados de ese proceso de millones de años.

Uno de los momentos clave en el entramado evolutivo en el que ocurrió la antropogénesis fue la irrupción de nuestros antepasados en la sabana africana, provenientes de una vida arborícola. La sobrevivencia en las grandes planicies demandaba una mirada prolongada hasta el horizonte, de tal modo que los organismos de aquellos homínidos evolucionaron a la

posición erecta para acceder a ella. Igualmente, Morin (1999) señala que la verticalidad corporal trajo cambios anatómicos como el descenso de la laringe y la emergencia del aparto fonador cuyo uso, en los gritos que exigía la cooperación para la cacería en grupo, favoreció la emergencia del lenguaje. Según Gubern (1991), tales gritos empezaron, por vez primera, a representar hechos del entorno; se trataba del nacimiento del lenguaje: un sistema de signos surgido en las prácticas de la colectividad, pero con atributos suficientes para uso individual y, posteriormente, para la socialización de las crías. Con el nacimiento del lenguaje simultáneamente emergió en el mundo humano una doble concepción: un mundo real (de cosas) inseparablemente ligado a un mundo representado (de signos); un espacio de permanentes encuentros y desencuentros entre lo real y lo simbólico. En la naciente realidad humana faltaba, sin embargo, otra dimensión: la imagen.

En la sabana africana de aquel tiempo se localizaba una gran cantidad de lagos donde nuestros antepasados, en algún momento, miraron su propia imagen y nombrándola, se apropiaron de ella. Emergió el *yo* en la intersección del lenguaje y la imagen, en la identificación del observador con la internalización de lo observado. Se dieron los pasos hacia la consciencia individual que, de nueva cuenta, nacía en el medio sociocultural del lenguaje. Es por ello por lo que la consciencia individual es profundamente social y, por lo mismo, se encuentra en constante devenir histórico.

En esta selección de hechos se trata de afirmar que la humanidad de nuestra especie no solo se constituyó en lo real-anatómico del organismo o en lo simbólico de la palabra o en lo icónico de su imagen; sino en el entrelazamiento complejo de esos tres registros. Desde esta perspectiva, en la atención médica resulta deshumanizante tratar al ser humano como si solo fuera un cuerpo biológico, lo mismo pasa cuando en las ciencias sociales se trata como si solo tuviera capacidad para simbolizar, o como si fuera exclusivamente imagen, como hacen los medios de comunicación. También resulta deshumanizante negar la palabra al otro en el diálogo, la comunicación, la interpelación, como frecuentemente ocurre por parte de algunos integrantes del personal médico, sobre todo a las personas de baja escolaridad o que pertenecen a etnias distintas a la suya.

Por otro lado, se desestima la lengua del otro sin automáticamente

hacerlo con su cultura y su identidad y, por esa vía, la negación de su condición humana. Lo mismo ocurre cuando se rechaza o se ignora el contenido de lo dicho o el modo de decirlo; debido a que estos aspectos también son culturales y, por lo mismo, identitarios.

Resulta también deshumanizante despreciar la imagen del otro, pues en ella se anudan infinidad de procesos psicológicos y culturales que son componentes fundamentales de su vida anímica. De acuerdo con Gallagher (1986), la imagen corporal es un elemento fundamental de la compleja vida anímica de las personas y el aspecto central de su integración social.

La interpretación del caso: ¿cómo explicar lo sucedido a Margarita?

Desde hace algunos decenios la deshumanización en el servicio médico se entiende como un distanciamiento entre el médico y su paciente, como resultado del creciente uso de recursos tecnológicos que no solo se "interponen" entre uno y otro, sino que, según Lifshitz (2014), en apariencia vuelven innecesaria, superflua o impráctica la interacción personal y profesional, o al menos gran parte de ella. Otros puntos de vista, como el de Campo (2005), señalan además la insensibilidad de la ciencia y la indiferencia del enfoque económico, en la que la relación se reduce a la realización de una tarea técnica a cambio de su equivalente en dinero. El mismo autor señala que después de muchos decenios de llamados sociales a frenar o eliminar la deshumanización en la medicina, el problema no se resuelve. También menciona, sin analizarlo, el carácter intuitivo de la noción de *deshumanización* que suele ponerse sobre la mesa cuando se trata el asunto; le parece, en síntesis, que hay insuficiente análisis al respecto.

La comprensión académica del fenómeno tal vez se ha relegado, debido a que cualquier persona puede percibir de manera directa la evidente frialdad, la indiferencia o la distancia presentes en varios ejemplos de la relación médico-paciente. La reacción frente a casos como el descrito al inicio de este trabajo, puede ser automática: algo grave, reprobable e inadmisible ocurre y las soluciones también pueden estar cargadas de ingenuidad y espontaneidad: ante la frialdad, calidez; ante la distancia, afectuosa cercanía,

etcétera. Al parecer se requiere dedicar más trabajo a una construcción académica del problema que acompañe y refuerce la aproximación intuitiva. Al menos, vale y mucho, la pena intentarlo. No se trataría de sustituir ni de "corregir" la respuesta espontánea, las dos vertientes son importantes y necesarias para luchar contra esa degradación llamada *deshumanización en la medicina*.

La atención médica deshumanizada que vivió Margarita García rebasó por mucho el problema del "trato frío", de "la indiferencia" y "la distancia". Se le ocultó en la bodega después de las dos primeras cirugías, se le negó el trato, el diálogo, la interlocución; se denegó información de su estado a ella y a su familia, al parecer debido a su condición étnica y social. Afirmamos lo anterior porque tuvimos oportunidad de observar pacientes de clase media de la ciudad de México que se practican cirugías estéticas; son exigentes con los médicos y nos informaron que demandan jurídicamente al hospital cuando quedan inconformes con los resultados. Al parecer esto no ocurre con los pacientes indígenas.

En el caso de la anestesia, la tecnología no se interpuso entre Margarita y el médico; ocurrió algo peor, la anestesióloga se retiró, ni siquiera hubo frialdad y distancia, hubo ausencia de relación humana por su parte. Empezaremos este ensayo, sin embargo, por los lugares comunes mencionados.

Cómo entender el distanciamiento y la frialdad

A partir del último tercio del siglo XIX, en Francia, la medicina se volvió ciencia a través de la adopción formal del método de la física para la investigación de las enfermedades. Para esas fechas, la física, su objeto de estudio y su método contaban ya con una tradición que venía al menos desde Aristóteles. El sabio griego había establecido "la sustancia" como único objeto de estudio del pensamiento racional y concebido la verdad como "una luz que proviene de las cosas" (Vegetti, 1981, p. 75). Y, precisamente, porque sale de las cosas, la verdad es ajena a los deseos del investigador, a sus sentimientos e intereses.

Ahora bien, si desde el punto de vista del objeto de estudio la razón remite a las cosas materiales, desde la perspevtiva del investigador sucede algo asombroso, él deja de existir:

> La tarea de la teoría consiste entonces no en sacar las cosas a la luz, sino en eliminar los obstáculos "subjetivos" que nos impiden ver aquella luz que de cualquier forma centellea: prejuicios, falsas teorías, excesos de especulación a la manera platónica, distracciones que desvían la mirada de la realidad tal como se manifiesta. (Vegetti, 1981, p. 75)

Se planteaba que la mejor actitud del investigador era hacerse a un lado para no obstruir la luz que salía de las cosas. En concordancia con esa verdad, *la razón* se configuró en el discurso de la época como ley exenta de deseo, saber sin sujeto se denomina en la *episteme* contemporánea.

La indiferencia de la razón a cuestiones ajenas a la ciencia que se construye en esta lógica racional incluye, en suma, al científico y, por esa vía, transita al médico. Para la ciencia, hablando desde el enfoque positivista recalcitrante aún dominante en nuestra época, el médico no existe, sólo es razón y el paciente como persona, tampoco, solo existe en calidad de cosa, materialidad corporal, lesionada en algún punto específico por alguna causa natural. El sufrimiento, el dolor, la ansiedad, la angustia y en general el conjunto de experiencias subjetivas presentes durante la enfermedad no son la enfermedad; por tanto, no son objeto ni de estudio ni de atención por parte del médico. Están ahí, pero como si no lo estuvieran. Esa es la actitud de un profesional apegado a su marco científico positivista de referencia.

Johannisson (2006) ilustra de manera impactante la llegada y la adopción de la racionalidad científica durante el siglo XIX al mundo de la atención médica de Suecia. Su libro incluye datos biográficos de un famoso médico de la época que trataba su cuerpo del mismo modo como trataba al de sus pacientes. En el momento en que enfermó gravemente, registró paso a paso la evolución de su enfermedad hasta el día de su muerte. La descripción también incorpora una anécdota sobre Xavier Bichat, destacado médico que tuvo en su haber la realización de al menos seiscientas autopsias. El mismo día de su muerte sus propios estudiantes practicaban las disecciones en su cadáver para aprender las causas del deceso.

En las relaciones interpersonales, sin embargo, este atributo de la percepción genera crisis debido a que la condición humana *emerge* de la interacción entre lo corporal, lo simbólico y lo imaginario (Lacan, 1992).

Referir lo humano, actuar humanamente, reflexionar la condición humana implica siempre aludir a la integridad e integralidad constitutiva de nuestra especie. Atender el cuerpo sin atender la mente, la historia, las condiciones de vida, la imagen de las personas es y seguirá siendo deshumanizante.

Finalmente, y sin pretender afirmar que todo trato "frío" o "distante" del médico hacia su paciente se debe a la ausencia de los aspectos subjetivos en su formación; sí es posible plantear que en su marco de referencia esos aspectos carecen de importancia y, debido a ello, no es extraño que no los perciba y, por ende, se comprende que no los atienda.

El trato deshumanizado hacia el enfermo inicia con la deshumanización del médico

La desaparición de la subjetividad del médico solicitada indirectamente desde el pensamiento racional aristotélico ha sido un largo proceso que implicó la sustitución de los sentidos del médico por la utilización de los medios de diagnóstico. A través de ese proceso, el paciente, tratado como cosa, terminó por convertirse en dato o fuente de datos para la producción de la información requerida en el proceso de elaboración de un diagnóstico. Por su lado, el médico pasó de ser el único "instrumento" de la razón, para convertirse en uno más de los múltiples aparatos que permiten mostrar la verdad objetiva que los cuerpos enfermos albergan.

Sin embargo, toda vez que en el intento del médico por dejar de lado las subjetividades, la propia y la del paciente, para permitir que la enfermedad muestre "su verdad", hay algo que lo impide: la subjetividad resiste, empuja, no cesa de aparecer y lo logra, como "error humano" que puede ser técnico, de interpretación o como negligencia, discriminación o maltrato, entre otras formas. Es decir, en esa lucha feroz de la objetividad por imponerse a la subjetividad del médico, representada por sus deseos, emociones, creencias, valores, dudas y temores, allí, en ese preciso momento, emerge la deshumanización como subjetividad distorsionada, transfigurada por el rechazo del discurso y por los métodos racionales.

De la producción de datos e información a la deshumanización en medicina

Otra forma de deshumanización es la que proviene de tratar a los pacientes en el marco de las cantidades, los tiempos, las medidas, las enfermedades; es decir, como datos e información que arrojan estadísticas favorables para la evaluación del acto médico, del servicio en el que este se inscribe, de la institución y, finalmente, del poder en turno que diseñó las políticas públicas de atención a la población.

Dependiendo del dato en el que se convertirá la atención que se brinde a un paciente, y de lo favorable o desfavorable que este resultará para la institución, el paciente será bien o mal tratado, programado o reprogramado, etcétera. La información que debe ser producida, o debe ser evitada, para el funcionamiento del sistema es lo que en parte determina, sutilmente, el estatus del paciente y de su problema de salud. A partir de esa categoría se genera una atención expedita o dilatada, indiferente o cálida. En otros términos, no se trata a las personas, se cultiva el dato que se necesita cosechar para integrar la información oficial, necesaria para la rendición de cuentas de la institución, la justificación de proyectos y presupuestos, la proyección política de directivos, etcétera. Entonces, es preciso comprender cómo la producción y el uso de la información se han convertido en una forma sutil de deshumanización en medicina y en otros campos de la vida humana.

Acerca de la información

En primer término, vale la pena señalar que la palabra *información* viene del vocablo *informare*, 'dar forma, formar en el ánimo, describir' (Corominas y Pascual, 1996, p. 932), en la que el prefijo *in* nos indica dirección hacia dentro, de tal forma que podemos entender la palabra *información* como la acción de 'dar forma hacia dentro a algo que viene de fuera'.

Esto es especialmente importante si consideramos que la información es una herramienta para tomar decisiones, a partir del conocimiento que se genera del entorno mediante la organización cognitiva que hacemos de los *datos* percibidos y procesados por los seres humanos. Es decir, es una herramienta elaborada subjetivamente a partir de elementos objetivos:

> La información es el significado que otorgan las personas a las cosas. Los datos se perciben mediante los sentidos, estos los integran y generan la información necesaria para el conocimiento, quien permite tomar decisiones para realizar las acciones cotidianas que aseguran la existencia social. El ser humano ha logrado simbolizar los datos en forma representativa, para posibilitar el conocimiento de algo concreto y creó las formas de almacenar y utilizar el conocimiento representado. (Goñi, 2000, p. 203)

Este acercamiento al concepto de *información* nos conduce a preguntarnos sobre el concepto de *dato*. Proviene de *datum* y significa 'dado, proporcionado' (Definiciona, 2014). Con ello se refiere al hecho de proporcionar *algo*. Todo documento proporciona algo y eso que proporciona es el dato, que en forma estructurada constituye la información, como ya se señaló.

De acuerdo con el inegi (2014), un *dato* además es una representación simbólica (numérica, alfabética, algorítmica, espacial, etc.) de un atributo o variable cuantitativa o cualitativa:

> Los datos son la mínima unidad semántica, y se corresponden con elementos primarios de información, que por sí solos son irrelevantes como apoyo a la toma de decisiones. También se pueden ver como un conjunto discreto de valores, que no dicen nada sobre el porqué de las cosas y no son orientativos para la acción. […]. *Los datos pueden provenir de fuentes externas o internas* a la organización, *pudiendo ser de carácter objetivo o subjetivo, o de tipo cualitativo o cuantitativo*, etc. (Sinnexus, 2007; cursivas propias)

Es decir, los datos por sí mismos no dicen nada, no explican nada y, por tanto, son irrelevantes; es necesario que un sujeto los organice de una u otra manera, a fin de convertirlos en información para la toma de decisiones en distintos ámbitos de la vida humana. Este proceso implica que los datos pueden organizarse de tal manera que digan una cosa y que de otras formas digan cosas diferentes e incluso contradictorias.

Ahora bien, ¿cómo se relaciona esta noción de información con la deshumanización en medicina? Para ello es necesario indagar un poco en la historia y complementar el punto de vista anterior de la distancia y la frialdad en la relación médico-paciente. Según Johannisson (2006), el *dato*

en medicina se inició escudriñando al cuerpo humano en busca de una explicación para la enfermedad. En este sentido, podríamos decir que el cuerpo del paciente, un ser humano enfermo, era el equivalente a un *texto*, esto es una composición de signos codificado en un sistema de escritura que informaba algo acerca de un hecho, en este caso, de la enfermedad. Y este texto para poder decir algo, es decir, para convertirse en información, debía ser leído por otro: el médico. Los datos, en suma, son elementos necesarios para *elaborar*, *construir* la información que, a su vez, proporciona las bases para decidir acerca de la o las acciones a seguir en un caso específico. Por tanto, los datos proporcionados al médico por el cuerpo del enfermo no solo servían para obtener una explicación de la enfermedad, sino también le permitían decidir qué hacer con ella. Nos dice Johannisson (2006):

> En la clínica, la distinción entre síntoma y signo es central. Es una división fundamental para toda la medicina moderna. Un *síntoma* se define como la enfermedad tal y como la vive el paciente: por ejemplo, si tiene una pulmonía, la tos, el calor y la dificultad para respirar. El *signo* es la expresión de la enfermedad tal y como la registra el médico. Mientras que el síntoma es, el signo señala algo más allá de sí mismo. *Expresa* algo. Para averiguar la enfermedad, los síntomas tienen que transformarse en signos ("hallazgos") a través de una actividad paralela, una mirada que busca, interpreta y clasifica. Esta es la mirada clínica. (p. 15)

Johannisson señala así el proceso mediante el cual lo que el paciente siente y percibe respecto a su enfermedad es *interpretado* por el médico para convertirlo en otra cosa, en información. Dicho de otra manera, es necesaria una acción subjetiva para realizar la transformación del dato en información.

Pero el médico únicamente puede interpretar con base en la *episteme* de su época y en ese momento del siglo XVIII estaba surgiendo un nuevo modelo para conocer la enfermedad, que buscaba pasar del encuentro articulado de dos sujetos que aprendían mutuamente de lo que le sucedía a uno de ellos, a uno donde el paciente dejaba de ser sujeto y se convertiría en objeto del conocimiento del médico. Tenemos aquí el primer paso hacia la deshumanización, desde el punto de vista del análisis de la información: el

vínculo médico-paciente deja de ser un "encuentro de dos relatos" para convertirse en una relación entre un sujeto que conoce y un objeto de conocimiento, este último un cuerpo (*soma*) enfermo.

Es en este proceso de transformación del relato subjetivo, en el que por cierto se constituye el paciente en tanto ser humano en un texto informativo, en el que "se diluye" el ser humano; es la propia escucha discrecional del médico que quiere oír solo los elementos del relato que pueda transformar en datos "objetivos", lo que conduce a un encubrimiento del ser humano: se calla al sujeto al transformar el relato que da cuenta de él. Aparece nuevamente la racionalidad científica como fuerza del proceso deshumanizador. En esta nueva forma de relación, lo que el paciente vive y expresa debe transformarse, mediante la interpretación del médico, en un dato; es decir, en un elemento semántico que, al correlacionarse con otros, ofrezca la posibilidad de elaborar un texto que será vertido en un documento (historia clínica) que, a su vez, se convertirá en información para que el médico, en primera instancia y la institución después, decidan qué hacer al respecto, en otras palabras, tomen decisiones.

Sin embargo, en este momento, el cuerpo del paciente aún era importante y era explorado a través de los sentidos del médico: el olfato, el oído, la vista, el gusto y el tacto eran herramientas que el médico ponía al servicio de la razón para obtener datos del cuerpo enfermo. Pero la historia no termina allí, a fines del siglo XIX, se observó un cambio radical en la manera de estudiar al enfermo, pues el desarrollo tecnológico puso al alcance microscopios, rayos X, ultrasonidos y, a partir de la década de 1870, el laboratorio se convirtió en el espacio central de la medicina (Johannisson, 2006), pues fue allí donde se producían los "datos objetivos" que se requerían para una práctica médica "verdaderamente" científica, despojada de los errores que los sentidos del médico pudieran cometer.

Este proceso de tecnificación de la medicina ha puesto una distancia creciente entre los médicos y los pacientes. Hay consenso: se trata de uno de los elementos de la deshumanización tratado ampliamente en diversas investigaciones sobre el problema que nos ocupa. No es este, sin embargo, el punto que nos interesa resaltar, sino aquel que da cuenta del proceso mediante el cual el intento de producir información objetiva deja de lado el texto como una unidad de sentido, como conjunto de enunciados

que permiten dar mensajes coherentes, para poner en primer plano a un conjunto de signos numéricos, abstracciones que representan cantidades o magnitudes, que hacen referencia a procesos probablemente entrelazados y relacionados en la mente de los médicos para emitir un diagnóstico, pero no conforman ya una descripción amplia que dé cuenta del ser humano enfermo, sino más bien se encuentran listados numéricos, datos aislados de un conjunto de alteraciones en ciertas partes (tejidos, órganos, sistemas) de un cuerpo enfermo o de su metabolismo, pero no el relato de lo que sucede a una persona enferma, a un ser humano enfermo. Es aquí donde encontramos probablemente el segundo aspecto deshumanizante de la práctica médica que queremos puntualizar: la desaparición del texto (sentido) y la emergencia del número (sinsentido) como signo de una época.

SEGUNDA PERSPECTIVA: EL PAPEL ESTRATÉGICO DE LA INFORMACIÓN EN LA EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

A lo largo de su obra, Attali (1981) desarrolla la tesis de que todo acto médico sostiene el orden social. Señalamos nosotros que en esa afirmación la información generada por la atención médica ha desempeñado un importante papel. En México, durante la época colonial, la atención médica de la Iglesia católica fue simultáneamente un proceso de evangelización; cada nuevo creyente ensanchaba el cuerpo de la Iglesia y respaldaba su papel ideológico, social y político. Su tamaño era simultáneamente indicador de la magnitud de su poder político. El número de creyentes en el dogma católico era la forma histórica de información que sostenía el orden social. Una vez concluido el tránsito hacia la sociedad laica, el orden social mexicano, de la primera mitad del siglo XX, trasladó su centro de gravedad al Estado. El poder de este provenía, fundamentalmente, de la ciudadanización de los individuos a través de su incorporación a instituciones como el Registro Civil, la educación pública y la seguridad social. Se adoptó la política denominada por Bauman (2008) *Estado benefactor*, en la que la atención médica desempeñó un importante papel.

Durante esa época la medicina científica alcanzó la cima de su desarrollo. De acuerdo con Perdomo (2013), los médicos encabezaban las instituciones prestadoras de servicios de salud y tenían el control del proceso de atención. La eficacia de la ciencia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades era todavía una asombrosa novedad, apenas surgida en el último tercio del siglo XIX y el Estado se apropió de ella incrementando así su propio poder. El número de personas atendidas y el desglose estadístico de la atención médica estatal jugaron al inicio, y así permanece hasta hoy, un importante papel en la promoción política de las instituciones asistenciales. El Estado produce atención médica y la información acerca de los atendidos contribuye a producir y reproducir al Estado. Debido a ello, la información acerca de las personas atendidas, en su calidad de información de Estado, se vuelve más importante que las personas mismas, como se observa en la historia de los censos poblacionales que detalla Hacking (1991):

> Hubo que inventar categorías para que la gente entrara convenientemente en ellas y pudiera ser contada y clasificada. La recolección sistemática de datos sobre las personas afectó no solo las maneras en que concebimos una sociedad, sino también las maneras en que describimos a nuestros semejantes. Esa circunstancia transformó profundamente lo que decidimos hacer, quiénes tratamos de ser y qué pensamos de nosotros mismos. (pp. 19-20)

Sin embargo, el declive del Estado de bienestar llegó a los pocos decenios (Bauman, 2008). Durante los años 80, los organismos financieros internacionales, como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional empezaron a presionar, principalmente a través del condicionamiento de los créditos, para promover la retirada de los Estados nacionales del papel de prestadores de servicios de atención médica y simultáneamente favorecer la inversión del capital privado en esa actividad recién "liberada" del poder estatal. El nuevo orden social, ahora sometido a las reglas del capital financiero internacional, es el contexto de las empresas prestadoras de servicios médicos. Si la atención de la Iglesia producía creyentes y la atención estatal ciudadanos, la atención médica del neoliberalismo produce consumidores. Evidentemente no hablamos de una sucesión lineal de etapas históricas; en la actualidad coexisten los tres tipos de atención mencionados. En México sigue presente la atención

médica que brinda la Iglesia junto con la atención estatal, todavía la más extendida y de mayor cobertura, y la atención médica mercantilizada en franco crecimiento y desarrollo. Cada forma de atención sostiene un orden particular, con un poder político que le es propio y que, en conjunto, a través de alianzas y distanciamientos, sostienen el orden global donde se producen creyentes-ciudadanos-consumidores. El peso específico de la creencia, la ciudadanía o del consumismo varía evidentemente en cada persona.

El objeto central del trabajo del médico, enmarcado científicamente, ha sido la enfermedad; delimitada y controlada en gran parte por el poder fáctico del conocimiento y la tecnología. En la atención administrada por el nuevo negocio de la salud, el objeto central es obtener más clientes que los competidores y producir servicios a menores costos que ellos. Para lograrlo, la información desempeña un papel crítico. Mientras que la época de la eficacia se basaba en el pensamiento determinista causal, hoy el orden de la eficiencia gira en torno al pensamiento probabilístico. Para las empresas de seguros de gastos médicos, por ejemplo, el cálculo de ocurrencia de las enfermedades de los clientes potenciales es un elemento fundamental. De una manera análoga a los seguros automotrices, el negocio de la salud consiste en que el beneficio económico de la no ocurrencia de enfermedades en los clientes asegurados es mayor que el costo de atender las que sí ocurren. En sus cálculos las aseguradoras toman en cuenta, entre otros, la edad de las personas, el sexo, sus antecedentes; y con base en la información generada, incluyen o excluyen enfermedades, aumentan o disminuyen tarifas. En suma, la probabilidad se ha convertido en el instrumento privilegiado en el diseño de la oferta de seguros. Esta oferta, por otro lado, forma parte del mercado de la salud y representa una novedad histórica.

Ancestralmente la información era recolectada de la realidad y con base en ella se tomaban decisiones sociales, políticas, médicas, "apegadas a la realidad", "realistas". Hoy, además, es posible partir de decisiones económicas, mercadológicas, para generar probabilísticamente la realidad que materialice tales decisiones, regularmente empresariales. Dicho de otro modo, las "decisiones realistas" han empezado a ceder el paso a lo que provisionalmente podríamos denominar "realidades decididas", es decir, construidas por los diseñadores de los mercados sociales, políticos y

asistenciales.

Vedral (2010) desarrolla y explica, desde la física cuántica, la importancia primigenia de la información. Construye las bases lógicas sobre las que aborda su planteamiento de que la información es más importante que la materia y la energía; en consecuencia, somos información que, además, produce información y como los dioses, podemos crear realidad, pues la realidad misma es información. El manejo de esta que hoy realizan los mercadólogos y gerentes neoliberales, para moldear el mercado a conveniencia del gran capital, parece mostrar que, efectivamente, la época donde los capitalistas estaban sometidos a las leyes del mercado está quedando atrás. Una nueva clase política parece estar emergiendo, una que no intenta gobernar la realidad, sino crearla a la imagen y semejanza de sus intereses. Al menos en ciertos aspectos.

En todos estos casos, las personas atendidas dejan de ser consideradas seres humanos para convertirse en datos que, a su vez, generan la información desde la cual se toman las decisiones que sostienen políticamente el orden social. Las instituciones públicas y privadas, incluidas las de atención médica, se rigen cada vez en mayor medida por esta tendencia impuesta por el capital financiero internacional, en la que cotidianamente se genera una creciente deshumanización.

Regreso a Margarita

Durante la realización de la investigación etnográfica de la práctica médica señalada al principio de este ensayo, preguntamos al jefe del servicio donde fue intervenida quirúrgicamente Margarita García qué fue determinante en la toma de decisiones al interior del pabellón. Estábamos en su oficina y con una señal indicó que saliéramos. Cuando caminábamos por los pasillos del hospital primero hizo saber que la oficina era el espacio para tratar exclusivamente asuntos oficiales; luego se entendió que la pregunta planteada no tendría una respuesta oficial. Explicó muchas cosas, entre ellas que las decisiones prácticas de los médicos estaban fuertemente influidas por la forma de pensar de los directivos de la institución “a ellos solo les importan los números”, dijo. Posteriormente consulté en internet las estadísticas del hospital, donde se informa a los lectores que los datos allí asentados son públicos para cumplir las exigencias del Banco Mundial,

institución que exige transparencia en la rendición de cuentas de los proyectos que financia o apoya. Se entiende que el hospital ha recibido apoyo de esa institución y que, por lo tanto, pone especial cuidado en las estadísticas generadas en su funcionamiento. Nos impactó que de enero a julio (mes de la consulta) en la red había más de mil cuartillas de datos.

Continuando con el caso, el jefe del servicio explicó que una microcirugía puede consumir hasta 12 horas de trabajo, mientras que retirar unas verrugas tan solo 10 minutos, pero ambas cuentan como una intervención quirúrgica. Los cirujanos prefieren evitar la primera y hacer dos de la segunda, con ello su rendimiento oficial es del doble y su trabajo efectivo es tremendamente bajo. Razonando o, mejor dicho, *calculando* de esa manera los cirujanos también toman las decisiones del servicio.

Al momento se comprendió por qué nos pareció ver rechazo por parte de algunos médicos adscritos, e indiferencia y descuido de los médicos residentes hacia la intervención de Margarita García, tal vez solo era desinterés o falta de motivación. Lo importante de señalar aquí, sin embargo, es que tanto una cosa como la otra, es deshumanización de la práctica médica y es efecto de un mundo médico regido por el manejo de la información.

CONCLUSIÓN: PROPUESTA DE HUMANIZACIÓN

En la interpretación de la deshumanización aquí expuesta, la educación de los médicos desempeña un papel central. Es en las aulas y en los laboratorios donde se inculca a los estudiantes de medicina el enfoque biomédico positivista, que solo reconoce la enfermedad en las alteraciones orgánicas y hace a un lado la subjetividad y, en general, la condición humana de los pacientes.

Al menos desde la década de los años 70 del siglo pasado, se viene insistiendo desde instituciones como la Organización Mundial de la Salud en la necesidad de incorporar las ciencias sociales y las humanidades en la formación del médico; sin embargo, de manera homóloga a la práctica médica que no percibe la subjetividad, la mayoría de instituciones educativas pone oídos sordos al llamado o simula escucharlo: introduce los enfoques mencionados en asignaturas optativas consideradas “de relleno”

por estudiantes y profesores; estos se encargan de anunciar a los estudiantes que el estudio de aspectos ajenos a la biomedicina es una pérdida de tiempo o simplemente descalifican esos contenidos con actitudes que los estudiantes adoptan sin percatarse. Vale la pena preguntarse cuál es el orden de cosas que se sostiene con "procedimientos" descritos y, al menos, una respuesta acude a la mente de manera inmediata, se trata del orden médico que le conviene al complejo médico industrial, principalmente a la industria químico-farmacéutica, que se beneficia con el esquema biomédico positivista.

Proponemos que la atención médica sea considerada no solo una ocupación técnica, como actualmente tiende a constreñirse, sino que sea tratada por lo que es: una actividad que sostiene el orden social, económico y político. En esa medida, resulta necesario que la medicina sea constitucionalmente apartada de intereses mercantiles y de objetivos políticos inmediatistas, que solo aprovechan coyunturalmente el valor de los actos médicos. Proponemos que la atención médica se sostenga en una economía social, pues es a la sociedad a la que sirve. No conviene hacer a un lado la condición humana de las personas a cambio de unas monedas. Es necesario y urgente frenar la deshumanización porque es un atentado evidente contra la humanidad.

REFERENCIAS

ATTALI, J. (1981). *El orden caníbal: vida y muerte de la medicina.* Barcelona: Planeta.

BAUMAN, Z. (2008). Ascenso y caída del Estado benefactor. En *Trabajo, consumismo y nuevos pobres* (pp. 73-98). Barcelona: Gedisa.

CAMPO, R. (2005). The medical humanities for lack of a better term. *The Journal of American Medical Association*, *294*(9), 1009-1011.

LARK, A. (1999). *Estar ahí: cerebro, cuerpo y mundo en la nueva ciencia cognitiva.* Barcelona: Paidós.

COROMINAS, J. y Pascual, J. A. (1996). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico* (tomo II). Madrid: Gredos.

DEFINICIONA. (2014). Definición y etimología de dato. Bogotá: E-Cultura Group. Recuperado de https://goo.gl/7ffMFv.

GALLAGHER, (1986). Body image and body schema: A conceptual clarification. *Journal of*

Mind and Behavior, *7*(4), 541-554.

GOÑI, I. (2000). Contribuciones breves: algunas reflexiones sobre el concepto de información y sus implicaciones para el desarrollo de las ciencias de la información. En *Revista cubana de información en ciencias de la salud*, *8*(3), 201-207. Recuperado de https://goo.gl/AajPXO.

GUBERN, R. (1991). *El simio informatizado.* Buenos Aires: Universitaria.

HACKING, I. (1991). *La domesticación del azar: la erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos.* Barcelona: Gedisa.

INSTITUTO Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2014). *Proceso de normalización y estandarización para la georreferenciación de datos estadísticos.* México: inegi. Recuperado de https://goo.gl/PSmd5o.

JOHANNISSON, K. (2006). *Los signos: el médico y el arte de la lectura del cuerpo.* España: Melusina.

MORIN, E. (1999). *El paradigma perdido: ensayo de bioantropología.* Barcelona: Kairós.

_____. (2001). Parte segunda: La vida de las ideas (Noosfera). En *El método: las ideas* (pp. 107-155). Madrid: Cátedra.

LACAN, J. (1992). *El seminario: Las psicosis. Libro 3.* Buenos Aires: Paidós.

LIFSHITZ, A. (2014). *La nueva clínica.* México: Academia Nacional de Medicina, conacyt.

PERDOMO, A. (2013). *La ideología en la reestructuración productiva de los hospitales públicos en Colombia y México* (tesis doctoral). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

VEDRAL, V. (2010). *Descodificando la realidad: el universo como información cuántica.* Barcelona: Biblioteca Buridán.

VEGETTI, M. (1981). *Los orígenes de la racionalidad científica: El escalpelo y la pluma.* Barcelona: Península.

SINNEXUX. Business Inteligence. Informática Estratégica. (2007-2012). *Datos, información, conocimiento.* La Coruña: sinnexux Recuperado de https://goo.gl/H5Apr.

CÓMO HUMANIZAR LA SALUD EN UN MUNDO DESHUMANIZADO

OCTAVIO HENAO ORREGO

> UN HUMANISMO BIEN ordenado no comienza por sí mismo, sino que coloca el mundo delante de la vida, la vida delante del hombre, el respeto por los demás delante del amor propio.
>
> LEVI STRAUSS,
> *Las estructuras elementales del parentesco*

INTRODUCCIÓN

EL FENÓMENO DE LA DESHUMANIZACIÓN SE HA ABORDADO DESDE perspectivas antropológicas, filosóficas, políticas, éticas, epistemológicas, científicas, sociológicas, culturales, médicas, psicológicas y de otra índole. La humanidad es vista desde la particular visión del mundo de Hipócrates a Habermas, de Newton a Einstein, de Adorno a Morin, de Marx a Teresa de Calcuta, de Obama a Putin, de Rawls a Chomsky, de Cervantes a García Márquez, cada uno señala sus orígenes, virtudes y carencias; o intenta explicar desde su perspectiva la justeza de sus tesis filosóficas, políticas, científicas o literarias y las sugerencias frente a la manera de abordar el conflicto del drama humano y sus antagonismos. Ya sea por la confrontación, la búsqueda de la unidad y la concordia, la indiferencia o por la parálisis que produce la angustia de no entender o no aceptar una situación absurda. A ello se han referido, de una u otra forma, cientos de autores desde las orillas más diversas. Es incontrovertible que vivimos en un mundo caótico, incluso cercano, según algunas ideas apocalípticas, a la

autodestrucción. Pero, sin llegar al fatalismo, podríamos afirmar que el mundo está enfermo por muchas causas y en casi todas sus esferas, sin exceptuar la de la propia salud.

También los sistemas de dominación y poder están íntimamente relacionados con los procesos de deshumanización. Baste recordar a Hitler y el Holocausto, después de haber convulsionado al mundo con su sueño de hegemonía mundial de una raza superior, provocó una guerra mundial y un genocidio en los campos de concentración. Aristóteles en su *Ética a Nicómaco* (s. IV a. C.), Platón en sus *Diálogos* (s. I d. C.), Pico Della Mirandola en su *Discurso sobre la dignidad del hombre* (1486), Montaigne en sus *Ensayos* (1492), Heidegger en el *Camino de pensar* (1946) y en su célebre *Carta sobre el Humanismo* (1946), Savater en su libro *Ética, política, ciudadanía* (1998) nos señalan algunas ideas interesantes de contrastar desde el altruismo y las concepciones filantrópicas humanistas, hasta el mercado perverso que lleva a la codicia lucrativa actual.

En el discurso del humanismo se encuentran muchas vertientes que transitan por geografías ideológicas diversas. Antes de la teoría de la relatividad en las ciencias, Nietzsche había negado la posibilidad de un punto de vista privilegiado, la existencia de un mundo único visto desde diferentes contextos culturales "no, solo hay perspectivas y ninguna es definitiva" (Majfud, 2012). "El hombre es un esclavo del lenguaje y por lo tanto no es el creador de sus propios pensamientos" (Lacan, 1980). Cuando el hombre se convierte en objeto de un saber, al mismo tiempo se desarrollan espacios de poder político en los que dicho saber funciona como estrategia.

A Sloterdijk le interesa particularmente el ser humano como fenómeno de prodigalidad extrema, de excedente casi milagroso de producción y autoproducción que excede todo límite imaginable. La ética del discurso de Habermas (1995) es un intento de explicar las implicaciones de la racionalidad comunicativa. Heidegger también hace aportes significativos a la discusión, con su tesis fundamental de que el supuesto componente bestial de la naturaleza humana quiso ser neutralizado por el humanismo clásico mediante la domesticación a través de la lectura (Vásquez, 2009). Más allá de la filosofía crítica y del cuestionamiento por la deconstrucción, allí donde no se trata nada menos que de repensar el concepto de hombre, en la figura de la humanidad en general, como dice Derrida (2003), se

expresan ideas de la corriente postmoderna que también tiene sus detractores. La humanidad aparece en la discusión filosófica confrontada en sus más sensibles inquietudes.

Kant, en su indagación trascendental plasmada en su *Crítica de la razón pura* (1787), intentó la conjunción de racionalismo y empirismo y señaló que todo ha de someterse a la crítica y comienza por reconocer la tragedia en que está envuelta la razón humana. Hoy, casi 230 años después, seguimos perplejos ante la sinrazón de la deshumanización que sobresale en medio de guerras e ine-quidades, terrorismo rampante y miseria al lado de los avances excepcionales de la tecnología. Del hambre de miles de millones frente a la opulencia de unos pocos, del sinnúmero de millones de dólares invertidos en misiones espaciales, mientras en la Tierra siguen muriendo millones de seres humanos de tuberculosis, malaria y otras enfermedades. Vivimos en un mundo deshumanizado.

¿CÓMO HUMANIZAR LA SALUD EN UN MUNDO ASÍ?

Foucault define, en *El orden del discurso* (1970), hacer uso del principio de exterioridad: encarar el problema a estudiar con la objetividad de un etnólogo que analiza una cultura cualquiera. Hemos llegado a un mundo absurdo de indiferencia, que contradice nuestra propia esencia. Hoy se han venido imponiendo estilos de vida con vacíos espirituales o intelectuales. Se vive frenéticamente, para algunos esta es una cultura de la banalidad. Se presenta en muchos exponentes médicos y del sector de la salud una adhesión acrítica de la tecnología y un abandono de la esencia humana en las interrelaciones. Se percibe una prelación del racionalismo cientificista en desmedro de la sensibilidad humana. Una relación médico-paciente basada en aspectos predominantemente farmacológicos o incluso no desprovistos de intereses comerciales, que tiene como consecuencia una creciente desconfianza mutua.

En algunos sistemas de salud se ha impuesto una explotación infame y una exigencia de producción en masa cuantitativa y no cualitativa. Se vive una institucionalización de la indolencia, el maltrato, el despotismo y la impune violación de los derechos y deberes de los pacientes, así como también los de los médicos, los profesionales y los auxiliares de la salud,

asistenciales y administrativos; no resulta extraña la tolerancia o encubrimiento de la negligencia médica, la iatrogenia, los abusos y los vicios institucionales burocráticos. Como lo expresara el médico cirujano pediatra y exsecretario de Salud de Bogotá Guillermo Alfonso Jaramillo:

> La salud debe ser considerada un derecho fundamental, individual y colectivo, y no un mercado de seguros individuales. Se trata de entender la salud como buen vivir y bienestar, no solo como ausencia de enfermedad [...]. Cuando no se aceptan las inequidades, la discriminación y la segregación socioespacial como naturales, es posible que la sociedad se movilice para superarlas. (2012, p. 30)

Han surgido enormes cuestionamientos a la profesión de los antiguos sacerdotes. Sin olvidar las proclamas de Hipócrates (400 a. C.), "solo un hombre humano puede ser un buen médico. La medicina si es ejercida con amor, como cosa sagrada, solo debe enseñarse a personas sagradas, esto es, dignas de respeto y veneración". Cito las palabras del excelso médico, profesor y exrector de la Universidad Nacional de Colombia José Félix Patiño (2014, p. 278), refiriéndose a otro digno exponente de la medicina colombiana, el doctor Efraín Otero Ruiz, científico, biomédico, humanista, erudito y maestro. Cuánto quisiéramos que, de los cerca de 75 000 médicos, entre generales y especialistas que hay en nuestro país, muchos fueran como ellos.

El profesor Adolfo de Francisco Zea menciona en su artículo sobre la medicina en los tiempos de la Revolución francesa:

> Comparada con los siglos XVII y XVIII, la medicina de los siglos XX y XXI ha cambiado vertiginosamente gracias a la ciencia y la tecnología. Si bien es cierto que se han logrado obtener evidentes progresos en el ejercicio de la medicina, es también evidente que es mucho lo que se ha dejado de avanzar en asuntos que tienen que ver con el cuidado emocional y humanitario del enfermo. La historia de nuestra profesión así lo revela dolorosamente. (2014, p. 179)

La deshumanización en la salud se patentiza en el trato indigno, desconsiderado de las creencias, ajeno a los mínimos conceptos de respeto y comprensión del otro, con barreras de acceso a su derecho fundamental. Pero también, según Waitzkin (2013), por teorías y prácticas políticas

como el neoliberalismo que suponía que el intercambio de mercados maximizaba el bien social y que el bienestar humano podía progresar mejor si se aumentaban las actividades empresariales individuales, en el marco de sólidos derechos de propiedad, libre mercado y libre comercio. En Colombia, y muchos países, somos testigos del desastre que se produjo con la mercantilización de la salud, el negocio de las patentes, el encarecimiento de los medicamentos y los carteles conformados por la industria farmacéutica.

Se requiere un profundo cambio actitudinal, comportamental y cultural que transforme en forma perceptible y duradera la actual prestación de los servicios de salud, imprima un sello de servicio humanizado en todos los constituyentes de los puntos de atención, desde lo conceptual hasta el abordaje de los asuntos clínicos, administrativos y financieros, para que se convierta en un actuar consciente en un mundo convulsionado. Escribe el académico Guillermo Sánchez Medina:

> en realidad cuando muere un paradigma nace otro, pues nada es definitivo en la ciencia y así mismo se crean obras nuevas, nuevas ciencias, reflexiones, críticas, diferentes tipos de respuestas, y al mismo tiempo formas de percibir y observar los hechos. (2014, p. 381)

Las operaciones de la memoria asociativa contribuyen a una inclinación general a la confirmación, según Kaneman (2013). Por ello, para humanizar la salud en un mundo deshumanizado, hacemos la siguiente propuesta metodológica:

1. Observar, es decir, recolectar datos que exploren, describan, comprueben, identifiquen y generen una hipótesis acerca de lo que se pretende humanizar.
2. Analizar o identificar los elementos del todo, separarlos y examinarlos para encontrar explicaciones lógicas de cómo humanizar.
3. Sintetizar, partiendo de la composición de un todo por la reunión de las partes. El qué de lo que se pretende humanizar.
4. Evaluar, estimar, apreciar, el valor de humanizar.

Resulta conveniente señalar que el proceso mental superior del método propuesto incluye fases progresivas, que van de lo simple a lo complejo, y que se explican hoy científicamente a través de las teorías de la

neuroplasticidad (Ansermet y Magistretti, 2006):

1. Pensar, reflexionar, examinar con cuidado.
2. Consciencia, reconocer atributos esenciales.
3. Mentalización o reiteración, predisponer la mente de manera repetida.
4. Interiorización o hábito, incorporar a la manera de ser, de pensar o de sentir.

La gestión directiva integral de un programa de humanización de la salud debe enfocarse en la generación de una cultura institucional, en la que el compromiso y el quehacer, enfocados en la ética y los valores con valor agregado para el usuario y el servidor, sean el eje del *ser*, el *hacer*, el *saber hacer institucional* y el *saber transmitir*. Como lo expresa Hoyos-Vásquez (2009), "el proyecto de una educación para un nuevo humanismo es realizable, si se profundiza en la estructura esencialmente comunicacional de todo proceso formativo".

Observando acuciosamente dónde está el humanismo que tanto se predica de la medicina, pero que tiene detractores en todo el mundo, cientos de miles de interlocutores responden de acuerdo con los postulados de la regulación transcripcional de los premios Nobel, Jacob y Monod (2000), con lucha, huida o inhibición de acción, asumimos la pregunta fundamental: ¿en qué consiste la humanización de la salud? Y, sobre todo, ¿cómo lograrla? El método científico debe servir para algo más que su simple sistematización o enunciado: "El arte no solo es expresión sino creación, y así añade algo diferente a la realidad de la que surgió" (Sábato, 1978, p. 154).

En una confrontación interna saludable, filosófica, política, ideológica y con matices éticos y morales, siguiendo el método científico de ocho pasos y considerando la falsabilidad de las hipótesis de Popper (1996), hemos estructurando un camino de dudas y certezas hasta llegar al diseño de una metodología que ahora compartimos (Henao Orrego, 2012, 2013, 2015) y que se resumen en diez puntos estructurantes:

1. Analizar expectativas y compromisos.
2. Definir colectivamente la humanización.
3. Establecer los principios rectores de un programa *vs.* un proyecto específico.
4. Esquematizar la visión, el programa, los subprogramas, los procesos y las evaluaciones.

5. Diseñar holísticamente una dirección, con atributos básicos.
6. Diferenciar el direccionamiento, los procesos y la cultura de cada organización, entidad y de las personas que la integran, en la diversidad, el respeto y la tolerancia.
7. Resumir los elementos de orientación estratégica, análisis de problemas, causas y soluciones.
8. Fijar los objetivos para cada uno de los grupos de interés y sus respectivas responsabilidades.
9. Clarificar la propuesta de valor para la transformación de la cultura institucional.
10. Definir las áreas, los servicios y los grupos de interés que se deben incorporar en la política de humanización de los servicios.

Las estrategias operativas propuestas se sintetizan en otros diez puntos:

1. Definir alcances y límites.
2. Formular los objetivos generales y específicos del programa.
3. Considerar las herramientas comunicacionales formales e informales.
4. Ordenar el día a día para análisis de problemas, estratificación de anomalías y métodos de solución.
5. Planear y organizar con enfoques comparados de efectividad y focalización.
6. Establecer la ruta para el logro efectivo de resultados.
7. Efectuar el seguimiento y la evaluación del programa, con indicadores de impacto.
8. Diseccionar lo que se puede controlar, en lo que apenas se puede influir y lo que definitivamente no se puede modificar, al menos en el momento.
9. Construir una autoevaluación cualificada y cuantificada de resultados.
10. Reforzar las actitudes, los comportamientos y los cambios culturales mediante modalidades reflexivas, lúdicas e innovadoras que comprometan cambios persistentes. Se sugieren para ello emplear técnicas diversas, desde el razonamiento abstracto y práctico, la desensibilización sistemática de Jacobson, las intervenciones motivacionales y actitudinales de Bandler y Grinder, la focalización de Goleman (2013), el método Gestalt de Rogers, la capacitación por competencias propugnadas por la Unesco, hasta la aplicación de la neuroplasticidad de integración dinámica.

Este es el camino que estamos recorriendo y al que queremos invitarlos, para intentar lograr desde la salud un mundo más humano.

REFERENCIAS

ANSERMET, F. y Magistretti, P. (2006). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente. Discusiones*. Buenos Aires: Katz.

DE Lubac, H.-M. (1994). *Pico della Mirandola. Discurso sobre la dignidad del hombre*. Milano: JacaBook.

DERRIDA, J. (2003). *Universidad sin condición*. Madrid: Trotta.

DE Francisco Zea, A. (2014). La medicina en los tiempos de la Revolución francesa. *Medicina*, *36*(105), 173-79.

FOUCAULT, M. (1970). *L'ordre du discours*. París: Collège de France.

GOLEMAN, D. (2013). *Focus. El motor oculto de la excelencia*. Buenos Aires: Editorial B.

HABERMAS, J. (1995). *Sobre la situación de las ciencias sociales y las ciencias humanas*. Tubingen: Instituto de Colaboración Científica.

HEIDEGGER, M. (1946). *El camino de pensar. Carta sobre el humanismo*.

HENAO-ORREGO, O. (2015). *El enigma del siglo XXI* (inédito).

HENAO-ORREGO, O., *et al.* (2012). *Programa de humanización de los servicios en entidades públicas de salud*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud y Universidad Manuela Beltrán.

_____. (2013). *Plan Territorial de Salud. Secretaría Distrital de Salud*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá: Subdirección Imprenta Distrital (DDDI).

HERNÁNDEZ, M. y Restrepo, D. (2012). *Inequidad de salud en Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, CID y Secretaría Distrital de Salud.

HOYOS-VÁSQUEZ, G. (2009). Educación para un nuevo humanismo. *Magis. Revista internacional de investigación en educación*, *2*, 425-433. Recuperado de https://goo.gl/Po3txQ.

JARAMILLO, G. A. (2012). "Prólogo". En M. Hernández y D. Restrepo (Eds.), *Inequidad en salud en Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, CID y Secretaría Distrital de Salud.

KANT, E. (1978). *Crítica de la razón pura*. Madrid: Alfaguara.

LACAN, J. (1980). *Écrits: a selection*. Londres: Tavistock.

LEVI STRAUSS, C. (1981). *Las estructuras elementales del parentesco*. Buenos Aires: Paidós.

MAJFUD. J. (2012). El naufragio del factor humano. Humanismo y antihumanismo. *Cuadernos del Ateneo*, (22), 21-25. Recuperado de https://goo.gl/k4uc6n.

MONOD, J. (2000). *El azar y la necesidad. Filosofía natural de la biología moderna*. Barcelona: Tusquets.

PATIÑO, J. F. (2014). *Medicina*, *36* (3), 106.

POPPER, K. (1996). *The myth of the framework: in defence of science and rationality.* Londres: Psychology Press.

SÁBATO, E. (1978). *Antología.* Barcelona: Seix Barral.

SÁNCHEZ, G. (2014). *Ciencia y pensamiento mágico. Medicina*, *4*(107), 972.

SAVATER, E. (1998). *Ética, política, ciudadanía.* México: Grijalbo.

SCHELER. M. (2010). *El puesto del hombre en el cosmos.* Buenos Aires: Losada.

VÁSQUEZ, A. (2009). Sloterdick, Habermas y Heidegger; humanismo, posthumanismo y debate en torno al parque humano. *Eikasia. Revista de Filosofía,* (26). Recuperado de https://goo.gl/4NMJJz.

WAITZKIN, H. (2013). *Medicina y salud pública al final del imperio. Centro de Historia de la Medicina.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: APORÍA DE UN PROYECTO SOCIOPOLÍTICO O PARADOJA DE UNA PSICOLOGÍA HUMANISTA

PABLO MATAMALA JORDAN

INTRODUCCIÓN

EN EL MARCO CONSTITUIDO POR LA LEY 100 DE 1993, POR EL CUAL, en términos generales, se declaró que toda persona tiene derecho a obtener un servicio de atención médica en Colombia, además de asegurar, al mismo tiempo, la autonomía administrativa de los hospitales públicos para que desarrollen y se ajusten a las características del mercado, con el fin de competir en él. Ha surgido recientemente en el sistema de salud la llamada *política de la humanización*: una serie de discursos, normas, propuestas y prácticas que vienen haciendo distintas instituciones que realizan actividades relacionadas con la prestación de algún tipo de servicio o atención de salud (Rodríguez, 2013). Se ha exhortado "a que las instituciones prestadoras de servicios de salud elaboren una política de atención humanizada dirigida a pacientes y personal de las instituciones" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, s. p.).

LA INFLUENCIA HUMANISTA

Tal vez en la máxima sofista *el hombre es la medida de todas las cosas* encontramos el primer germen del humanismo. Es, sin duda, el comienzo de un antropocentrismo que continua hasta el día de hoy (Fromm, 1997). Centrándose en la cotidianidad de la vida humana, los sofistas creían que las cosas son como cada hombre las experimenta. Posteriormente, en el tránsito

de una cosmología politeísta a una monoteísta, adviene el humanismo cristiano que, a pesar de considerar al hombre y su voluntad como determinadas por un ser exterior, hizo del amor la esencia y fundamento de los hombres libres; en el amor encontró la principal potencialidad humana para la relación con los demás y con su deidad (González, 2009). Opuesto al humanismo cristiano y, más específicamente a los fundamentos de la iglesia cristiana, surge en el siglo XIV una nueva concepción del hombre con la llegada del Renacimiento (Spinoza, 1987; Rousseau, 1989; Schiller, 2005). Si en la filosofía sofista el hombre es la medida de todas las cosas, en el Renacimiento el hombre va a ser el centro del universo y, con ello, se reivindicará la libertad y autonomía que perdía bajo el dogmatismo cristiano (Rousseau, 1989; Colomer, 1987; Nietzsche, 2010, Fromm, 2008).

No obstante, en un corto tiempo, la humanidad se daría cuenta de que los sistemas políticos, económicos, sociales y científicos, que se creía liberarían a los hombres de las cadenas de la ilusión y la dominación, fracasan (Fromm, 2008). "En cuanto tal, este proceso, que quiso ser un proceso liberador, estuvo viciado desde el principio y se ha desarrollado históricamente como un proceso de alienación, de cosificación" (Sánchez, 1998, p. 13).

Así pues, el humanismo, que en un principio estuvo centrado en la idea de la posición del hombre con respecto a un cosmos y en relación con la verdad, pasa a ser un proyecto sociopolítico en la sociedad moderna, legitimándose en todas las instituciones sociales. Así, los *modernes* emprenden una serie de reformas institucionales que hasta el día de hoy perduran. ¿Cómo humanizar los castigos en las prisiones?, ¿cómo administrar políticamente la vida humana?, ¿cómo educar humanamente a los niños? Son solo algunos cuestionamientos que se hicieron los humanistas modernos (Foucault, 2002, 2004 y Lipovetsky, 1991).

En psicología, esta institucionalización de las ideas humanistas fortalece su lugar en las tres últimas décadas del siglo XX con la creación de la Asociación de Psicología Humanista (AHP), en Estados Unidos. Esta innovación buscó construir un cuerpo teórico distinto dentro de la disciplina con un fuerte énfasis contrahegemónico, en oposición al conductismo y al psicoanálisis imperantes (González, 2009). Con Rollo May, Carl Rogers, Clark Moustakas, Henry Murray, Sydney Jourard, Anthony Sutich y Abraham Maslow como principales representantes del

humanismo moderno, surgen nuevos planteamientos, teorías y prácticas en distintos ámbitos sociales que intentan cambiar la concepción y la convicción que existía sobre la naturaleza humana, convirtiéndose esta en su objeto de estudio.

Desde entonces, el discurso humanista se ha presentado como un proyecto social, político, económico y cultural, el cual, como un movimiento social, se ha convertido en un "sistema psicológico que da prioridad a la experiencia humana y le confiere todo el significado al mundo del sentido común, de la vida cotidiana y de las vivencias particulares de cada individuo" (González, 2009, p. 31). Desde sus inicios en el Renacimiento, este sistema psicológico ha deseado rescatar, reivindicar y promover la autonomía, la libertad y la autorresponsabilidad de los hombres en el trabajo, las escuelas y los hospitales.

No obstante, el humanismo, confiado de rescatar los valores éticos de los humanos y con una fuerte tendencia a la autoafirmación moral, es un proyecto sociopolítico condenado al fracaso. En tanto sus modos o formas de proceder permiten ejercer un poder específico que se vale de instrumentos técnicos y morales para gobernar, vigilar y controlar a los individuos y las poblaciones (Foucault, 1999, 2002, 2004); visto así, se convierte en un proyecto despótico; en el dogmatismo de la sociedad moderna. El humanismo, como tecnología de poder, ha creado y definido a la sociedad moderna como un sistema perfectible, ha encontrado la forma de moldear los cuerpos y las conciencias para extraer de ellos un saber: el total conocimiento de los individuos; los cuales, mutados en un objeto de un tipo específico de conocimiento, están técnica y moralmente controlados y vigilados (Foucault, 1999, 2002, 2004). Este plan sociopolítico, fundador de la "doble moral", se ha homogenizado en todos los sistemas del cuerpo social, constituyéndose en el principal motor de la sociedad moderna; en el más amplio sentido, es un proyecto de construcción de saberes y fabricación de individuos, y como bien se ha querido legitimar, en un proceso de "continuo progreso". Un proyecto que, iluminado por la moral hegemónica, somete a los cuerpos a realizar, pensar, situar, hacer para aquello que se desea y para que operen o "funcionen" como se quiere, según las determinaciones de las técnicas psicológicas y directrices morales; los humanistas son los evangelizadores de las nuevas sociedades.

En estos términos, y con respecto al proyecto de la humanización del servicio de salud en Colombia, se construye y se devela un plan que designa unos sujetos y unos objetos de saber: la definición de la actividad laboral, los lineamientos formativos, la prescripción de sus pasos, los indicadores objetivos de la satisfacción del servicio de salud prestado, la calidad de la atención, el perfil laboral de los profesionales de la salud, la definición de las conductas y las "reglas" que el trabajador debe seguir, las cuestiones sobre el ser humano y su salud y la relación médico-paciente, el humanizado, el humanizador y el inhumanizado. En la construcción de estos mecanismos, y con la pretensión de "moderar" las relaciones entre los hombres, se vinculan tres discursos (administrativo, político y psicológico) que no solo sirven de sostén para el funcionamiento del proyecto de la humanización del servicio de salud en los hospitales, sino también configuran a un trabajador en salud específico.

De modo que, como primer paso para estas reflexiones, lo natural es que vaya hasta el fondo de estos discursos. En primer término, se hablará del discurso político, el cual produce los lineamientos normativos para regular, certificar y exhortar a las instituciones prestadoras de salud y a su personal a elaborar una política de humanización.

LA HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA: EL DISCURSO POLÍTICO

El discurso político se configura a partir de una sofisticada red de instituciones que se proponen tres objetivos de suma importancia: crear los lineamientos normativos para regular, certificar y exhortar a las instituciones prestadoras de salud y a su personal a elaborar una política de humanización; servir de puente comunicativo entre las distintas instituciones; y funcionar como un ente de vigilancia y control de los *inhumanizados*. Así como también, la realización de numerosos foros, conferencias, simposios, seminarios y congresos creados y diseñados por distintas instituciones que, sostenidas en el discurso político, posibilitan su interconexión y, con ello, la vigilancia y el control del proyecto humanizador. Hay que mencionar, además, el surgimiento de las cátedras

de humanización en los programas formales de medicina y psicología y, por tanto, la creación de proyectos, modelos de gerencia social y tesis sobre temas propios de la humanización y su relación con el saber psicológico, social y médico.

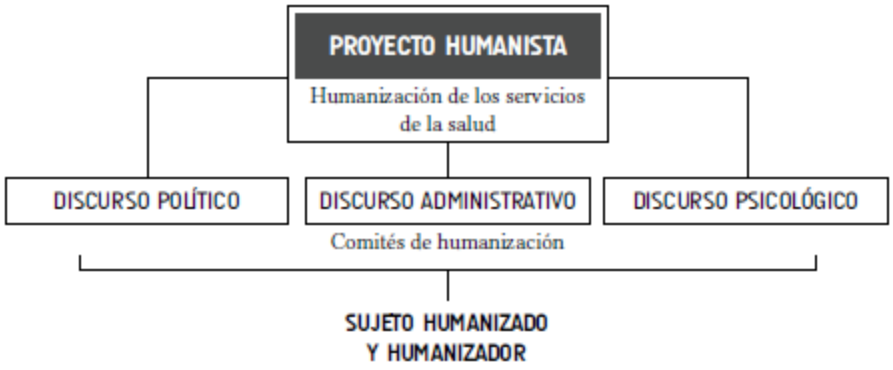


Figura 1. Proyecto de humanización de los servicios de salud en la configuración de la subjetividad del trabajador en salud

Fuente: Elaboración propia

Tal como se puede observar en las disposiciones generales del capítulo I de la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan las normas en materia de ética médica, dos campos de estudio surgen con la base normativa en la que se yergue el concepto de *humanización en los servicios de salud*: la relación interpersonal y la calidad del servicio. Allí se declara como principio fundamental para el desarrollo de las normas sobre ética médica que "la relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional" (Congreso de la República de Colombia, 1981, párr. 4). Dueñas (2013) agrega a este principio, "las instituciones que hacen parte del sistema de seguridad social en salud deben implementar y entregar herramientas a los trabajadores que conlleven a prestar un trato digno y respetuoso a los ciudadanos de Colombia" (s. p.).

Al margen del Decreto Ley 1471 de 1991, en el artículo primero de la Resolución 13437 de 1991, por la cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes, se resuelve "adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento

de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas", considerando que "corresponde a la dirección Nacional del Sistema de Salud desarrollar las políticas, planes y proyectos y las normas técnico-administrativas para el mejoramiento de la calidad del servicio de salud, que propendan por la humanización de la atención en salud, por ser un servicio público a cargo de la Nación" (Ministerio de Salud y Protección Social, 1991). Con base en lo anterior, se da cuenta de que la relación médico-paciente es el elemento primordial de la práctica médica y el componente esencial del proyecto humanizador, en cuanto se resalta la importancia de otorgar al paciente un trato integral que rescate los valores propiamente humanos (Bermúdez, Suescún y Leonardi, 2005), para que los usuarios y sus familias no se perciban a sí mismos como cifras empresariales, sino como clientes autónomos y satisfechos con la calidad en la prestación del servicio del que se sirven (Mojica, 2007). En estos términos, Oltra (2013) considera que la deshumanización de la medicina genera grandes preocupaciones con respecto a la calidad de la atención y al quehacer de los profesionales de salud.

Con esto en mente, el discurso político del proyecto humanizador define canónicamente unos tipos de conducta del trabajador de la salud para dar cumplimiento a la ley. En el más amplio sentido, el discurso político inicia el proyecto humanizador al describir y definir las formas y modos en que las instituciones y los individuos que trabajan en ellas deben actuar, pensar y ser. Este proceso de encausamiento del comportamiento y la personalidad se configura mediante la creación de distintos objetos de discurso y de saber que reagrupará, delimitará, elegirá, situará y proporcionará las reglas para su utilización, para hacerlos derivar unos de otros. Pero esto no será posible sin los recursos técnicos y teóricos de la disciplina psicológica (Foucault, 1979, 1999, 2002, 2004).

Como se verá a continuación, el discurso psicológico tratará de lograr que estas conductas humanas sean repetitivas, que se aglutinen hasta naturalizarse para que hagan parte de la personalidad del individuo y, por último, que sean apropiadas, normalizadas y consideradas como creaciones de la voluntad personal. Ahora se tratará el discurso psicológico para ver la construcción de los individuos laboralmente humanizados y los distintos matices que podrían adquirir.

EL DISCURSO PSICOLÓGICO. TODA MAQUINARIA NECESITA DE UN MAQUINISTA: LOS ORTOPEDISTAS DE LA INDIVIDUALIDAD

En su forma normativa la humanización del servicio de salud define las reglas, normas, políticas, procedimientos y técnicas que exigen la "moderación" de la relación médico-paciente bajo la mirada del control y la vigilancia; este control se establece por medio de los comités de humanización y la vigilancia a través de los buzones de comentarios y sugerencias. Al implementar el proyecto político, emerge una multiplicación de perspectivas que van a determinar los actores, las relaciones, los objetos, los espacios, los tiempos y, en el consultorio, la llegada y salida del "paciente", el médico humanizado, el inhumanizado, la empatía, el conocimiento del personal, su selección, las capacitaciones y la motivación continua. No es extraño que se haga necesaria una disciplina, un conocimiento que trabaje sobre esos sujetos-objetos y los enmarque en un sistemático cuerpo de saberes, pero ¿cómo ocurre esto?

El saber psicológico comienza a hacer su aparición cuando se objetiva e individualiza la relación médico-paciente pues, para mantener la humanidad en la relación clínica, se recurre a la disciplina psicológica para que provea, por un lado, las herramientas para construir una relación interpersonal determinada con los trabajadores en el establecimiento y, por otro, defina, desarrolle y promueva una serie de comportamientos, habilidades, actitudes y aptitudes en un plan estratégico institucional (Bermúdez, Suescún y Leonardi, 2005; Mojica, 2007). De esta manera, se seleccionan unos individuos en vez de otros, se juzga quién es humanizado y quién no, se extrae un saber de los individuos, que se estudian hasta individualizarlos, para así determinar su personalidad y los posibles comportamientos que efectuará el trabajador en salud para que cumpla con las exigencias de una humanización de los servicios de salud. Respecto a eso, indirectamente emergen otros objetos de saber: comportamiento, personalidad, competencias laborales, etc., se crea toda una tecnología del saber y del poder individualizante "basada en el escrutar en los individuos, sus comportamientos y su cuerpo con el fin de anatomizarlos, es decir, producir cuerpos dóciles y fragmentados" (Ibarra, 2008, p. 8):

> La propuesta de intervención para lograr la humanización de los servicios de salud se basa en principios de investigación social científica, y usará metodologías específicas de las disciplinas de trabajo social, psicología social y salud pública, entre otras. Por ello, propone el análisis y el replanteamiento de algunas acciones institucionales vigentes, como serían los protocolos de ingreso, permanencia y egreso de usuarios en la hospitalización, manejo de las historias clínicas, las formas de participación proactiva de los usuarios, los procesos posibles de bienestar institucional para los funcionarios (estímulos, reconocimientos, flexibilización de horarios y cargas de atención, climas laborales de cooperación) y la incorporación de la humanización en los procesos de acreditación. (Mojica, 2007, p. 6)

En las instituciones prestadoras de salud, las investigaciones e intervenciones de las disciplinas sociales y humanas se hacen necesarias en cuanto se utilizan objetos de estudio propios de su quehacer, puesto que se exige hacer extenso a toda la institución el proyecto de la atención humanizada. En estos términos, el área de talento humano debe comprometerse y preocuparse por la creación y el diseño de políticas y estrategias humanizadoras. El papel de esta área en la tarea humanizadora tiene dos puntos de correspondencia: por un lado, "la humanización en la prestación de servicios en una entidad de salud comienza por la selección del personal de la entidad donde se debe tener en cuenta la inteligencia emocional de la persona según el perfil para su cargo" (Bermúdez, Suescún y Leonardi, 2005, p. 56); por el otro, debe crear, diseñar, fomentar y velar por estrategias y programas que centrados en los conocimientos de la disciplina psicológica permitan la moderación de las relaciones "cliente externo-cliente interno" (paciente-funcionario) y "cliente interno-cliente interno" (funcionario-funcionario).

Por lo tanto, la responsabilidad del área de talento humano en el proceso de humanización recae sobre la selección del personal idóneo y, más importante aún, la prestación del saber psicológico para responder a las siguientes preguntas: ¿qué hace al trabajador ser humanizado?, ¿por qué necesitamos trabajadores humanizados?, ¿quién es un trabajador humanizado?, ¿qué hacer con los trabajadores inhumanizados? Adicionalmente, por este camino se encuentran los programas de capacitación, diagnóstico e intervención psicológica que tienen el objetivo

de *humanizar* al trabajador de la salud. En estos términos, se construye un modelo de humanización que "debe ser gerenciado o dirigido por una unidad específica, especializada en el área de servicio y ligada al gerenciamiento del recurso humano" (Bermúdez, Suescún y Leonardi, 2005, p. 75). Dicha unidad es llamada *comité humano* o *comité de humanización.*

De la atenta vigilancia sobre los inhumanizados, surge un vasto proceso de individuación que actúa sobre dos sujetos distintos: uno que necesita conocer, evaluar y examinar los saberes sobre "las expectativas de los clientes tanto pacientes, familia como acompañantes para poder llegar más allá y satisfacerlos con valor agregado" (Bermúdez, Suescún y Leonardi, 2005, p. 78), y otro que hace lo mismo para conocer qué trabajador actúa inhumanamente, cómo actuó, qué lo motivo a tener esa conducta, dónde ocurrió. Para ello, se disponen de diversas técnicas en las que "se deben destacar los procesos de personalización, diálogos directos, encuestas de satisfacción, programas de quejas, entrevistas, y procesos como el de cliente incógnito" (p. 78). Entonces, la gestión del área de talento humano debe concentrarse en idear, aplicar, desarrollar y evaluar estrategias que estén encaminadas al mejoramiento de las relaciones interpersonales. Este proceder, en conjunto con otras áreas y según las directrices de cada institución, posee similitudes con el elemento investigativo aludido por Foucault en su obra *Vigilar y castigar* (2002), cuando expone cómo el ritual de la investigación es una técnica fiscal y administrativa en las prisiones que permite la clasificación de las penas que, a su vez, postran un saber y una verdad sobre los individuos para caracterizarlos, examinarlos, administrarlos y corregirlos. Una política de humanización exige la investigación de las causas, los factores y las conductas del trabajador que ocasionaron la insatisfacción o maltrato del cliente. Del análisis de la investigación emerge la determinación de los actores (quiénes), las relaciones (qué hicieron), los objetos (buzones de quejas), los espacios (dónde ocurrió) y los tiempos (cuándo ocurrió).

El procedimiento de esta gran investigación reclama la configuración de un comité interdisciplinario que determine lo humanizado de lo inhumanizado, y que prolongue sin límites una minuciosa observación y control de los individuos que hay que corregir. Detrás de la investigación se hace explícito el saber psicológico, cuando la investigación emprendida

solicita, por sí misma, buscar las "causas" de inhumanidad en la historia vital de cada individuo, se debe escrutar cuidadosamente el desarrollo de su personalidad para clasificar su moralidad y su comportamiento. La conformación del comité de humanización "inyectará a las organizaciones prestadoras de servicios de salud, una dosis muy elevada de conocimientos para que logren alcanzar los estándares deseados. Dichos estándares son los relacionados con la excelencia en el servicio, la calidad y satisfacción de clientes, todos basados en la ideología de la humanización" (Bermúdez, Suescún y Leonardi, 2005, p. 75).

En el proceso de la investigación se ve cómo la psicología y otras disciplinas sirven para legitimar ciertos intereses, que al tiempo producen cierto tipo de sujetos. Por este camino se han venido creando técnicas, dispositivos, pruebas, manuales, informes y protocolos que integran un amplio y variado conjunto de creencias, prácticas, saberes, significados y objetos de estudio que orientan la relación y la forma en la que debe actuar el trabajador de la salud, al tiempo que define la construcción de las identidades y las formas o modos con los que se actúa psicológicamente sobre los individuos.

Junto a la creación del campo de saber psicológico hay una modificación en las técnicas de las que la disciplina se provee para administrar la vida y las prácticas psicológicas que definen canónicamente el *modus operandi* de la psicología organizacional: designa unos objetos de estudio, marca el camino metodológico, exige una única praxis psicológica y, con ello, una estandarización del saber producido, y enmarca todo este saber en el proyecto de humanización en el servicio de salud. "De esta forma, desde criterios científicos se clasifican los diferentes tipos de conductas por medio del lenguaje especializado, y se establecen procedimientos que permitan regular y normalizar comportamientos desadaptativos" (García, 2007, p. 144).

En el proceso de humanización, la objetivación del constructo comportamiento va a ser indispensable para encauzar las conductas que deben adquirir los trabajadores, para estudiarlos e identificar las actuaciones anormales o desadaptativos. Se arguye que

> el comportamiento de las personas puede variar según la posición o condición que este desempeñe en la entidad de salud, ya sea enfermo, familiar, profesional,

> directivo o propietario. Es indispensable su estudio para determinar la personalidad y posibles comportamientos de tal forma que la relación sea más humana y comprensible. (Bermúdez, Suescún y Leonardi, 2005, p. 42)

Al estudiar cuidadosamente la personalidad de los individuos y determinar los rasgos propios de un humanizador y un humanizado se emprenden numerosos estudios "científicos" que legitimen los saberes y las verdades hasta ahora encontradas. Un ejemplo de ello lo representa *Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo* (2008), un estudio hecho por los psicólogos Hoyos, Cardona y Correa. Allí, el trabajador *humanizado* es quien al mismo tiempo es un líder y puede generar cambios en los comportamientos de los demás. En este sentido, el trabajador de la salud se convierte en un administrador del proyecto político, en un agente activo del encauzamiento de la conducta de los otros, "la humanización en salud requiere líderes que se caractericen por generar cambios en los comportamientos y actitudes de las personas, promoviendo el bienestar integral a partir del trato humanizado" (Hoyos, Cardona y Correa, 2008, p. 218).

A raíz de este repertorio de saberes, de esta multiplicación de los discursos y verdades que van a determinar los actores, las relaciones, los objetos, los espacios, los tiempos, se emprende un proceso de individuación, en el cual los humanizadores y los psicólogos se convierten, de cierta manera, en unos técnicos del comportamiento: "ingenieros de la conducta, ortopedistas de la individualidad. Tienen que fabricar unos cuerpos dóciles y capaces a la vez" (Foucault, 2002, p. 180). Controlar y vigilar la forma de ser y estar de los trabajadores y los pacientes, el acto de saludar y despedirse, la adquisición de aptitudes y habilidades interpersonales, etc.; este proceso va acompañado de una observación permanente de los individuos. Una vez indagadas las anomalías y los desadaptados se hace necesaria la intervención.

Para clasificar los rasgos distintivos entre un humano y un inhumano, para emprender la investigación, examinar las causas de la inhumanidad, reprender a los inhumanos y tomar decisiones sobre la vinculación laboral de los trabajadores, se hace necesaria la participación de todas las áreas administrativas de la institución: el área de calidad proveerá las fallas en los procesos de atención al usuario; la oficina de atención del usuario

facilitará la información de las expectativas de los usuarios y dará conocimiento de los inhumanizados; la de control interno auditará y suministrará los indicadores cuantitativos para regular y generar cambios en los procesos; la de talento humano corregirá los comportamientos inhumanos y promoverá los humanos y, por último, el comité de humanización hará de ente de control y vigilancia de todo el proyecto humanista: liderará, indagará e investigará a aquellas "conductas desadaptivas", promoverá un saber específico y fabricará una serie de estrategias de intervención. Cuanta mayor vigilancia y control se establezcan en el proyecto humanizador, tanto más importante y demandante se hace la participación interadministrativa de las áreas que componen a la institución, pues la vigilancia debe extenderse a lo largo y ancho de la entidad, ser ininterrumpida y rigurosa para que de esta manera provea las

> técnicas más afinadas de localización, de captura y de información [...]. Un esfuerzo para ajustar los mecanismos de poder que enmarcan la existencia de los individuos; una adaptación y un afinamiento de los aparatos que se ocupan de su conducta cotidiana, de su identidad, de su actividad, de sus gestos aparentemente sin importancia. (Foucault, 2002, p. 47)

El comité de humanización y el área de talento humano con sus políticas, estrategias, intervenciones, investigaciones, programas, manuales y actividades "deben ocuparse de todos los aspectos del individuo, de su educación, de su aptitud para el trabajo, de su conducta cotidiana, de su actitud moral, de sus disposiciones [...]. Tiene que ser la maquinaria más poderosa para imponer una nueva forma al individuo" (Foucault, 2002, p. 141). Tal proyecto, el de la humanización del servicio de salud, supone y determina una misma y única forma de humanización "arrastra las estructuras económicas, las estabilidades sociales, la inercia de las mentalidades, los hábitos técnicos, los comportamientos políticos, y los somete todos al mismo tipo de transformación" (Foucault, 1979, p. 15). La cuestión de fondo respecto al discurso psicológico en el proyecto humanizador es determinar qué forma de relación interpersonal deben establecer los funcionarios. Por supuesto, aquí no solo hay una psicologización de los sujetos, sino también la creación de todo un campo

de estudio que conlleva a la producción de un universo de objetos de estudio, tales como: las relaciones interpersonales, la amabilidad, el cuidado, la comunicación asertiva, la satisfacción, etc.

La identificación, descripción y normalización de los comportamientos no solo llevan a la psicologización constante de los trabajadores de la salud y de los pacientes, sino que también debe hacer de estos comportamientos una serie de hábitos, que sean tan naturales como respirar. En cuanto sean apropiados y considerados por los trabajadores como creaciones de su voluntad y libre albedrío, tanto mejores serán los resultados que obtendrán del psicólogo, el comité de humanización y el área de talento humano, pues su gestión debe encarnarse en la personalidad de sus trabajadores, debe ya no solo encauzar el cuerpo, sino también el alma del "buen trabajador".

Ahora bien, una cosa son los marcos normativos que emprende el proceso de humanización, otra la moderación y regulación de las relaciones entre los hombres, y también la administración de las situaciones de inhumanidad en la organización. Establecidas las normas, seleccionados, capacitados e intervenidos los sujetos, este plan humanizador, para ser real, necesita asignar y posicionar distintos sujetos en determinados puntos de la estructura organizacional, que se configuran mediante una lógica bien definida de relaciones. Sin la administración de la vida de los sujetos y de las prácticas laborales, el proyecto humanizador no podría funcionar. Por lo tanto, ahora se tratará el combustible de la maquinaria humanizadora.

TODO PROYECTO DEBE SER RENTABLE: EL DISCURSO ADMINISTRATIVO

Si se pudiese entrevistar a los funcionarios que promulgan el proyecto humanizador, en su mayoría responderían, con una seguridad asombrosa, que el principal interés de dicho proyecto no es ni puede ser la obtención de una rentabilidad económica. Contrariando a muchos humanizadores, este proyecto es válido para una organización que, deseosa de tener mayor autonomía y competitividad en el mercado, quiere generar rentabilidad

económica, de lo contrario no se emprendería.

La humanización de los servicios de la salud se consolida gracias a una deducción administrativa que genera mayores provechos económicos; por tanto, se considera que implementar una política de humanización lleva a que "una organización que es gerenciada de manera positiva y humanizada pueda generar en el cliente final, una satisfacción que luego será convertida en fidelidad que sugiere ganancia y éxito para todos" (Bermúdez, Suescún y Leonardi, 2005, p. 67). La lógica naciente de estos beneficios económicos, en lo que se refiere a la administración de la política de humanización, es que "cuando el cliente se siente importante se fideliza con la empresa y trae más clientes, lo que hace que la organización se preocupe cada vez más en tratarlos bien, mientras procuran entender sus necesidades y satisfacerlas" (p. 14). Es pertinente añadir que, con respecto a la dimensión administrativa de la humanización, también contempla el direccionamiento de la institución y las formas de organizar el trabajo que se realiza en ella. En este sentido,

> humanizar sugiere alteraciones en el modo de hacer, de trabajar y producir Salud. Humanizar exige sintonía con el modo de hacer y el cómo se debe hacer. Necesita de la inseparabilidad de la producción de los procesos y cambios de los sujetos involucrados en la producción de salud. (Martins, Da Silva, Lorenzini y De Albuquerque, 2008, p. 280)

Se trata, desde luego, de crear una formación discursiva, estratégica y táctica bien definida mediante la administración de las situaciones de inhumanidad y las prácticas laborales en la organización para que el proyecto humanizador realmente pueda funcionar. Para ello, requiere conformar manuales y formatos: necesita de un documento administrativo que "unifique información acerca de la conformación, funcionamiento y estrategias del grupo de humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátrico e Intermedios dirigido al grupo humano asistencial, administrativo y de apoyo que labora en las mismas" (Hospital de Kennedy, s. f.).

Quisiera insistir en que el manual administrativo, en tanto táctica de control y vigilancia, va a tener un importante papel en el proceso de individuación y en el diseño de la estructura. Este verificará el

cumplimiento y la participación del "personal"; concertará los indicadores para la evaluación de desempeño del funcionario, planeará las actividades de capacitación, supervisará la ejecución de las funciones y protocolos a los que debe atenerse cada trabajador, investigará los casos de inhumanización, escogerá responsables y, más importante aún, designará canónicamente unos tipos de conducta, hasta hacer de estos una serie: el personal debe brindar una atención oportuna, saludar amablemente y acompañar permanentemente al paciente, actualizar los datos, diligenciar formatos, entablar una buena relación interpersonal con los demás, ser empático y asertivo (Hospital Kennedy, s. f.).

> Los procesos de personalización del servicio hacen del servicio algo humanizado, que hace que los clientes se sientan más a gusto con la organización. Dichos procesos se basan en procesos muy simples como por ejemplo el llamar por el nombre a los pacientes, indagar si ellos lo permiten, algo más sobre su vida y en pocas palabras interesarse más por esas personas. En este caso, para conocer a los clientes más profundamente se puede comenzar por entablar relaciones y diálogos en lo que se pueda desarrollar una confianza y un lazo fuerte que sirva de base para la futura relación duradera institución-cliente (paciente). Es importante resaltar en esta parte, que la familia del paciente es también una fuente muy importante de información que puede contribuir al acercamiento humano con el paciente. Además, las familias y acompañantes también hacen parte del grupo que denominamos clientes, por lo que deben ser tratados bajo los mismos estándares de humanización y se les debe hacer el seguimiento personalizado. (Bermúdez, Suescún y Leonardi, 2005, pp. 78-79)

A MANERA DE CONCLUSIÓN: ¡EL PUNTO DE CONVERGENCIA!

Hasta el momento se ha mostrado la función y los intereses ocultos que trae consigo cada uno de los discursos que dan sostén al proyecto humanizador. Sin estos tres discursos el proyecto sería irrealizable: sin los lineamientos normativos el proyecto no se emprendería, como tampoco, se controlaría; sin la administración de la vida y de las prácticas laborales, no generaría rentabilidad, restándole importancia y perdiendo interés y, por

último, sin la moderación y regulación de las relaciones entre los hombres, mediante rigurosos procedimientos para normalizar y encauzar el comportamiento de los trabajadores, para lograr que esas conductas deseadas sean experimentadas y vivenciadas como parte fundamental de la voluntad y libre albedrío de los mismos, carecería de funcionalidad. Por lo tanto, la comprensión del proyecto humanizador exige la revisión y complementariedad que encontramos en la unión e interrelación de estas tres dimensiones. Esta forma de concebir dichas relaciones entre los discursos expuestos se opone a los principios disyuntivos y fragmentarios en los que se ha erguido el conocimiento moderno (Morin, 2001, 2007). Lo cual no solo indica que, con respecto al proyecto humanizador, las tres dimensiones son indispensables para su funcionamiento, sino también la perspectiva epistemológica y metodología del presente artículo.

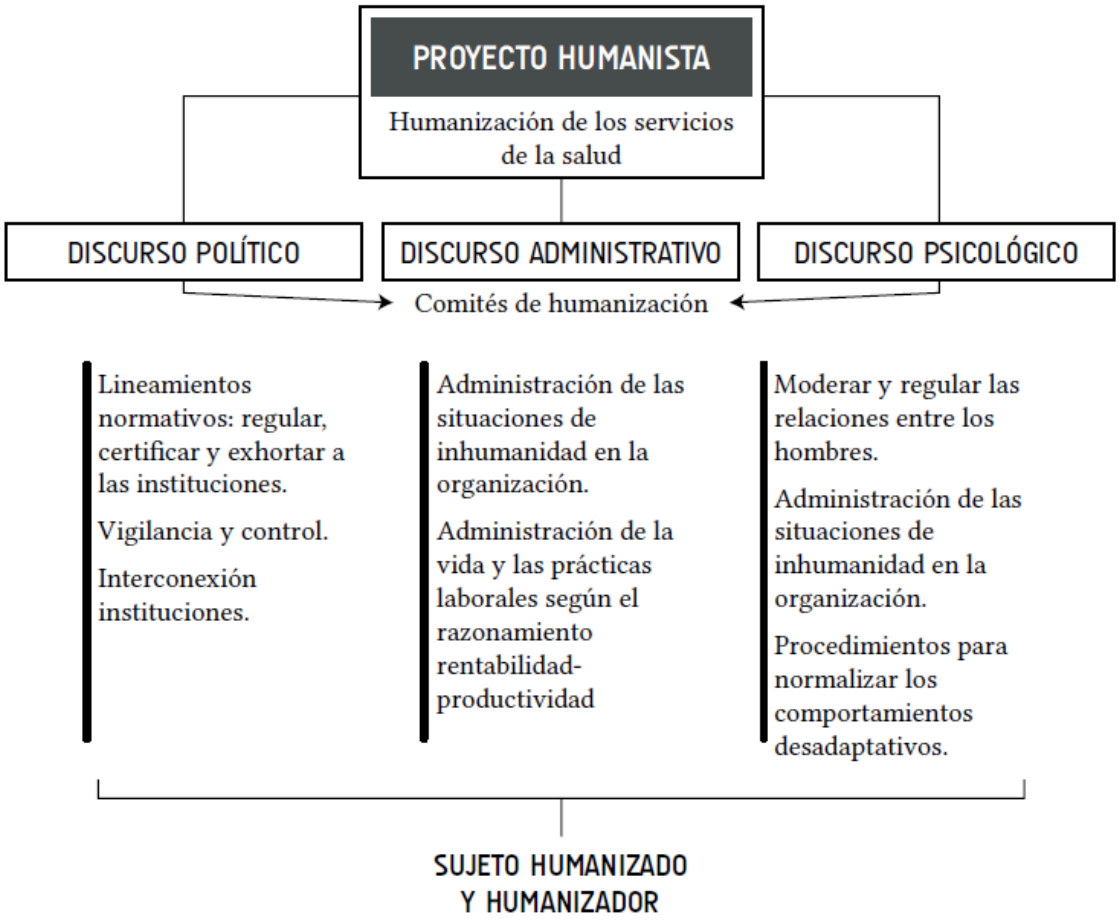


Figura 2. Confluencia de los discursos del proyecto humanizador en la configuración

del sujeto humanizado

Fuente: Elaboración propia

Cuando se mencionó cada uno de los discursos que soportan el proyecto humanizador, se dispuso de una serie de sistemas a partir de las cuales se construye y configura la subjetividad del trabajador en el sector salud (Foucault, 1979, 1982, 1987, 1999, 2002, 2004, 2008). En otras palabras, se crea un tipo específico de trabajador: autónomo, solidario, responsable, respetuoso de la normatividad que constituye su trabajo, comprometido con la rentabilidad económica de la entidad, con capacidad para relacionarse asertivamente con sus clientes y compañeros de trabajo; trabajadores que, en últimas, representan el ideal concebido por el proyecto neoliberal y el ideal de hombre del plan humanista. Estos idealismos son el propósito de la reforma humanista en la sociedad moderna: un sujeto que al tiempo que se hace un mejor trabajador, se hace también una mejor persona. No obstante, el proyecto humanizador en las instituciones de la salud tiende a fracasar porque las tecnologías de las que se sirve el proyecto humanista para funcionar "no son autónomas, sino heterónomas, es decir, el sujeto no se produce a sí mismo, sino que es producido a partir de instancias exteriores, en este caso la empresa" (García y Carvajal, 2006, p. 50). Esto se magnifica si aceptamos el diagnóstico de Horkheimer y Adorno (1998) sobre la sociedad moderna, en la que se erige el proyecto *humanista*, el cual se convierte en: "un proceso progresivo e irreversible de racionalización de todas las esferas de la vida social, proceso que comporta, a la vez, la progresiva funcionalización e instrumentalización de la razón, con la consiguiente pérdida de sentido y libertad" (Sánchez, 1998, p. 23).

Visto así, el trabajador de la *humanización*, como diría Heidegger (1978), es un trabajador inauténtico. La promesa es disminuir la *inhumanidad* en las entidades ofreciéndoles a sus trabajadores un aumento progresivo de libertad y autonomía. No obstante, ¿cómo es posible la libertad y la autonomía en un proyecto que exige la autoalienación de los individuos? Dado que bajo este plan se les determina la forma en que deben *ser* y *estar* (Horkheimer y Adorno, 1998). Por lo tanto, el proyecto se convierte en una aporía: se predica un sujeto libre y autónomo que debe ser desarrollado heterónomamente; lo es por pensar que el trabajador neoliberal y

humanizado, con su pretendida libertad, felicidad y autonomía, en realidad pueda serlo mientras se desarrolla moralmente un sujeto desde el autoritarismo que consigna un desarrollo heterónomo de la personalidad.

Ahora bien, la pretendida libertad y autonomía que el proyecto humanista en sus dimensiones económicas, políticas, culturales, científicas, filosóficas y psicológicas nos asegura y nos enseña cómo la verdadera libertad, dignidad y autonomía del hombre constituye un masivo proceso de legitimación del proyecto humanizador en sí mismo y, como no, de sus "benevolencias morales". Por donde se mire, la perorata de dicho proyecto denota siempre un gran valor moral, pues ¿cómo podría ser inmoral si hace mejores hombres y mujeres?, ¿acaso el proyecto humanista no enseña la importancia del amor, la igualdad, la tolerancia, la fraternidad, el respeto y el cuidado por el otro? Es sorprendente lo acertadas que resultan las siguientes palabras de Nietzsche (2010) y la similitud del proyecto humanizador con la función de la moral que describe. Al proyecto de la humanización de los servicios de salud le ocurre lo que pasa con la moral:

> La moral dispone de medios, con el respeto que inspira, de evitar la crítica y posee, además, un cierto arte de seducción que domina: sabe entusiasmar. Con una sola mirada consigue a veces paralizar la voluntad crítica o ponerla de su parte, y a veces hasta que se vuelva contra sí misma, de modo que, como el escorpión, se clave el aguijón en su propio cuerpo. La moral conoce desde hace mucho tiempo todo género de resortes del arte de convencer. Aun hoy no hay orador que deje de recurrir a ella en demanda de ayuda [...] y es que la moral, en todos los tiempos desde que se habla y se convence en el mundo, ha sido la mejor maestra de seducción. (Nietzsche, 1972, pp. 8-9)

REFERENCIAS

BERMÚDEZ, A., Suescún, A y Leonardi, G. (2005). *Modelo de gerencia de servicio basado en la humanización para el sector salud* (Tesis de pregrado). Universidad de la Sabana: Bogotá, Colombia.

COLOMER, J. (1987). *El utilitarismo: una teoría de elección racional*. Barcelona: Montesinos.

CONGRESO de la República de Colombia. (1981). *Ley 23. Por la cual se dictan normas en*

materia de ética médica. Recuperado de https://goo.gl/AzgXOd.

DUEÑAS, E. (2013). *Política de humanización*. Bogotá: Human Heart EPS.

FOUCAULT, M. (1979). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.

_____. (1982). *El polvo y la nube*. Barcelona: Anagrama.

_____. (1990). *Tecnologías del Yo*. Barcelona: Paidós.

_____. (1991). *El sujeto y el poder*. Bogotá: Carpe Diem.

_____. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.

_____. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós.

_____. (2002). *Vigilar y castigar*. Argentina: Siglo XXI.

_____. (2004). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Valencia: Pre-textos.

_____. (2008). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

FROMM, E. (1997). *Ética y psicoanálisis*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.

_____. (2008). *Las cadenas de la ilusión*. Barcelona: Paidós.

GARCÍA, C. (2007). El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. Organizaciones, trabajo y sujeto. *Revista Universitas psychologica*, *6*(1), pp. 143-54.

GARCÍA, C. y Carvajal, L. (2007). Tecnologías empresariales del yo: la construcción de sujetos laborales en el contexto del trabajo inmaterial. Organizaciones, trabajo y sujeto. *Revista Universitas psychologica*, *6*(1), pp. 49-58.

GONZÁLEZ, L. (2009). *La cara humana de la psicología*. Manizales: Universidad de Manizales.

HEIDEGGER, M. (1978). La pregunta por la técnica. En *filosofía, ciencia y técnica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

HOSPITAL de Kennedy. (s. f). *Manual de manejo y diligenciamiento de la historia clínica*. Bogotá: Hospital de Kennedy.

HOYOS, P., Cardona, M. y Correa, S. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Revista Investigación y educación en enfermería*, *26*(2), pp. 218-25.

HORKHEIMER, M. y Adorno, T. W. (1998). *Dialéctica de la Ilustración: fragmentos filosóficos*. Valladolid: Trotta.

IBARRA, J. (2008). *Foucault y el poder*. Chile: Valparaíso.

LIPOVETSKY, G. (1991). *Modernismo y postmodernismo*. Bogotá: Foro Nacional por Colombia, pp. 138-87.

MARTIN, J., Stein, D., Da Silva, R., Lorenzini, A y De Albuquerque, G. L. (2008). Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso del vivir humano. *Revista de enfermería*-UERJ, *16*(2), pp. 276-81.

MINISTERIO de Salud. (1991). *Resolución 13437. Por la cual se constituyen los comités de*

ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes. Recuperado de https://goo.gl/4iSjs0.

_____. (9 de octubre de 2013). *MinSalud avanza hacia la humanización de los servicios de salud en el país.* Bogotá: Boletín de prensa n.º 342. Recuperado de https://goo.gl/nKL9NK.

MOJICA, E. (2007). *La gerencia social en la humanización a la atención en salud. Especialización en gerencia social.* Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública (ESAP).

MORIN, E. (2001). *El método: la naturaleza de la naturaleza.* Madrid: Cátedra.

_____. (2007). *Introducción al pensamiento complejo.* Barcelona: Gedisa.

NIETZSCHE, F. (2010). *Genealogía de la moral.* Buenos Aires: La Cueva.

OLTRA, S. (2013). El autocuidado, una responsabilidad ética, *Revista* GPU, *9*(1), pp. 85-90.

SÁNCHEZ, J. (1998). Sentido y alcance de Dialéctica de la Ilustración. En *Dialéctica de la Ilustración: fragmentos filosóficos* (pp. 9-46). Valladolid: Trotta.

SPINOZA, B. (1987). *Ética demostrada según el orden geométrico.* Madrid: Alianza.

RODRÍGUEZ, C. (2013). Promoción de salud y prevención de la enfermedad en Acreditación en Salud. *Revista Normas y calidad*, *103*(77), 6-12.

ROUSSEAU, J. (1989). *Sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres.* Madrid: Alianza.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO HERRAMIENTA PARA HUMANIZAR LA PRÁCTICA MÉDICA

RICARDO LUQUE NÚÑEZ

INTRODUCCIÓN

HABLAR DE HUMANIZAR LA PRÁCTICA MÉDICA PARECERÍA UN contrasentido: la medicina desde siempre se ha dedicado al cuidado de la humanidad. Igualmente, cuando se habla de ella, muchos tendrán en su mente centros de atención clínica u hospitalaria. En sus orígenes, en el siglo IV de nuestra era, la palabra *hospitalario* aplicaba a las órdenes religiosas que tenían por norma el hospedaje y por función socorrer y albergar a extranjeros o necesitados que migraban de áreas rurales en búsqueda de empleo o alimentación y que no podían ser recibidos o cuidados por instituciones cívicas de la época (Miller, 1195). Los hospitales primero fueron casas de huéspedes, sitios que abrían sus puertas a los desvalidos o que acogían a los enfermos y, con el tiempo, han llegado a tomar el aspecto y función social que actualmente cumplen.

Sin embargo, hoy la práctica médica trasciende el ámbito hospitalario y el concepto se extiende a la práctica institucional del sector salud. Este está constituido por un gran corpus de organizaciones que van desde instituciones de salud pública, laboratorios farmacéuticos, proveedores de insumos médicos y empresas aseguradoras (pasando por un sinnúmero de formas de prestar servicios de salud), hasta instancias discursivas, que incluyen documentos de política, modelos educativos o recomendaciones a través de los cuales se medicaliza la vida en aspectos como la dieta, el ejercicio, el autocuidado o la práctica sexual. Todas estas modalidades tienen su representación más formal en espacios tan diversos como las consultas especializadas, notas de salud en noticieros de televisión,

novelados que simulan ámbitos hospitalarios o en una gran variedad de cuñas y comerciales que ofrecen productos de aseo, nutrición y limpieza. De hecho, muchos hospitales se constituyen hoy como empresas y la acogida solidaria está fuertemente mediada por la transacción económica. Esto sin duda afecta la forma como se prestan los servicios de salud, de forma que los pacientes y familiares incontables veces acuden ante las instancias judiciales para escapar de la consideración de los cuerpos enfermos como simples objetos de transacción en el mercado. Mediante las acciones de tutela se realiza la exigibilidad de unos mínimos y se busca que el Estado garantice la posibilidad de ejercer el derecho a la vida y a la salud en términos de acceder a un medicamento específico o a un tratamiento, lo que, en últimas, pretende salvaguardar la dignidad humana. No obstante, el acceso a un servicio de salud en esta entramada y compleja red, cuando ya se ha presentado un evento que afecta la salud, no solo implica haberlo comprendido, sino que es necesario haber encajado como una pieza de rompecabezas en el complejo engranaje de los sistemas de salud.

Por otra parte, uno de los aspectos en los que quizás más se evidencia que tales piezas pueden no encajar es en el terreno de la sexualidad. Según la política de Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), la sexualidad trasciende los cuerpos y se manifiesta de múltiples formas. Ella está vinculada a la autobiografía y comprende aspectos como la actividad sexual, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción, las relaciones y la comunicación, entre muchas otras; igualmente, tiene una influencia directa sobre el bienestar y la salud biopsicosocial. Además, al definirse la sexualidad como una dimensión propia de cada ser humano, con su fuero interno y con la forma en que cada uno agencia su propio proyecto de vida, se infiere su vínculo con el ejercicio de los derechos y la ciudadanía plena. Sin embargo, la institucionalidad médica, la mayoría de las veces, está constituida, cuando más, para diferenciar los sexos (hombres y mujeres), pero no las sexualidades ni la diversidad de mundos que la misma envuelve.

Ya desde la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, que se llevó a cabo hace más de 20 años en El Cairo, los derechos sexuales y los derechos reproductivos se reconocieron como derechos humanos (ONU, 1995); allí se inscriben los asuntos de la sexualidad y la

reproducción, considerando a las personas sujetos morales, seres autónomos con capacidad para decidir, sin presiones, incentivos o violencia. Por lo mismo, la actual política se inscribe no simplemente como una política de salud sexual, sino como política de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos que trasciende la mirada de atención por eventos, para pasar a constituirse en una política de enfoques, en la que los derechos humanos son su fundamento. Por ejemplo, si se compara la atención médica para un evento ortopédico o el tratamiento de una hipertensión, que puede considerarse más o menos acertada o amable cuando a las personas se les otorga mayor o menor autonomía en la toma de decisiones que tienen efectos sobre su propio cuerpo o sobre la propia vida. Sin embargo, no ocurre lo mismo con los temas que se vinculan con la sexualidad, en los que las personas pueden verse más vulneradas en su dignidad y como personas.

Por otra parte, se dice que la práctica médica es de medios y no de resultados. Tal mirada se fundamenta en el no desdeñable principio de beneficencia, con el que bien se intenta poner al alcance de los pacientes, hombres y mujeres, todos los medios disponibles para el mantenimiento y cuidado de su salud; pero, si se amplía la comprensión de la práctica médica desde los principios de no maleficencia y justicia, siguiendo la máxima kantiana de considerar a cada persona como un fin en sí misma y no simplemente como un medio (Kant, 2007), entonces la práctica médica más que de medios es exclusivamente de fines, pues más que otorgar medios para el bienestar, debe procurar no hacer daño y propiciar condiciones que apunten a la equidad.

En tal sentido, la política de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos trasciende el ámbito de lo puramente clínico: se descentra de los eventos patológicos y apunta a considerar a todas las personas, independientemente de si han accedido o no a un servicio de salud, como sujetos de derechos, frente a quienes hay que tener una mirada diferencial, que debe considerar cómo los determinantes sociales de la salud les afectan. En consecuencia, la institucionalidad médica, pero también la educativa, así como el mundo laboral, las iglesias y los medios de comunicación están llamados a realizar una comprensión de la sexualidad como algo diverso, variopinto y florido y a reconocer que los discursos sociales, los explícitos y los tácitos tienen una fuerte influencia sobre la

forma como se perciben, se piensan o se tratan a las personas. La manera en la que se expresan las sexualidades sin duda influye sobre las decisiones que se toman en torno a ellas y se ven reflejadas en el motivo de consulta.

Desde hace varios años, se reconoce que la salud reproductiva no es solo un aspecto importante de la salud, también es un aspecto del desarrollo y de los derechos humanos (Cook, 2003). Los hospitales se encargan de dar acogida no solo a quien está enfermo físicamente, sino a quien sufre las consecuencias de un entorno social débil y deteriorado. Al hospital acude la adolescente embarazada que no ha logrado tener acceso a la escuela y que es impulsada por la sociedad a la opción reproductiva, antes que reconocerla y valorarla como mujer productiva; en las IPS se reciben casos de mujeres que solicitan la interrupción del embarazo como consecuencia de la violencia sexual; en la práctica médica se diagnostican tardíamente los casos de sida en jóvenes homosexuales, quienes temen más las consecuencias del estigma y la discriminación a las que se pueden ver sujetos por sus familias o en sus trabajos que a la posibilidad de verse enfermos. En la consulta médica afloran estos y otros problemas sociales que, desde una perspectiva preventiva y de promoción de la salud, requieren claras políticas de desarrollo y de participación de otros sectores, pero en las que muchas veces el mismo sector salud constituye una barrera y una herramienta de vulneración de los derechos humanos, afectando paradójicamente los principios desde los cuales se formulan las políticas en salud pública.

Se desconocen los principios y se vulneran los derechos sobre la base de actitudes equívocas que se relacionan más con posturas ideológicas o religiosas mal entendidas, que sobre el fin último de protección a la individualidad y la dignidad de cada persona. No es el propósito de esta breve reflexión plantear una visión derrotista sobre la forma como se realiza la práctica clínica. Con seguridad existen miles de profesionales que están realizando en forma adecuada su labor y manifiestan preocupaciones honestas sobre la humanización de la práctica médica y, seguramente, enfrentan a diario los retos de brindar una atención personalizada en los veinte minutos asignados por el sistema al espacio de la consulta, contando además con situaciones burocráticas como las formas de contratación de las instituciones, la falta de pagos oportunos y las glosas, muchas veces sin sentido, de los auditores de las empresas

aseguradoras. Sin embargo, es necesario señalar y poner de manifiesto las denuncias y casos de maltrato, el desconocimiento de los derechos y la violencia institucional que llegan a mi conocimiento. Las prácticas deshumanizantes también son gestionadas en los escasos 20 minutos de la consulta (Ministerio de Salud y Protección Social, 1994, art. 97a).

Una de ellas, puesto que no se puede calificar de otra forma, es la decisión de negar la formulación de métodos anticonceptivos a adolescentes. Esto es no reconocerlos como seres sexuados y capaces de tomar sus propias decisiones. Esta realidad ha dado paso a la necesidad de constituir servicios amigables que respondan a las necesidades y expectativas de adolescentes y jóvenes, con las que se debe facilitar el acceso a condones y anticonceptivos. Pero, por principio, tales servicios no serían necesarios si se comprendiera la necesidad de brindar una atención más equitativa y, aún menos, si la sociedad se mostrase de acuerdo en que los jóvenes, de ambos sexos, no son simplemente el futuro de una comunidad ideal, sino que desde ya son seres actuantes y pensantes para el presente, con autonomía para la toma de sus propias decisiones y para la transformación actual y certera de muchos de los malestares que hoy nos aquejan. Además, si no es por una franca trasposición de valores y de confusión entre medios y fines, no se entiende cómo en algunas partes del país, particularmente en algunos departamentos de la costa atlántica, el porcentaje de partos por cesárea supere el 70 %, aumentando significativamente los riesgos de mortalidad materna en embarazos subsiguientes, con los costos humanos y sociales que ello implica.

Pasando a otro tema, al momento de despenalizar el aborto en los casos en que se presenten las causales ya bien conocidas de riesgo para la salud o la vida de la madre, malformación incompatible con la vida y violación o inseminación no consentida, la Corte Constitucional esgrimió como argumentos el principio de proporcionalidad y el no someter a la mujer a tratos indignos, crueles o degradantes (Corte Constitucional de Colombia, 2006). Sin embargo, tal vulneración de derechos se da cuando, con argumentos moralistas, se le niega la interrupción del embarazo a mujeres con fetos anencefálicos o a quienes han sido víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado, forzándolas así a tener hijos de un perpetrador violento que las utilizó como botín de guerra o como una forma de degradar al enemigo.

Desafortunadamente, se sabe de objetores de conciencia en instituciones públicas que no tienen reparos en hacer añicos su objeción en la consulta privada, de hospitales que insisten en que la objeción de conciencia puede ser institucional, no solo desconociendo que la conciencia solo es predica de personas singulares y que, en consecuencia, la libertad de conciencia tiene por titular únicamente a las personas individualmente consideradas y no a las comunidades o grupos (Aparisi, 2006), argumentando que, como entidades privadas, pueden compartir un sistema de valores o creencias que les impiden realizar tales procedimientos y que los servicios de interrupción del embarazo bien pueden ser prestados en instituciones públicas. Pero, por otra parte, no estarían dispuestos, para ser consecuentes, a que se les anulara la contratación con EPS y se mantuvieran exclusivamente con recursos privados, considerando que los recursos del Sistema General de Seguridad Social en salud están definidos como recursos públicos.

Esta y otras formas de revictimización desafortunadamente no son la excepción en los servicios de salud. El servicio cohonesta con el perpetrador, en los casos de violencia sexual, repreguntando a la víctima los hechos hasta la saciedad, como poniéndolos en duda. Igualmente, cuando no sigue los protocolos para la toma de muestras forenses o no sigue la cadena de custodia, no cuenta con los *kits* de profilaxis posexposición o no activa las rutas de justicia o protección social, para la restitución de derechos de las mujeres u hombres afectados.

En consecuencia, la humanización de los servicios de salud pasa necesariamente por el respeto a los derechos sexuales y los reproductivos, por reconocer las barreas de acceso que pueden tener algunas mujeres embarazadas para acceder al servicio, no solo para tratar de solventar tales obstáculos, sino para poner freno a los frecuentes regaños y admoniciones que se le hacen a la mujer gestante, no siempre en el mejor tono y con la argumentación fácil de proteger la salud del niño. Dentro de las violencias institucionales, es frecuente que se niegue la asesoría de anticoncepción en el posparto inmediato, bien sea a madres adolescentes o a madres multíparas, esgrimiendo explicaciones tan débiles como que la consulta anticonceptiva es competencia del primer nivel de atención. También se practican esterilizaciones sin consentimiento, principalmente a personas con algún tipo de discapacidad física o cognitiva. Se desconoce que cada

acción discriminatoria, cada señal de estigma que se ponga sobre los consultantes tiene efectos nocivos sobre la salud pública, dado que las personas pierden la credibilidad en los servicios de salud y se alejan, quedando más vulnerables a padecer los eventos que les aquejan.

En el caso de la epidemia del VIH, las risas, mofas o comentarios que se hagan sobre las orientaciones sexuales diversas tienen un impacto negativo sobre la vida y la salud de los afectados. Las mujeres transgénero resienten que no se les considere como tal, como mujeres, y que se les llame por un nombre masculino. Los profesionales de la salud muchas veces desconocen que la transformación corporal se acompaña por lo general de un nombre femenino, que se utiliza como forma de reconocimiento dentro y fuera del grupo, el cuerpo se reinventa y se transforma en una superficie sobre la que se inscriben determinados signos femeninos (Lafaurie, 2015); es decir, las transformaciones corporales no se agencian gratuita o frívolamente, sino que tales personas quieren ser vistas, tratadas y consideradas como mujeres. Por otra parte, el rechazar acciones como la entrega gratuita de jeringas y kits de inyección a los usuarios de drogas inyectables, tendrá un impacto sobre el perfil de las epidemias de VIH y hepatitis C. Sumadas, aunque imperceptiblemente, estas y otras acciones similares alimentan la violencia callejera, los crímenes de odio y las jornadas de intolerancia de la mal llamada "limpieza social".

La invitación, entonces, es a reflexionar sobre el impacto que la desinformación o el prejuicio tienen sobre la vida y la salud de las personas y sobre la sociedad como un todo. A preguntarnos si no tuvimos nada que ver con el suicidio de Sergio, el joven homosexual que se arrojó al vacío para liberar su alma del dolor que le ocasionaron la vulneración de su derecho a la intimidad y el ser tildado de acosador por tener pareja del mismo sexo; a cuestionarnos si la orientación sexual es realmente la que da la competencia moral para educar hijos en un entorno familiar, en los casos de adopción por parejas del mismo sexo, ver el interés superior del menor no en términos del sofisma de si es preferible ser educado por un hombre y una mujer, en contraposición a ser educado por dos hombres o por dos mujeres, sino a la pregunta de fondo: ¿es preferible crecer en un contexto familiar donde no necesariamente se establece un sistema binario masculino-femenino o en uno institucional en donde de todas formas

alguna de las figuras, por lo general la paterna, está ausente? Para que en el debate se pueda apagar el incendio de prejuicios, se debe pensar seriamente: ¿será que la discriminación, la violencia, la corrupción y la guerra se vinculan realmente con la pulsión amorosa y sexual que alguien pueda sentir hacia una persona del mismo sexo o por el contrario tienen una estrecha relación con la homofobia y la intolerancia a la diferencia?

Por último, estas reflexiones son tan solo una clave de interpretación de la nueva política de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos que dan cuenta del pensar y el sentir de muchos de los profesionales de la salud en Colombia, de diversas instancias institucionales y, ante todo, de las comunidades afectadas que se consultaron en su momento.

CONCLUSIÓN

Se puede decir que la política expedida representa una herramienta para la humanización de la práctica médica. Esta da un salto cualitativo al descentrarse de una visión medicalizada de la sexualidad, que se percibe como la raíz de una serie de eventos médicos, para entenderla como una condición humana y humanizante, que se da en un contexto relacional y que más que a patologías se vincula a la autobiografía, al afecto, al erotismo, al disfrute, al placer y tiene una influencia directa sobre el bienestar, la salud física, mental social y en el ejercicio de la ciudadanía plena (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Pero más allá de eso, la política representa una herramienta clave para la educación ética de los profesionales en formación y para el mejoramiento en la prestación de los servicios. Por lo mismo, es necesario comprender los diversos enfoques sobre los que se sustenta, que muchas veces están ausentes de los currículos universitarios de las facultades de ciencias de la salud.

Es básico comprender el enfoque diferencial que apunta al reconocimiento de la diversidad y de las necesidades propias de cada individuo de acuerdo con sus condiciones económicas, políticas o sociales y de particularidades, como el sexo, la edad, la identidad de género u orientación sexual, la pertenencia étnica, situación de discapacidad, el ser víctima del conflicto o de la violencia sexual, entre otras. La política señala que el enfoque diferencial supone la inclusión de los ciudadanos excluidos

y privados de los derechos y libertades. Así mismo, implica la materialización de acciones afirmativas que generen verdaderas condiciones de equidad.

Igualmente, se debe profundizar en el enfoque de género, pues las concepciones de género están cargadas de prejuicios y estereotipos. Una mala comprensión alimentada por los medios de comunicación, el universo simbólico, las leyes o las instituciones refuerzan los preconceptos acerca del rol asignado socialmente a hombres y mujeres. Se desconoce que las construcciones de género son diversas y que no necesariamente corresponden con las características del sexo biológico o a los roles tradicionales esperados por la cultura, según Martínez y Bonilla, citados en Lafaurie (2015), la transformación del sexo en género propia del sistema sexo/género imperante resulta ser el responsable de las asimetrías entre uno y otro sexo, y no las realidades biológicas, como se venía dando por sentado. Los profesionales de la salud no son ajenos a encarnar tales estereotipos, en los que se tiende a invalidar formas de expresión que se aproximen a lo femenino o en los que simplemente consideran lo masculino como algo superior, generando formas de descalificación o revictimización de las mujeres. Así pues, la humanización pasa por el reconocimiento de la igualdad entre hombres y mujeres, pero ante todo por la comprensión y aceptación de las diferentes formas de expresión de la sexualidad.

Por otra parte, la política hace énfasis en que los problemas asociados con la salud sexual y reproductiva responden al modelo de determinantes sociales de la salud, que parte de la premisa de que la justicia social afecta la forma como las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como su probabilidad de enfermar o morir, por lo cual el desarrollo de una sociedad puede medirse por la calidad del estado de salud de su población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Pero no hay que olvidar que el sistema de salud, y quienes lo componen, actúa como un determinante adicional, en la medida y forma en que el responde o no a las necesidades de la sociedad.

Para mejorar las condiciones de salud de la población se requiere garantizar y promover entornos y hábitos saludables, establecer políticas sociales y económicas que garanticen prácticas justas en materia de empleo, trabajo digno y protección social. La salud sexual y reproductiva

no escapa a tales premisas y se ve influenciada por factores, tales como la disponibilidad de espacios educativos y culturales, las construcciones sociales del género, el respeto y la homologación de los derechos de las personas con diversas orientaciones sexuales e identidades de género, la factibilidad de establecer proyectos de vida dignos y útiles para la sociedad o por factores como la posibilidad de acceder a espacios de recreación y deporte dónde el conocimiento del cuerpo se considere un elemento clave de sexualidad y como dispositivo fundamental de comunicación y relacionamiento. En últimas, la construcción de la sexualidad es indistinguible del proceso de humanización y la intervención sobre los determinantes sociales sin duda se verá reflejada en sexualidades que se proyectan cada vez como más satisfactorias, más saludables y más plenas.

Por último, es necesario resaltar el enfoque de derechos. La sexualidad, si se quiere, tan solo es una categoría de análisis, una excusa para actualizar la necesidad de construirnos como una sociedad diversa y respetuosa de unos mínimos de convivencia denominados derechos humanos. La política de sexualidad es una herramienta para la laicidad, repensarnos, ser capaces de convivir en los postulados de un Estado social de derecho que apuntan a la búsqueda de la justicia y la equidad y, como hoy, para considerar que la humanización de la práctica médica, más que un postulado deseable de trato hacia los pacientes, es un imperativo ético con profundas implicaciones para la salud pública y, en general, para la vida en comunidad.

REFERENCIAS

APARISI, A. (2006). El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto. *Persona y Bioética*, *10*(26), 35-51.

COOK, R. (2003). *Salud reproductiva y derechos humanos*. Bogotá: Profamilia.

CORTE Constitucional de Colombia. (2006). *Sentencia C-355 de 2006. Donde se despenaliza el aborto y establece el sustento jurídico para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE.* Recuperado de http://207.58.191.15:8180/xmlui/handle/123456789/55.

KANT, E. (2007). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. San Juan de Puerto Rico: Pedro M. Rosario Barbosa.

LAFAURIE, M. (2014). *En el camino de la feminización.* Bogotá: Universidad El Bosque.

_____. (2015). Género y salud sexual y reproductiva: una intersección irrenunciable. En M. M. Lafaurie, *Salud Sexual y Reproductiva: Nuevas tendencias* (pp. 9-24). Bogotá: Universidad El Bosque.

MILLER, S. (1995). Hospital, Medieval and Renaissance History. En *S. G. Post, Encyclopedia of Bioethics* (pp. 1184-1187). Nueva York: Macmillan Reference USA.

MINISTERIO de Salud y Protección social. (1994). *Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Recuperado de https://goo.gl/XwiA5T.

_____. (2014). *Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos Reproductivos.* Bogotá: Profamilia, OIM, MinSalud y UNFPA. Recuperado de https://goo.gl/o1S1Py.

ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo.* Nueva York: ONU. Recuperado de https://goo.gl/hjpM9F.

SEGUNDA PARTE

HUMANIZACIÓN, TENSIONES Y PROFESIONES DE LA SALUD

LÍMITES Y CONTRADICCIONES AL INTENTAR HUMANIZAR LA ATENCIÓN EN UNA REALIDAD DE EXPLOTACIÓN MÉDICA LABORAL

ADRIANA ARDILA-SIERRA

INTRODUCCIÓN

EL LLAMADO SOCIAL A HACER MÁS HUMANA LA ATENCIÓN MÉDICA se ha hecho coro en Colombia. Aquí, los sujetos que optan por este tipo de atención transitan con sus procesos de salud, enfermedad, vida, muerte y sufrimiento entre itinerarios burocráticos y clínicos (Abadía y Oviedo, 2009), paseos de la muerte y largas esperas en salas de urgencias, consultas de 20 minutos, o menos; tutelas y gestiones individuales en busca de una satisfacción integral y digna a sus necesidades. Y desde allí piden al personal sanitario incrementar su sintonía intelectual, afectiva y práctica con las necesidades que les ponen en encuentro.

Para responder a tal solicitud, están predominando esfuerzos de gestión que parten de entender la humanización como un producto que resulta de la adecuada gestión empresarial. El punto de partida es que la humanización se logra a través de acciones sobre los procesos de atención, tales como incorporar buenas maneras, frases o miradas cordiales al desempeño cotidiano del trabajador sanitario. Haciendo un símil con la corriente de la atención gerenciada, esta tendencia podría llamarse *humanización gerenciada*, la cual es interesante pero equivocada e insuficiente, porque a través de ella no se modifican las raíces de este contexto, sino que en su lugar se amortigua y reproduce esa realidad deshumanizada y deshumanizante que se pretende cambiar, haciendo de la humanización una noción contradictoria.

Ahora bien, en un sentido amplio, se pueden identificar por lo menos tres grandes tipos de limitantes estructurales que se deben superar, si la intención es humanizar en el fondo y no solo en las maneras la práctica médica moderna. Unas limitantes están relacionadas con el modo de producción y reproducción social de nuestros tiempos, otras con el carácter neoliberal y, por tanto, deshumanizado del sistema de salud vigente y también con la actual realidad deshumanizada y deshumanizante de explotación laboral en salud. En este capítulo se abordarán las últimas, es decir, las relacionadas con la realidad laboral de explotación en el sector salud. Y, por mi trayectoria investigativa, haré énfasis en la explotación de médicos y médicas generales.

Se recogerán y ampliarán planteamientos presentados a finales de 2014 en el III Foro de Bioética Clínica y II de Historia y Filosofía de la Medicina: humanizar la salud. Significado, posibilidades y límites y, en uno de los episodios de noviembre del mismo año, del programa radial *El Monitor de la Salud*. Los extractos de entrevistas aquí citados son parte del material de campo de mi investigación doctoral, finalizada recientemente.

EXPLOTACIÓN MÉDICA Y HUMANIZACIÓN

Mi propuesta es que la explotación médica impone límites y contradicciones a la posibilidad de responder al llamado social de hacer más humana la atención en salud. Porque con la explotación no solo se modifican las condiciones laborales, sino el acto médico en sí mismo. Esto que propongo se podría descartar si la noción de explotación médica fuese una mera creación intelectual. Entonces, comenzaré sustentando que en las décadas recientes de reforma sanitaria y laboral neoliberal en Colombia se ha configurado una realidad de explotación médica laboral y, a partir de allí, reflexionaré sobre los límites y contradicciones que esta explotación impone a la humanización de la salud.

Al plantear que existe explotación médica se reconoce que el trabajo médico es productivo, es decir, que este trabajo funciona como base para la extracción de lucro o como base para la acumulación. Antes de la ola neoliberal, poco se hablaba de la productividad del trabajo médico y estaba mal vista por la sociedad en términos morales e incluso normativos. Por

ejemplo, en Brasil, el lucro extraído directamente del trabajo médico estaba definido como explotación en el código de ética médica y, por lo tanto, estaba prohibido. Así, cuando el célebre médico sanitarista brasilero Sergio Arouca argumentó en los años 70 la validez de hablar del trabajo médico como productivo, mencionó que la explotación médica sería, en teoría, una de las formas de productividad directa, pero esta forma de productividad aún no figuraba en el centro de su argumentación, puesto que aún no se expresaba como un fenómeno real (Arouca, 2008).

Ahora bien, recién entrado el siglo XXI y en respuesta al mandato recibido en la Cumbre de Jefes de Estado de Miami, celebrada en 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsó una iniciativa para orientar a los países de América Latina hacia un mejor ajuste, en el campo de los recursos humanos, a las reformas regionales que desde los años 90 se venían dando en lo económico, sanitario y laboral, hacia la configuración de mercados. Dentro de las necesidades, identificaban la de sistematizar una teoría de la productividad en salud y la de documentar experiencias relacionadas con la productividad y con el desarrollo de sistemas de incentivos. Y allí, la productividad del trabajo y la calidad de los servicios empezaban a categorizarse como elementos sinérgicos y prioritarios (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS, 2000).

Colombia no participó en esa reunión fundacional, pero aquí, para la misma época, esa noción de productividad en salud ya se estaba difundiendo y hacía parte de las prioridades políticas, entendiéndola como un incremento deseable en la capacidad individual para producir trabajo (Ministerio de Salud y Protección Social-CENDEX, 2001). Se inauguraba aquí la senda hacia una forma de productividad médica que derivaría en la explotación de esa fuerza de trabajo.

En adelante, se fue haciendo natural enfocar los procesos de atención al sufrimiento humano como se orientan los procesos industriales de producción; es decir, como cadenas productivas compuestas por unidades de negocios con potencial lucrativo. Desplazando discusiones sobre lo adecuado o inadecuado de promover la productividad en el ámbito de atención a la salud humana, para situarse, por ejemplo, en discusiones sobre las mejores estrategias para lograr la mayor productividad sin sacrificar calidad (Bardey y Castaño, 2007).

Entonces, los ajustes realizados para que cada trabajador haga más en menos tiempo y a más bajo costo se pueden interpretar, por lo menos, de dos maneras: la actual hegemónica, en que se resalta el efecto positivo del trabajo productivo sobre indicadores económicos o de cobertura de los sistemas de salud, y la crítica, en la que resalta la relación entre el trabajo explotado y los procesos de acumulación y de deshumanización de los sistemas de salud. Teniendo en cuenta que la razón de ser de quienes aspiramos a la máxima salud y al máximo bienestar de las poblaciones no es el mejoramiento de indicadores económicos y que abarcar poblaciones de manera productiva no equivale a cuidar la vida ni la salud, me interesa desarrollar la segunda perspectiva: la productividad del trabajo médico como sinónimo de explotación laboral que favorece procesos de acumulación y de deshumanización.

La explotación del trabajo médico proliferó en las últimas décadas en la medida en que predominaron relaciones laborales de subordinación, en las que el médico dejó de poseer los medios para producir su trabajo y pasó a vender su fuerza de trabajo. Este y otros cambios que han sido distintivos del proceso neoliberal sanitario y laboral, han reconfigurado profundamente la noción de productividad del trabajo médico que propuso Arouca (2008). He realizado una actualización de esta noción, pero la misma excede los propósitos de este capítulo, así que me limitaré a presentar las novedades que hacen que hoy hablemos del trabajo médico no solo como un trabajo productivo, sino también, principalmente, como un trabajo explotado. Las presentaré junto con algunas experiencias locales que he rastreado mediante entrevistas a médicos y médicas generales (cuya identidad no revelo), para ilustrar su conexión con la deshumanización.

Una primera novedad, que se configura en paralelo al proceso de asalarización médica, es la reducción y el estancamiento salarial. El bolsillo médico enflaqueció mientras que engordaban las arcas de los nuevos actores, principalmente privados, en medio de las transformaciones gerenciales neoliberales de dinámicas sociales y sectoriales de corrupción, y de tendencias sectoriales hacia el incumplimiento en los pagos de las obligaciones salariales. Si usted buscara trabajo como médico general en Colombia, como lo hice yo en abril de 2014, consultando ofertas disponibles en la web para los 36 departamentos del país, encontraría ofertas de entre 1,5 y 6,5 salarios

mínimos mensuales legales vigentes, con diferencias entre regiones, entidades prestadoras, tipo de servicio a prestar, horario y tipo de contratación. Hay poca literatura disponible para hacer comparaciones, pero según mis entrevistas, hace 20 años la oferta salarial podía ser seis veces superior (rondando los 20 salarios mínimos).

A este fenómeno de estancamiento y de reducción salarial se une un segundo signo de explotación que es característico en las ofertas de empleo del sector salud: las jornadas de trabajo superan los topes legales definidos en el Código Sustantivo del Trabajo (República de Colombia, 1950); asunto que se hace invisible por las contrataciones flexibles y a destajo en las que, básicamente, se recibe un pago por horas o por turnos laborados. Independientemente del tipo de contratación, en este sector se suele entender como medio tiempo de trabajo médico asistencial a la jornada de seis horas diarias de lunes a viernes más dos sábados por mes. Un tercer elemento de relevancia, que se deriva de los dos anteriores, es el multiempleo: los doctores trabajan en más de un lugar, acumulando jornadas de 12 y más horas diarias (si sumamos los turnos nocturnos) para incrementar su ingreso neto mensual (Defensoría del Pueblo, 2007). El panorama es más complejo y diverso, pero la combinación de estos tres elementos nos ayuda a introducir una primera manifestación concreta del carácter estructural de la deshumanización: doctores y doctoras que corren de un lugar de trabajo a otro, en situación de subordinación, cumpliendo extensas jornadas por una remuneración en descenso, son quienes están respondiendo a nuestras necesidades médicas.

Veamos la situación desde la perspectiva de un colega que recibía inducción laboral para trabajar en la consulta externa de una entidad privada bogotana:

> El último día me mandaron a inducción con un doctor para todo lo del manejo de la historia clínica y todas esas cosas, como pa' conocerla mejor; y pues ya eran las 3:00 de la tarde, el doctor llevaba desde las 7:00, ese hace doble turno, y es muy querido el tipo, muy formal, muy atento, ya un tipo mayorcito… y ya al final, de las 6:00 pa' adelante: "listo doctor, aquí el que viene lo sacamos rápido, la sacamos rápido" ¿no? Entonces se empieza a manejar él también en un lenguaje distinto, perdóname, como peluqueando bobos. (Comunicación personal, 2014)

En este testimonio se refleja una primera conexión entre la transformación productiva de la jornada de trabajo y la deshumanización, en la medida en que el sacrificio del tiempo para el descanso, para el ocio o para la reflexión se acompaña de una menor posibilidad de pensar, sentir y actuar para y por quien padece, entendiéndole como ser humano. Emerge la cosificación del paciente y de su padecimiento; cada vez más extraños, lejanos y ajenos. Pero el testimonio también refleja los efectos del ajuste de los sistemas de salud a modelos de mercado, mediante la incorporación de gestiones clínico-hospitalarias a favor de la productividad, que emulan modelos industriales de organización del trabajo. En la práctica, uno de los cambios más visibles ha sido el ajuste del tiempo de contacto médico-paciente al mínimo legal permitido de 20 minutos (Ministerio de Salud, 1994, art. 97, Resolución 5261). Aunque he encontrado variadas experiencias de colegas laborando bajo esquemas de organización de los tiempos de consulta por debajo de este límite.

Si se analiza en conjunto estos cambios en el salario y en el ritmo de trabajo, nos ubicamos más claramente en el ámbito de la explotación laboral. Por ejemplo, si dividimos el actual salario médico promedio entre el número de pacientes que se pueden atender cada 20 minutos en un mes de trabajo y lo cruzamos con la tarifa del SOAT vigente (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud, 1996), manual de uso frecuente en el ámbito de facturación colombiano, para una consulta ambulatoria médica general, podemos estimar que actualmente un médico asalariado colombiano trabajaría lo necesario para producir su salario aproximadamente en una sola de las cuatro semanas que labora al mes. Esto sin incluir en las cuentas el copago ni los consumos derivados.

Antes de la era de la atención gerenciada, el control de los tiempos de atención hacía parte de las preocupaciones de las directivas hospitalarias por colegas que, trabajando bajo modelos más cercanos a los propuestos para los Estados de bienestar, respondían a muy bajo ritmo a las necesidades de sus pacientes. No eran fenómenos generalizados, pero hay que reconocer que también fue una época de represamiento y de largas listas de espera quirúrgicas, que bien podían acortarse cuando se implementaban estímulos salariales por acción realizada o por paciente atendido (lo que se conoce como pago por evento). El problema de la deshumanización no emerge en el neoliberalismo, sino que se reconfigura y

se acrecienta, pues al optarse por la organización cronométrica de los ritmos laborales, el remedio ha sido peor que la enfermedad.

Mencionemos entonces otras dos transformaciones relacionadas con el ritmo de trabajo que han aportado a la configuración de la explotación y de la deshumanización médicas actuales. Ambas se sitúan en el ámbito del gerenciamiento de la organización del trabajo, que busca incrementar la productividad por la vía del plusvalor relativo. La extracción de esta plusvalía abarca estrategias para ajustar el ritmo de trabajo, cuando ya no es posible alargar más la jornada (porque el pacto social lo impide), pero aún se la quiere hacer más productiva; para el caso médico dentro de este tipo de cambios hay que resaltar la intensificación y la densificación laborales. La intensificación hace referencia a la necesidad de realizar más tareas médicas por unidad de tiempo (por ejemplo, hacer una historia clínica completa en el tiempo estándar de los famosos 20 minutos) y la densificación a la incorporación de nuevas tareas, no médicas, dentro de ese mismo lapso (como quehaceres administrativos de llenado de registros y formatos). Esto supone transformaciones en el acto médico, nuevas formas de praxis y cambios en la relación entre médicos y pacientes, todas ellas en contravía de la humanización, porque, por ejemplo, ya no hay tiempo ni condiciones para indagar más que la razón principal por la que el paciente acude. En palabras de dos colegas, uno de ellos decía:

> seguramente estos doctores empezaron como empecé yo, de muy buena fe, demorándose tiempo y poquito a poquito va uno reduciendo el examen físico, yo tengo que decirlo yo también al principio me demoraba eternidades, pues ya lo he ido reduciendo, al mínimo que yo considero que es importante; probablemente si pasan dos *años más, pues ya le he ido reduciendo más cosas, y si pasan* cinco, pues ya le reduzco más a llegar a extremos muy hartos, que lo tengo que decir… pacientes que tuve que me contaban de colegas que ni siquiera los examinaban, que por ejemplo si es un paciente de 25 años pues ni tomada de tensión ni nada, porque qué va a tener. (Comunicación personal, 2014; cursivas propias)

Y otro expresaba:

> ya uno no conoce la gente nada, entonces, es como de lejos es “cuénteme a qué viene”, y así como uno lo ha escuchado “cuénteme lo más importante que usted

> necesita o por lo que vino hoy y le trabajamos a ese pedacito", pero cuando la gente "no es que además sufro de aquello y lo otro" no es que uno no quiera escucharla, sino que no tiene el tiempo de escucharla, porque es que me han puesto ahí más pacientes para que los atienda y yo tenga una producción para la empresa, ¿sí?, y saque gente, ¿sí?, porque que rico sería uno poder dedicarle mucho tiempo, de vez en cuandito, [...] la gente trae por dentro una cantidad de cosas así enormes con solo una vez de preguntarle "¿y cómo?, ¿y sus hijos?", y la gente llora y se desahoga y dice una cantidad de cosas que uno dice "ush, estamos mal", ¿sí?, y la gente después agradece que uno le preguntó, y ¿a quién no le gustaría que a uno le preguntaran cosas y cosas y su médico supiera más cosas de usted?, a todos, ¿sí?, pero este sistema nos ha llevado a que esta relación sea apenas "ya, ¿por qué vino de momento?" y le alcanzo a resolver tal cosa "pida nueva cita, no sé qué, dentro de... cuando se la den dentro de dos meses, tres meses, no sé, y nos volvemos a ver. (Comunicación personal, 2014)

Aquí se revela una delicada conexión entre las transformaciones productivas del trabajo y la del acto médico: el ajuste en el ritmo del trabajo se va traduciendo en que ya no se realice la clásica anamnesis completa del paciente, sino que haya una circunscripción estricta al motivo de consulta, silenciando mucho más de lo que Waitzkin (1991) describiera al identificar el acto médico como un dispositivo de disciplinamiento y de control ideológico. La muerte de la anamnesis, dirían los foucaultianos.

Pero vamos a ver otras formas novedosas de productividad del trabajo médico que ayudarán a entender la magnitud y las particularidades de la explotación en este caso. Empecemos con el testimonio de un colega que laboraba seis horas diarias en la consulta externa de una entidad privada al momento de la entrevista:

> Para las empresas es: este médico nos cuesta [tanta plata] por seis horas al mes, por [esa plata] tenemos que hacerlo rendir. ¿Hacerlo rendir es qué? que vea 18 pacientes diarios, que no formule más del 85 %, que no remita más del 10 %, que no mande imágenes diagnósticas a más del 10 % y que no mande más del 32 % de laboratorios. Si él supera esos topes, es un médico que no es costo efectivo para la institución. (Comunicación personal, 2014)

En muchos casos los topes son invisibles y se van aprendiendo en el día a día; en otros, los doctores firman mes a mes actas en las que se comprometen a ajustar su conducta para no salirse de ellos. Y, continúa el colega:

> ¿Qué es lo que empieza uno a ver? compañeros mañosos, y no son mañosos porque sí, sino porque les toca, entonces, por ejemplo, si llega un paciente con una evidente lesión que es de manejo del dermatólogo, entonces ¿que toca hacer? Registrar todo, luego le mando su Betametasona, o le mando cualquier cosa ahí, y lo veo dos consulticas más y ahí s*í* lo mando, ¿Pa' qué?, pa' que en la historia quede registrado de que usted le dio manejo, es decir de que usted *intentó* hacerle algo y que no respondió al manejo. (Comunicación personal, 2014; cursivas propias)

Estas cortapisas a los actos médicos, topes de gasto, metas de productividad o indicadores de gestión han sido descritas como formas de controlar los excesos de los doctores quienes, presionados por el gran complejo médico industrial, pueden abusar en el consumo de tecnologías. Pero si las medidas para controlar excesos médicos inducen a un reaprendizaje laboral de la medicina aprendida en la escuela, de tal manera que el cumplimiento de metas mensuales individuales interfiera con la puesta en marcha de algoritmos diagnósticos y de manejo y conduzcan a optar por acciones que no conviertan al paciente en gasto, este tipo de interferencias al acto médico se convierten en rutas de deshumanización que no se revierten ni con un trato más humano ni con una formación en ciencias humanas para el profesional sanitario. Claro, el profesional con formación humanista sólida puede ser menos susceptible al cambio ante estas condiciones laborales; pero si la realidad del trabajo que prolifera es esta de subordinación, productividad y explotación, es insuficiente la apuesta social que se limita a la humanización en las aulas y, más bien se corre el riesgo, que en Colombia es una realidad, de ver crecer la cantidad de profesionales que abandonan la praxis médica, al país o que se descuidan a sí mismos y a sus pacientes para acoplarse al sistema.

El testimonio que acabo de presentar podría tomarse como un dato menor, anecdótico, solo hipotético, pero, en 2013, el médico y salubrista colombiano Guillermo Sánchez se aproximó a la realidad nacional del

cáncer de piel no melanoma y sus hallazgos aportaron una versión real que concuerda con la que estamos describiendo, como lo ilustran estas palabras de uno de los pacientes que él entrevistó:

> Yo creo que a los médicos no los dejan hacer muchas remisiones y formular algunas drogas o mandar exámenes [...] a mí me tocó ir por mi cuenta, pero tuve que pagar particular [...]. A mí me tuvieron como cuatro meses dándome unas cremas que no me sirvieron para nada, [...] después de como tres meses me dijo que me mandaba al especialista. (Sánchez, 2013, p. 167)

Lo que podemos identificar aquí es cómo la subordinación y la explotación médica pueden influir (directa o indirectamente) en el itinerario ya no solo burocrático, como lo describieran Abadía y Oviedo en 2009, sino ahora también en el *itinerario clínico* o terapéutico de pacientes oncológicos cuyo pronóstico, sabemos, depende del manejo especializado y oportuno. Estas trabas en la gestión que, en lugar de controlar posibles excesos médicos, exceden su control sobre los mismos haciendo que, como concluye el último colega citado, "el médico general ya no sea puerta de entrada, sino más bien barrera de acceso de este sistema".

Podríamos hablar de una *barrera clínica de acceso* porque el galeno puede contener o controlar, a través de argumentos técnico-científicos, el consumo de bienes y servicios médicos. Se ve una mayor probabilidad de que esto ocurra si el médico vive de su salario (y solo de él), si está subordinado a adoradores de la brújula de la productividad y percibe que su permanencia en un puesto de trabajo depende del ajuste de su praxis a topes de productividad en los que la salud financiera se superpone a la humana. Nada habría de humanización en que estos argumentos médicos se transmitieran más cálidamente al paciente. Por eso, aquí la humanización se hace un elemento contradictorio: a la vez necesario y peligroso, transformador y reproductor del estado actual.

Vamos con otro extracto de realidad, pero ahora situándonos en la atención médica de urgencias en una clínica del Valle del Cauca en la que, en abril de 2014, se empezó a experimentar la exigencia de la productividad. Me contaba una doctora:

> En estos últimos tiempos, cada mes nos están midiendo cuántos pacientes

> atiende usted por hora, si los pacientes que atendió son *triage* 3, *triage* 2 o *triage* 1; si el médico de observación está haciendo las evoluciones [etc., y] ¿Qué es productivo? Que por lo menos tenemos que tener un récord de pacientes vistos por hora mayor a 1,5 para los *triages* 3, en los *triages* 2 a veces es 1 por hora porque pues igual la complejidad del paciente, o sea no solamente de hacerle la historia clínica, habilitar el tratamiento, comentar al especialista, a veces comentarlo a la UCI, remitir, o sea, todo eso le lleva tiempo al médico general. (Comunicación personal, 2014)

Pregunté a la doctora su opinión sobre el efecto, bueno o malo, de estos cambios para sus pacientes:

> Yo, en realidad pienso que eso no beneficia al paciente porque resulta que si nosotros hablamos de productividad entonces, tenemos que cumplir un número de pacientes por hora ¿listo?, y resulta que los pacientes que se han complicado devengan de uno mucho más… mucho más tiempo, entonces ¿qué estamos viendo ahorita? que por ejemplo hay abuelitos de 80 años y todo el mundo se los empieza a saltar, o sea nadie lo llama, ¿por qué?, porque resulta que ese abuelito de 80 años me va a mí a devengar invertir más tiempo entonces, yo no voy a poder ver los 12 o 14 o 20 pacientes que tengo que ver, sino que mi número de pacientes va a disminuir, si llega un paciente triage 2, que nosotros sabemos que ya es un paciente más complicado, un cólico renal, un dolor torácico, algo que de pronto uno tenga que comentar al especialista, entonces empiezan a saltarse pacientes. (Comunicación personal, 2014)

Imaginemos pacientes complejos que empiezan a quedarse atrás en unas filas de espera invisibles donde la gripa, la diarrea o la cefalea van primeras no por un criterio clínico, sino por demandar menos tiempo y dedicación por parte del galeno subordinado.

Así se devela un *triage de productividad* superponiéndose al *triage clínico* y cocinando en su conjunto transformaciones en las subjetividades laborales, por ejemplo, cuando a la vocación de servicio que, en teoría caracteriza a la profesión médica (Coe, 1973), se van superponiendo rechazos o resistencias del tipo “a mí no me toca ese paciente”. Recordar que estas modificaciones subjetivas se expresan en lo particular, pero tienen raíz estructural, es fundamental para no quedarse en culpabilizar o en victimizar

al trabajador, y para comprender lo limitado y contradictorio de quedarnos solo en hablar de humanizar los procesos de atención o los currículos de formación en salud. Este error interpretativo está cobrando adeptos en nuestro país y vemos crecer día a día las agresiones a colegas que, entre subordinación y autonomía, intentan responder a las necesidades de salud de las poblaciones en nombre de empresas preocupadas por la salud financiera. No es posible la humanización sin transformación social y sectorial estructural, porque no se interrumpe la producción y reproducción de moralidades y subjetividades contrarias al bienestar y al cuidado de la vida.

Sí es necesaria, pero es insuficiente, una sólida formación ética y social de los profesionales; y digo que es insuficiente porque la realidad de trabajo que enfrentarán será devoradora o los expulsará.

CONCLUSIÓN

Cuando repetimos que los médicos son importantes y productivos para el capital por mantener saludables a los ejércitos laborales de reserva, no nos damos cuenta de que estamos en un momento histórico y social diferente, de reconfiguración neoliberal del valor de la vida, en el cual, tristemente, para el capital unas cuantas pérdidas en vidas humanas ya no hacen mella, entre otras, porque los ejércitos de reserva ya están creados, son enormes, cruzan fronteras y están laboralmente desregulados. Ignorar esto ha facilitado la reconfiguración del papel del médico y de su productividad en el neoliberalismo, en la que el capital se le resta relevancia a la habilidad para el cuidado de la vida y se le suma importancia a la capacidad para el cuidado de la salud financiera. A diferencia de los sectores industriales, hoy en salud el trabajo médico puede ser más productivo en quietud o aquiescencia intelectual que en acción.

Entonces, es contradictorio humanizar la atención en salud limitándose solo a educar, formar o capacitar a estudiantes, profesionales o instituciones. Esa labor es necesaria, pero la realidad laboral y el funcionamiento cotidiano del sistema de salud devorarán y anularán buena parte de esos esfuerzos o terminarán siendo amortiguados por ellos. Por todo lo anterior, es necesario ver la humanización como resultado y no

como ruta; como síntoma del ejercicio político de la medicina a favor de la salud de las poblaciones y no como mecanismo. ¿Cuál sería la ruta? siempre apuntar simultáneamente a la dignificación del trabajo sanitario y a la reivindicación el derecho a la salud; es decir, que se dirija por igual al bienestar de los pacientes y al del personal de la salud, abandonando cualquier iniciativa que se limite a requerir solo el bienestar salarial o laboral médico o del sector sanitario, sin modificar las condiciones de salud o de atención a las poblaciones.

Me atrevo a lanzar unos pocos ejemplos de caminos por andar:

1. Eliminar las condiciones laborales de explotación bajo las cuales se trabaja hoy en día y dignificar el empleo médico.
2. Reivindicar la anamnesis como condición diagnóstica irremplazable, rechazando tajantemente cualquier condición laboral que lleve a una praxis médica concentrada solo en el motivo de consulta.
3. Reivindicar la prolongación, por lo menos al triple, de los tiempos médicos de atención preservando siempre el derecho médico a determinar el lapso que cada paciente necesita.
4. Reivindicar el derecho a tiempo de descanso y de ocio remunerados.
5. Crear un código de ética médica para médicos no clínicos.
6. Crear un código de ética para las demás profesiones y oficios administrativos relacionados con la salud.
7. Humanizar los oficios administrativos relacionados con la salud.
8. Reconfigurar el acervo de indicadores de éxito del sector salud para concentrarse exclusivamente en indicadores de mejor salud, cuidado y condiciones de trabajo y empleo dignas.

REFERENCIAS

ABADÍA, C. y Oviedo, D. (2009). Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine*, *68*, 1153-1160.

AROUCA, S. (2008). Medicina preventiva y sociedad. En S. Arouca, *El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión crítica de la medicina preventiva* (pp. 207-29). Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.

BARDEY, D.y Castaño, R. (2007). La regulación de tarifas en el sector de la salud en

Colombia. *Revista de economía institucional*, *9*(17), 347-357.

COE, R. (1973). La profesionalización de la medicina. En *Sociología de la medicina* (pp. 218-51). Madrid: Alianza.

DEFENSORÍA del Pueblo. (2007). *Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud.* Colombia: Defensoría del Pueblo.

MINISTERIO de Salud. (1994). *Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Recuperado de https://goo.gl/1OobwH.

MINISTERIO de Salud y Protección Social-CENDEX. (2001). *Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva.* Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

MINISTERIO de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Salud. (1996). *Decreto 2423 de 1996. Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.* Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Salud.

NIGENDA, G., Ruiz, J., González-Robledo, L. M., Wirtz, V., González-Robledo, M. C., Aguilar, M. E., y Bejarano, R. (2010). *Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica.* Cuernavaca: Instituto de Salud Pública.

PROGRAMA de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS. (2000). *Observatorio de los recursos humanos de salud. Propuesta interagencial OPS-CEPAL-OIT.* Quito: OPS.

SÁNCHEZ, G. (2013). *Cáncer de piel no melanoma: riesgos e itinerarios.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Doctorado Interfacultades en Salud Pública.

WAITZKIN, H. (1991). *The politics of medical encounters. How patients and doctors deal with social problems.* New Haven; London: Yale University Press.

LA FUTILIDAD TERAPÉUTICA: LA PERCEPCIÓN DEL MÉDICO COMO TRATANTE Y COMO PACIENTE

FRITZ EDUARDO GEMPELER RUEDA

Introducción

EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ACTUAL ES FRECUENTE OBSERVAR UNA creciente utilización de novedosas tecnologías y tratamientos. Su utilización excesiva es posiblemente una consecuencia de la sobrevaloración de los logros científicos; es decir, puede deberse, como dice Torregrosa (2012), al hábito de la medicina occidental de tomar la salud como ausencia de signos y síntomas, enfocándose más en curar que en sanar, sumado a la "búsqueda incesante, costosa y en ocasiones inescrupulosa", por parte de los proveedores de nuevos tratamientos y tecnologías que pretenden la normalidad de los órganos y los sistemas del cuerpo humano, sin tener en cuenta que muchos de estos tratamientos modifican sustancialmente otros aspectos también vitales para la calidad de vida del enfermo. Asimismo, se suma el temor a las demandas y la aprehensión ante la muerte o el fracaso terapéutico (Fajardo, 2003). Lo anterior conduce a que los tratamientos extraordinarios rápidamente se conviertan en convencionales, creando así una situación que no existía en el pasado: pacientes en estado crítico, con muy pocas probabilidades de recuperar una calidad de vida aceptable, tanto para ellos como para sus familias. Si sobreviven, generalmente permanecen en estados de incapacidad e invalidez significativos, creando cargas económicas y psicológicas muy importantes en la sociedad y sus familias, sin mencionar el sufrimiento continuo del paciente, no solo en su vida, sino desde el inicio del soporte vital avanzado hasta su muerte. Esta nueva situación clínica en crecimiento genera, desde hace más de dos décadas, debates bioéticos referentes a la futilidad. En los últimos años se

han incrementado las discusiones sobre la aceptación de aquellos manejos médicos que tienen pocas probabilidades de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos, especialmente cuando el paciente se encuentra en un estado terminal (Cook, Rocker, Giacomini, Sinuff y Heyland, 2006).

Se establece la futilidad médica cuando en un paciente la probabilidad de lograr un efecto determinado con una terapia es, a juicio del médico y del paciente, muy baja. La consecuencia necesaria al establecerla es la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), lo cual significa no iniciar o retirar un tratamiento fútil en un paciente crítico (CCM, 1997). Teniendo en cuenta los principios de beneficencia y autonomía es importante saber que, aunque la medicina actual tiene la capacidad de lograr una multitud de efectos, ninguno de ellos es, en principio, benéfico para el paciente, a menos que este lo aprecie como tal. Desafortunadamente, en ocasiones se deja de lado este asunto fundamental, centrándose únicamente en mantener vivo al paciente a toda costa, olvidándose muchas veces de sus deseos y expectativas (Schneiderman, 2011). El tratar de entender la naturaleza de las actitudes de los médicos hacia la futilidad, en especial en el proceso al final de la vida, puede aportar información importante sobre las estrategias para ayudar a mejorar la capacidad de cuidar a los pacientes y sus familias en los procesos de enfermedad y de muerte.

Las percepciones respecto a la calidad de vida y tratamientos de soporte vital de los médicos y pacientes en el campo de la futilidad varían de forma importante de estudio a estudio. Entre los factores que influyen en las distintas percepciones están las tradiciones, las creencias y la cultura del sitio donde se realizan las investigaciones. Por lo anterior, se hace indispensable conocer cómo los médicos perciben una situación de posible futilidad en nuestro medio, pues se podría pensar que la calidad de vida, muchas veces, es más valiosa para el paciente y sus familiares que para los doctores en el momento de tomar decisiones vitales. Adicionalmente, en observaciones no controladas en la práctica clínica diaria, es frecuente percibir discrepancias entre las actitudes de los médicos hacia sí mismos y hacia los pacientes que van a ser llevados a procedimientos médicos y quirúrgicos, en especial cuando están en estado terminal. Dicha observación es avalada por Murray (2012), quien afirma que la mayoría de ellos, aun teniendo a su alcance los más recientes avances de la medicina, ante una situación terminal optan por una muerte serena sin

intervenciones crueles y superfluas.

Una exploración sistemática de esta divergencia entre las actitudes de los médicos hacia sí mismos y hacia el paciente podría contribuir a articular una hipótesis de investigación sobre el razonamiento moral de los profesionales de la salud; no solamente para ofrecer información que impulse investigaciones orientadas a formular recomendaciones sobre el manejo de situaciones de futilidad terapéutica en diferentes ámbitos médicos, sino para hacerles explícitas sus diversas percepciones sobre ella. En su mayoría, los estudios empíricos de la percepción de futilidad se han realizado en las unidades de cuidados intensivos y no son frecuentes. Hasta la fecha no existe un estudio que muestre las actitudes de los médicos, de diferentes especialidades, en Colombia ante una situación de potencial futilidad y en su propia persona, razón por la cual se planteó el presente artículo. Teniendo en cuenta las características de la exploración planteada, se decidió realizar un estudio cuantitativo tipo cuestionario autoadministrado con una muestra por conveniencia de doctores graduados y especialistas.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo presentándoles a los participantes voluntarios un cuestionario en el cual se describía un caso clínico hipotético: una paciente con hemorragia intracerebral. Se describía desde el ingreso a urgencias, posibilidad de cirugía y evolución hasta la muerte, siendo la limitación del esfuerzo terapéutico una opción posible a través del curso clínico, así como las razones para continuar o suspender el tratamiento. Para evaluar las actitudes hacia sí mismo, se presentó una situación hipotética en el que la limitación del esfuerzo terapéutico en *propia persona* fuese una elección permitida.

El estudio se llevó a cabo con 150 médicos graduados, en ejercicio de su profesión, ya fueran estudiantes de posgrado, especialistas clínicos o quirúrgicos en el Hospital Universitario San Ignacio en Bogotá, Colombia. Las características demográficas de los encuestados se pueden ver en las figuras 1, 2, 3 y 4.

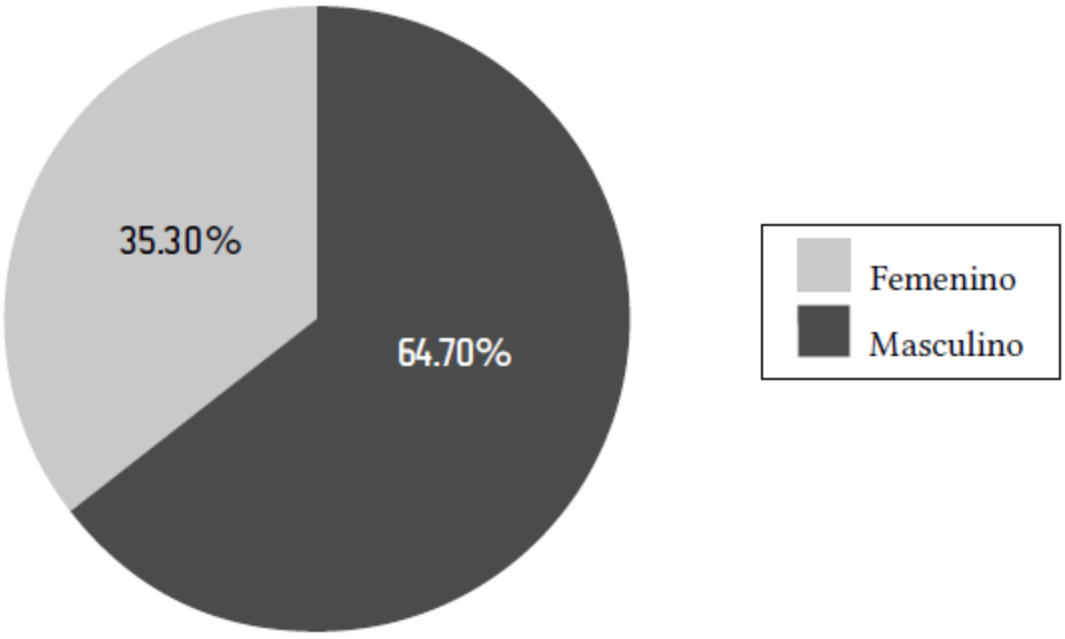


Figura 1. Género de los médicos encuestados
Fuente: Elaboración propia

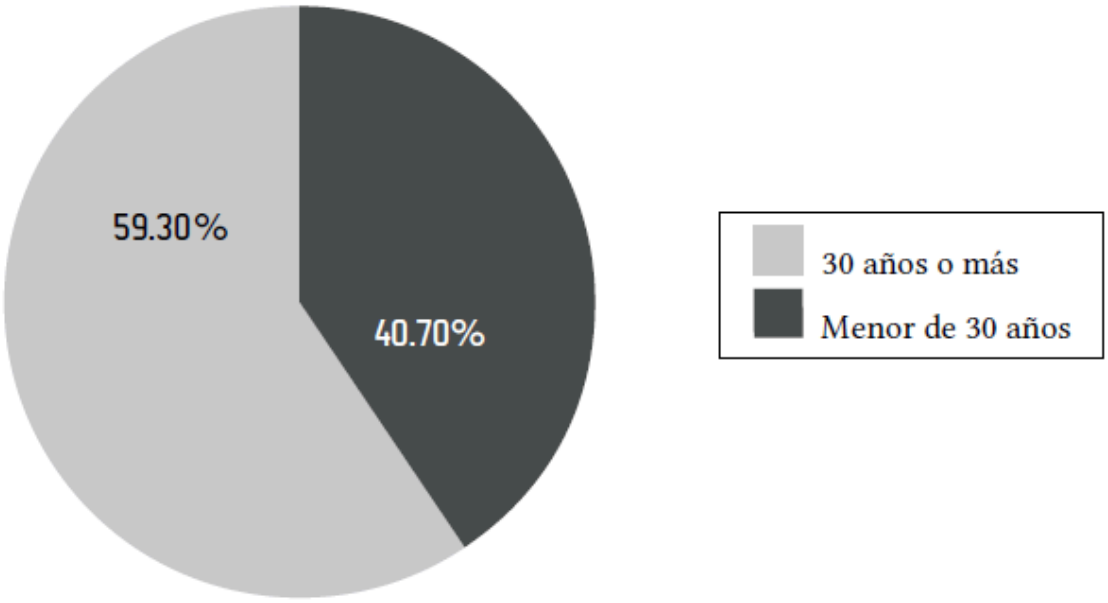


Figura 2. Distribución por edad de los médicos encuestados
Fuente: Elaboración propia

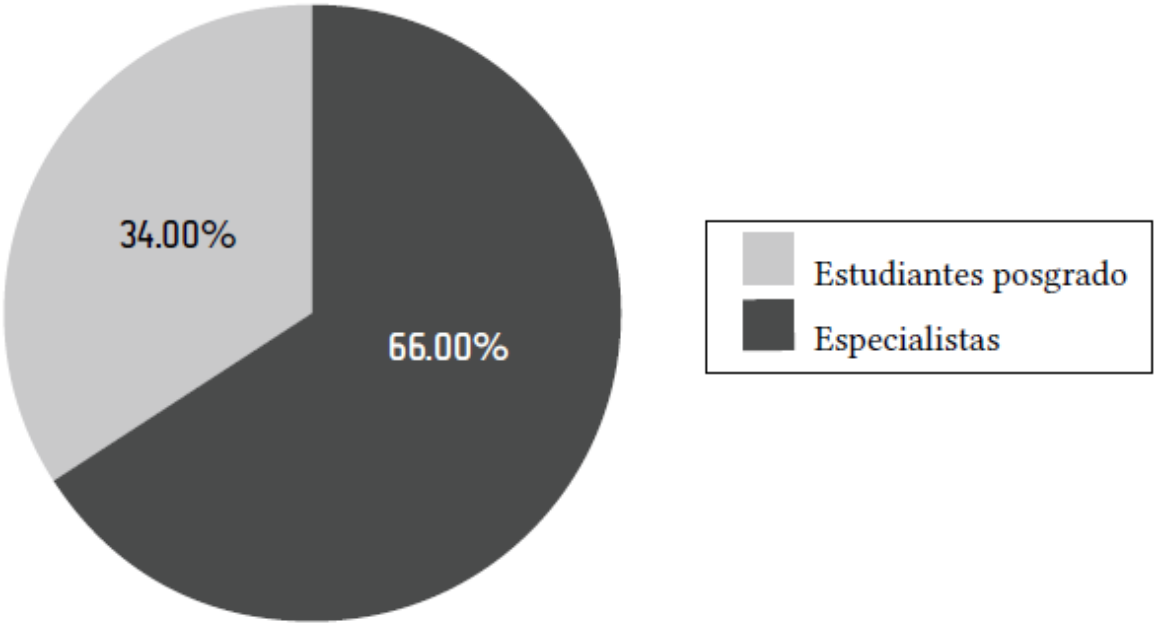


Figura 3. Distribución en educación de los médicos encuestados
Fuente: Elaboración propia

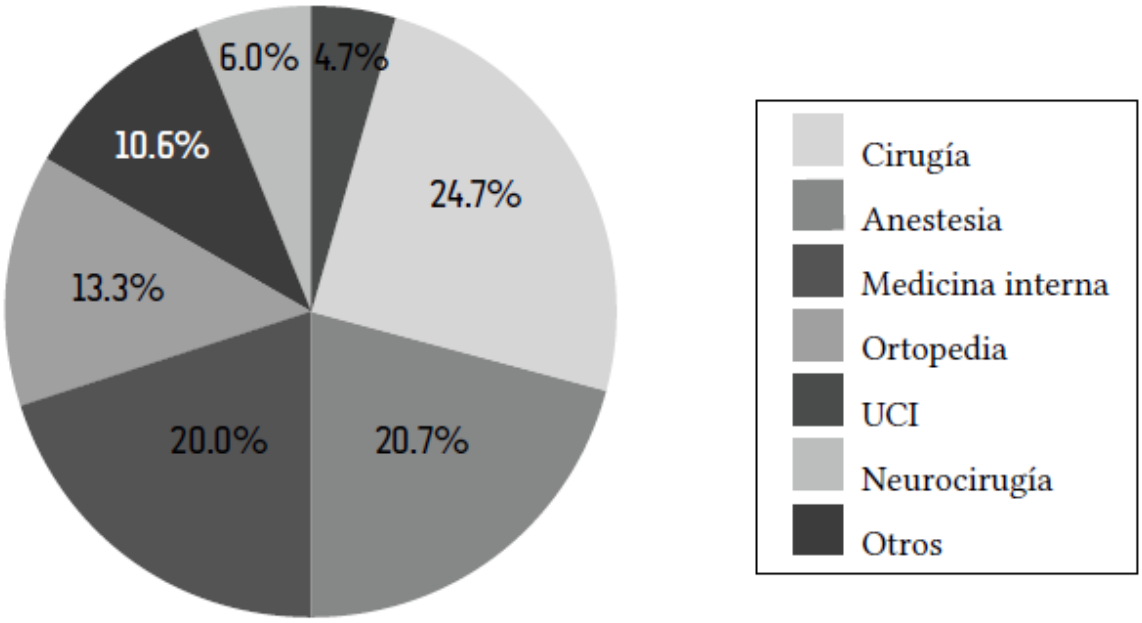


Figura 4. Especialidades de los médicos encuestados
Fuente: Elaboración propia

El tiempo de ejercicio profesional era de igual proporción, el 50 % tenía

más de 5 años de experiencia y el otro 50 % menos de dicho tiempo.

Primer episodio

El caso clínico trata de una paciente con una gran hemorragia intracerebral que llega a urgencias. Se plantean dos posibilidades: si no se opera, la posibilidad de morir es muy alta y si se opera, la posibilidad de recuperación es mínima. Los encuestados podían seleccionar diferentes razones para llevar o no a la paciente a cirugía. La proporción de los médicos que estaban de acuerdo con la cirugía y los que estaban en contra se puede ver en la figura 5.

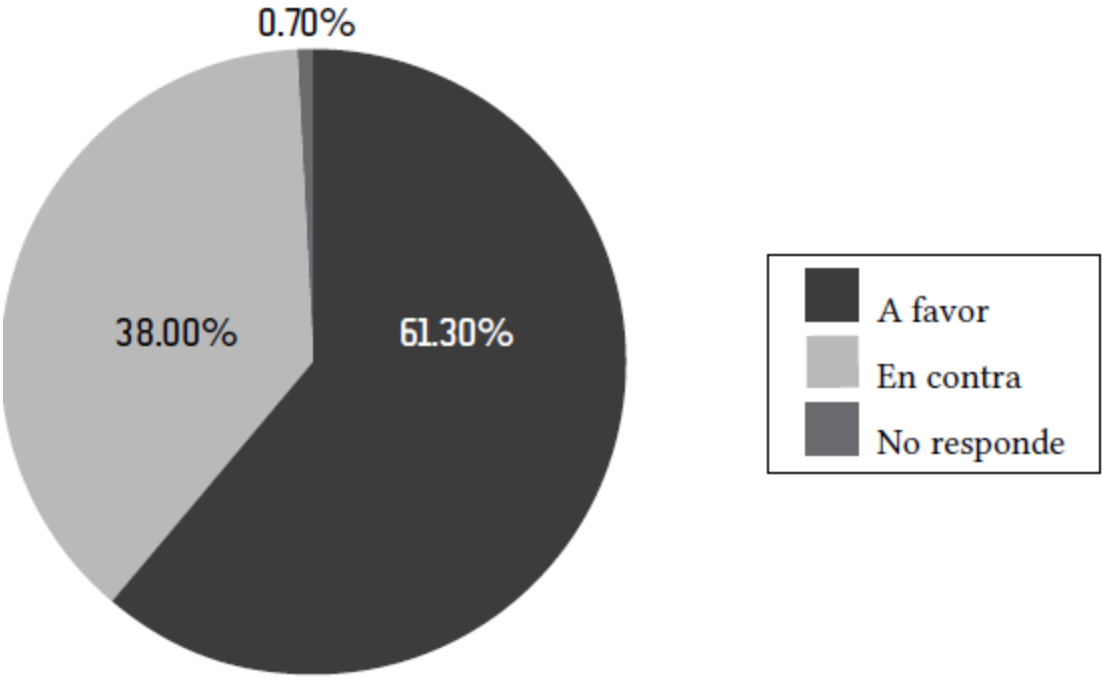


Figura 5. A favor o en contra de llevar a la paciente a cirugía
Fuente: Elaboración propia

Los argumentos más seleccionados fueron: con un 51,3 %, la cirugía debe realizarse, pues es el primer paso para salvarle la vida a la paciente y, con un 35 %, no realizar la cirugía por la mala calidad de vida esperada para la paciente. Los argumentos de base empírica como el que hace referencia a la experiencia personal del neurocirujano, el considerar la cirugía por solicitud del hijo, actuar para evitar ser catalogado como actor

de eutanasia y el de costo-beneficio para no realizar la cirugía, fueron poco favorecidos en este episodio del caso clínico.

En la figura 6 se puede ver el contraste entre lo que harían los médicos entre 23 y 30 años, respecto a sus colegas mayores de 30 años.

Clasificándolos por especialidad, en la figura 7 se puede observar que los que más estuvieron a favor de la cirugía fueron los ortopedistas, seguidos por los especialistas en medicina interna. Mientras que los neurocirujanos y los especialistas en cuidados intensivos estaban en contra de llevar a la paciente a cirugía.

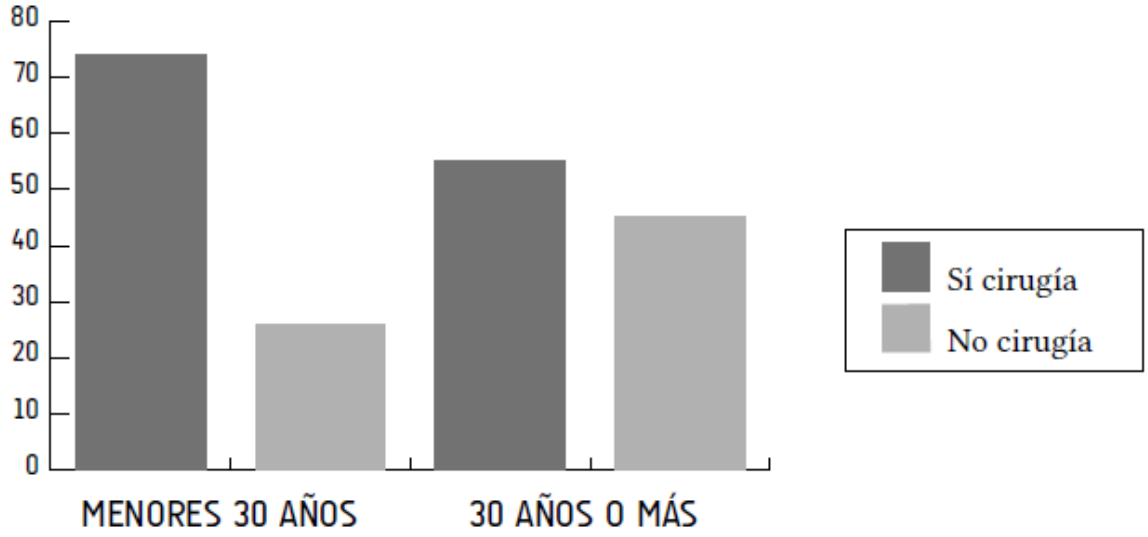


Figura 6. A favor o en contra de la cirugía según edad del médico

Fuente: Elaboración propia

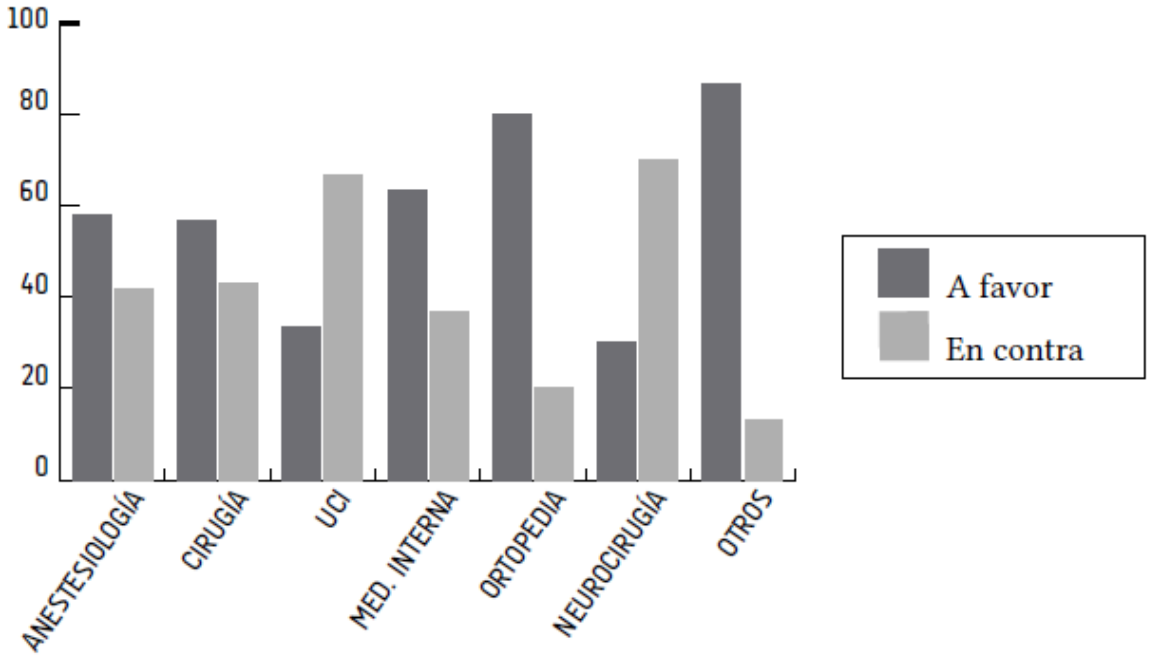


Figura 7. A favor o en contra de la cirugía según especialidad

Fuente: Elaboración propia

No se encontró diferencia por género o por haber tenido familiares en estado crítico, observando una pequeña diferencia en cuanto al tiempo de ejercicio profesional.

Segundo episodio

Se describía el estado de la paciente en la unidad de cuidados intensivos en estado vegetativo con muy pocas posibilidades de recuperar la conciencia y alto riesgo de muerte. En la figura 8 se puede ver la inclinación del grupo al considerar importante continuar con el manejo en UCI.

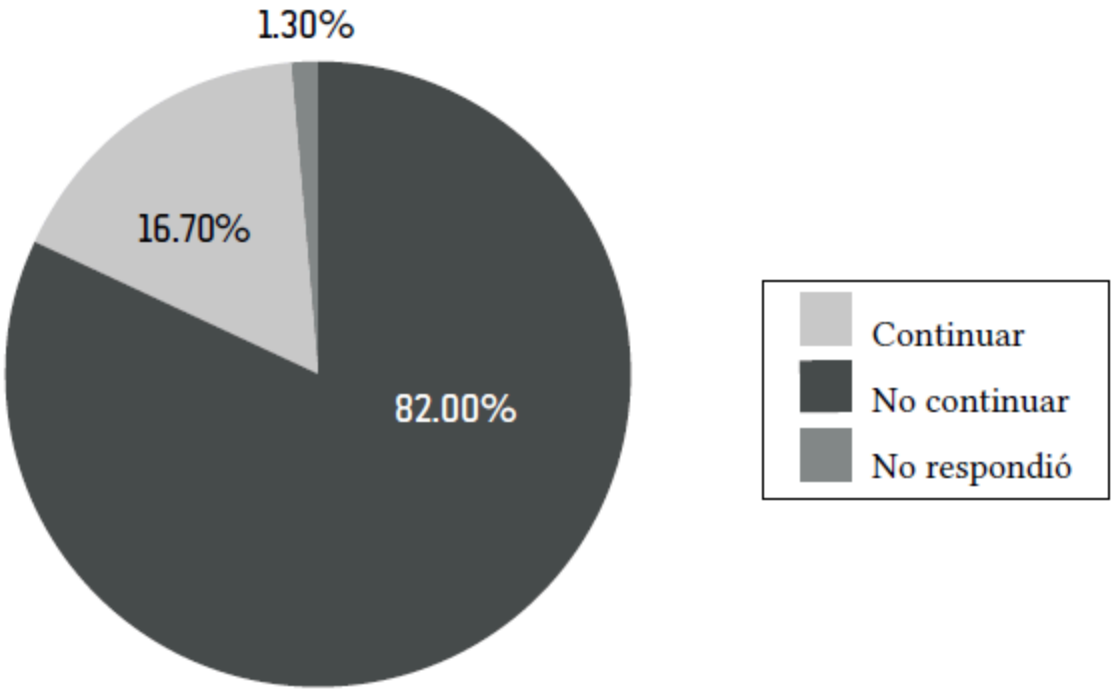


Figura 8. Si continuar o no el soporte vital en la UCI

Fuente: Elaboración propia

Al observar la favorabilidad de los argumentos, el más importante, según el criterio de los encuestados, fue: debe suspenderse el tratamiento, pues solo prolonga el proceso de muerte, con un 57 %. Y, en segundo lugar: debe suspenderse el tratamiento, pues ya está en estado de coma y depende de un respirador, con un 22 %.

En este episodio del caso clínico, se da más relevancia a la calidad de vida de la paciente, pasando a segundo plano el "salvar vidas". El argumento de costos del cuidado médico encontró poco respaldo, únicamente el 3 %. El siguiente se refiere a que debe continuarse con el tratamiento porque descontinuarlo se puede ver como una forma de eutanasia, solamente fue apoyado por el 7 % de los médicos, al igual que la premisa debe hacer todo lo posible para salvar la vida (7 %), mientras que el deseo del hijo fue poco tenido en cuenta, con un 3 %.

En esta parte del caso clínico, la edad de los encuestados no parece afectar las respuestas entre suspender o continuar con el tratamiento en la unidad de cuidados intensivos, como se puede ver en la figura 9. Así

mismo, el género y antecedentes de haber tenido un familiar en estado crítico, tampoco parece afectar las respuestas.

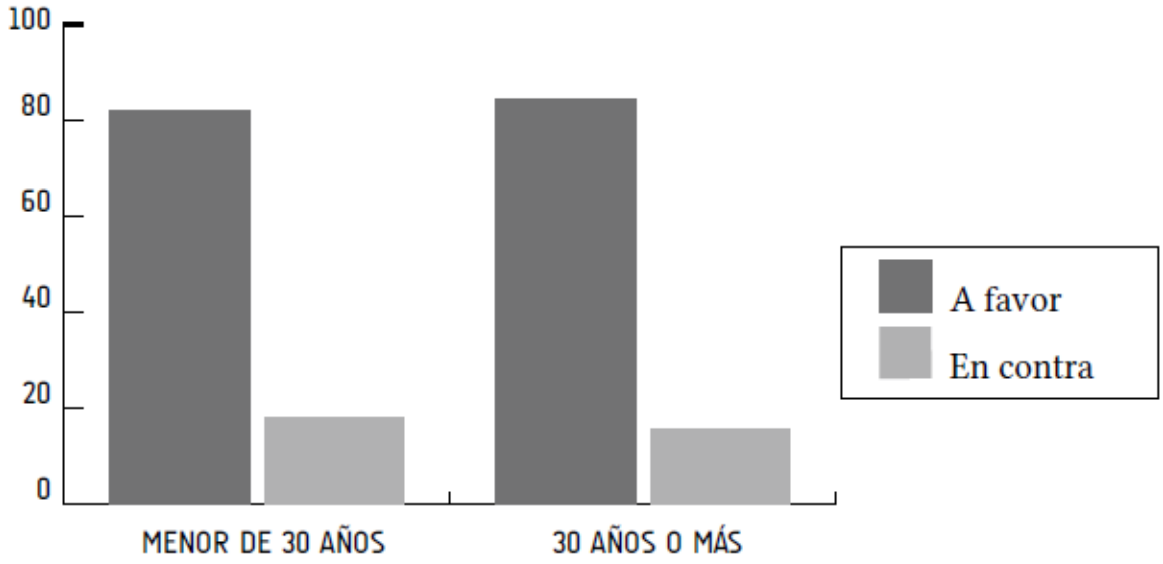


Figura 9. A favor o en contra del soporte vital según edad del médico
Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las especialidades médicas, los especialistas en cuidados intensivos, los anestesiólogos, cirujanos, internistas y los clasificados en *otros* están entre el 83 % y el 100 % de acuerdo en suspender todo tratamiento de la paciente en la UCI. Es llamativo que el 50 % de los ortopedistas están a favor de continuarlos.

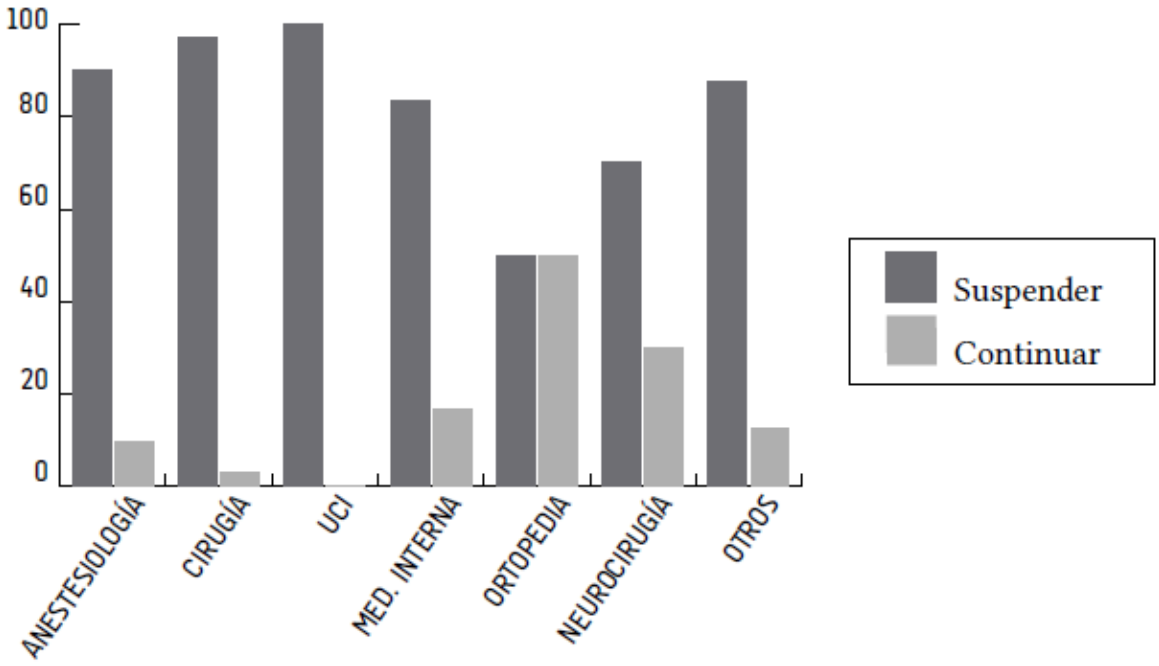


Figura 10. A favor o en contra de continuar el soporte vital en la UCI según especialidad

Fuente: Elaboración propia

Como era de esperarse, al explorar cuál sería el deseo de los médicos en su propia persona si se encontraran en una situación crítica y terminal, el 90 % de los encuestados no aceptaría estar en la situación clínica de permanecer en estado de inconsciencia irreversible (estado de coma o estado vegetativo irreversible). Al preguntarles qué procedimientos o manejo médico desearían o no si se encontraran en ese estado, sorprende que la mayoría de los ellos (73,3 %), estando en una situación de estado vegetativo o incapacidad severa, aceptaría hidratación intravenosa, así como el 68,7 % la administración de antibióticos, el 58,7 % la inserción de catéteres y el 52,7 % quimioterapia. Pero un 60 % no consentiría una traqueotomía y el 65,3 % rechazaría la ventilación mecánica. Otra cosa que resalta es que aún en estado vegetativo o de incapacidad severa, el 27,3 % de los médicos aceptaría que se les realizara maniobras de reanimación cerebro cardiopulmonar.

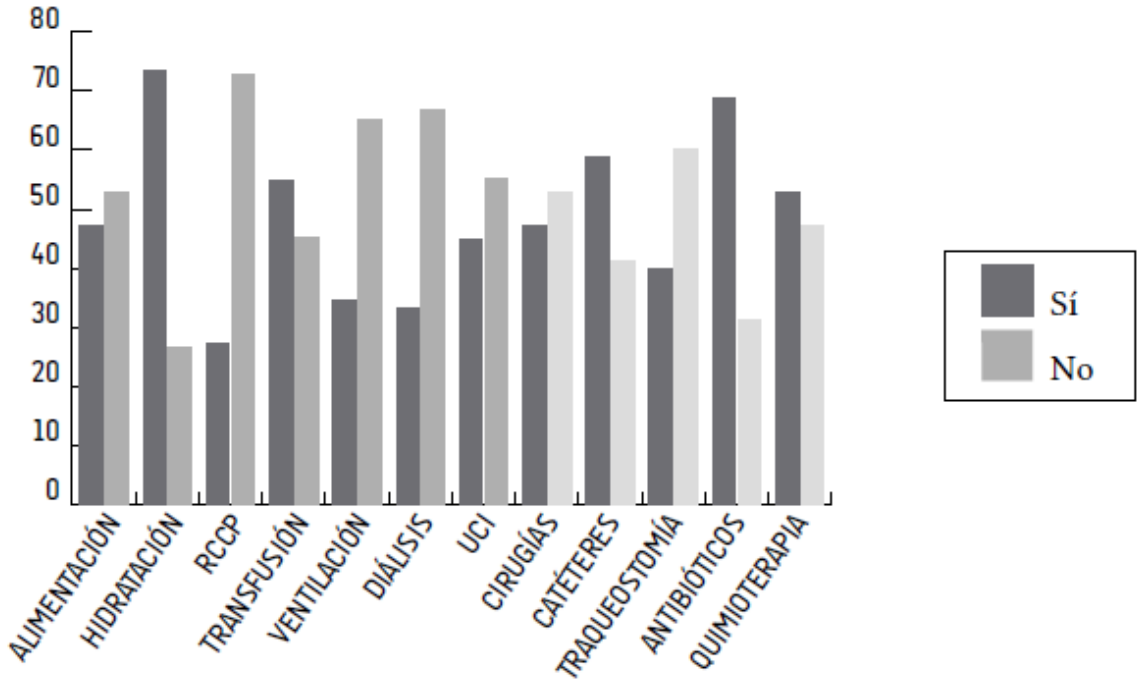


Figura 11. Procedimientos NO deseados en los médicos encuestados

Fuente: Elaboración propia

Cuando se contrastan las respuestas a la pregunta *cuál(es) de las siguientes situaciones considera que NO es aceptable en su vida,* con las dadas a la pregunta por el grado de acuerdo o desacuerdo en realizar la cirugía en el primer episodio del caso clínico, llama mucho la atención que de los encuestados que no aceptarían permanecer en estado de inconsciencia irreversible (estado de coma o estado vegetativo irreversible), el 61,2 % estén de acuerdo en llevar a la paciente a cirugía. Así mismo, es de notar que más de la mitad (54,4 %) de los que estaban en contra de que se realizaran procedimientos quirúrgicos en su propia persona, estuvieron de acuerdo en llevar a la paciente a cirugía.

DISCUSIÓN

Observando las diferentes respuestas podría pensarse que una gran proporción de los médicos encuestados creen que la medicina es primordialmente para salvar vidas, al no considerar la calidad de vida que tendría la paciente después de la cirugía y estar a favor del procedimiento

quirúrgico al inicio del caso.

En estas actitudes se vislumbra que la edad de los encuestados es importante en la detección de la futilidad, pues se observa que los médicos más jóvenes estuvieron a favor de realizar la intervención. Puede ser posible que el ser joven se asocie a mayor audacia e idealismo en salvar vidas, mientras que los mayores son más realistas en el momento de valorar el objetivo final de la medicina. También podrían explicarse las respuestas pensando que es más aceptable, desde el punto de vista moral, iniciar un tratamiento posiblemente fútil y luego retirarlo al demostrarse su intrascendencia, que no iniciarlo (American Thoracic Society, 1991). Adicionalmente, en una sociedad como la colombiana en la que existe un rechazo a la muerte y donde la eutanasia, aunque este reglamentada, es difícil de llevar acabo, el no iniciar un tratamiento de soporte vital así fuera fútil, podría inducir a posibles demandas, llevándonos a pensar que posiblemente algunos médicos podrían estar ejerciendo una medicina defensiva.

La medicina basada en la evidencia, el paradigma actual de la medicina, hace poco énfasis en la experiencia personal individual y en el reporte de casos, lo cual es evidente al observar que una proporción muy alta de los encuestados no tuvieron en cuenta la experiencia del cirujano en el momento de tomar la decisión de operar a la paciente. Además, se hace manifiesto en este estudio que los deseos del familiar de un paciente, al menos con relación al tratamiento que aquél debería recibir, rara vez se tienen en cuenta en la práctica clínica, y hace pensar que la relación médico-paciente-familia aún continúa en un modelo paternalista, donde el papel del paciente o sus familiares es totalmente pasivo con relación a las decisiones médicas (Ackerman, 1991; Emanuel y Emanuel, 1992).

Posiblemente el entorno clínico en el cual el médico forma su “criterio” afecta en forma significativa la detección de la futilidad, pues se observó una variación importante según la especialidad médica o quirúrgica. Los médicos acostumbrados a ambientes donde la muerte inminente no es parte de su práctica clínica diaria detectaron en menor proporción los tratamientos fútiles, en comparación a aquellos acostumbrados a lidiar con pacientes críticos donde la muerte es una posibilidad frecuente. A medida que avanza el caso clínico y la expectativa de vida es más reducida, los encuestados parecen valorar más la calidad de vida, inclinándose a

suspender el tratamiento y cambiando su percepción de futilidad. Esto muestra una tendencia más marcada a limitar el esfuerzo terapéutico al detectar la futilidad. Llegando al final del caso clínico, incluso a pensar en la eutanasia; aunque en una pequeña proporción de los encuestados.

Analizando las actitudes de los médicos *en su propia persona,* fue razonable encontrar que una parte importante no desearía estar en un estado vegetativo. Pero se hace notorio que la administración de líquidos intravenosos y de alimentación tiene un significado importante, pues una gran parte de los médicos, aun en dicha situación clínica, querría continuar recibiéndolas así fuera por medios artificiales. Otros procedimientos, como la administración de antibióticos, la inserción de catéteres o quimioterapia también fueron aceptados por muchos de ellos; mientras más de la mitad de los encuestados rechazaron los procedimientos quirúrgicos, la traqueotomía y la ventilación mecánica, generalmente asociados a unidades de cuidados intensivos. Lo más llamativo de esta percepción de la futilidad *en propia persona* es que en un 27,3 % aceptarían que les realizaran maniobras de reanimación cardiopulmonar estando en estado vegetativo persistente.

Al comparar las respuestas de las actitudes de los médicos frente a los tres episodios del caso clínico y sus voluntades anticipadas, se ratifica una disociación entre lo que le harían a su paciente y lo que quisieran para ellos mismos en una situación similar. Lo anterior se observa cuando los encuestados en una proporción superior al 50 % no aceptarían para ellos mismos RCP, ventilación mecánica o permanecer en la UCI, pero sí llevarían a la paciente al procedimiento quirúrgico. Así mismo, de los 79 médicos que no aceptarían procedimientos quirúrgicos en su propia persona en estado vegetativo, el 54,4 % estuvo a favor de llevar a la paciente a cirugía, posiblemente, porque ellos están entrenados para atender a sus pacientes sin revelar sus propios sentimientos. Se confirma lo expuesto por Murray: "los médicos quieren morir de una forma diferente a sus pacientes, sin recibir tratamientos inútiles que prolonguen su agonía" (2012, s. p.).

Los resultados del presente estudio son una contribución a la identificación de los factores que influyen en la detección de la futilidad, especialmente desde el punto de vista de uno de los actores, el médico. Los componentes detectados más determinantes fueron la edad, la formación clínica y el ámbito de práctica clínica; los cuales condicionaron una

percepción variada de las actuaciones médicas fútiles, haciendo que la valoración de la calidad de vida de los pacientes fuera diferente.

Es fundamental anotar que la tendencia de la educación médica y la valoración técnica y ética de los diferentes procedimientos (especialmente los de soporte vital en un contexto clínico determinado), desempeñan un papel decisivo en la detección y manejo de la futilidad médica. Por lo cual es importante hacer énfasis en nuevas líneas de formación médica, en las que los futuros médicos colombianos estén xpuestos desde el inicio de su formación al respeto de la autonomía de cada paciente, haciendo evidente que, aunque un procedimiento determinado pueda ser benéfico desde el punto de vista técnico, si no se tiene la aceptación del paciente, no podrá ser catalogado como beneficioso. Así mismo, debe hacerse énfasis en la forma como se comunican con los pacientes y sus familiares, pues es común que utilicen un lenguaje lleno de tecnicismos que resulta incompresible para ellos. Debe ser importante enseñarles a reconocer las implicaciones personales, familiares y sociales de realizar tratamientos fútiles, mostrándoles que el respeto de la autonomía de los pacientes debe ser más enfático, haciendo que el consentimiento informado sea un proceso y no un requisito para proceder con uno u otro procedimiento.

Adicionalmente, se hace necesario desde ahora crear en la práctica clínica diaria un ambiente propicio para que los pacientes puedan expresar sus deseos, respecto a su tratamiento y su valoración de calidad de vida, para así tener conocimiento de cuáles son sus expectativas de tratamiento y posibles procedimientos en un futuro cercano. La utilización de directivas anticipadas, testamento vital o voluntad anticipada, en especial en pacientes hospitalizados (más aun en aquellos con enfermedades crónicas debilitantes y en estado terminal), se hace cada vez más importante, ya que con los avances técnicos de la medicina cada día se hace más difícil morir en un medio hospitalario, pues ante la ausencia de una voluntad anticipada o un familiar cercano que conozca la voluntad del paciente, la preferencia general es preservar la vida sin ocasionar daños, lo cual podría llevar a utilizar procedimientos fútiles (Santonocito, Ristagno, Gullo y Weil, 2013).

El análisis de los resultados puede sugerir una relación sutil entre futilidad y medicina defensiva. Muchas de las actitudes de los médicos de tratar a los pacientes hasta las últimas consecuencias pueden deberse a la idea de enfrentar posibles demandas, si no se inicia un tratamiento de

soporte vital. Seguramente, lo que tratan de hacer es evitar problemas con los familiares del paciente y futuras posibles demandas por negligencia y prefieren, cuando se demuestra la futilidad, suspenderlo en un estadio posterior. Indudablemente es menos costoso desde el punto de vista moral el retirar o suspender un tratamiento que cada día muestra ser más ineficiente, que no iniciarlo cuando la futilidad no está totalmente clara (Gamboa, 2010).

La exigencia frecuente de los pacientes y sus familiares para que sea utilizado "todo cuanto sea necesario" para salvar la vida de su familiar, puede estar fundamentada en expectativas poco realistas sobre el fin y alcance de la medicina. Esto es lo que sucede, por ejemplo, con la efectividad de la reanimación cardiopulmonar. Lo que demuestra que las expectativas sobreestimadas pueden llevar a malas decisiones por parte de los familiares. Al final, todos descargan en el médico la responsabilidad de hacer lo que esté a su alcance para salvarle la vida al enfermo. Lo anterior puede ser contrarrestado en parte con una educación adecuada de los pacientes y familiares de los alcances de la medicina, así como sus límites, mostrándoles las implicaciones físicas, psicológicas y socioeconómicas de aplicar un tratamiento fútil. Esta educación es difícil de aplicar en el momento agudo de la enfermedad, y por ello se propone un plan de educación continuada dirigida al público en general (por ejemplo, en charlas programadas a los pacientes y sus familiares), para que los medios de información, la tradición verbal y otras influencias cercanas no creen falsas expectativas. Adicionalmente, la revisión de la reglamentación de la eutanasia en Colombia es una necesidad urgente si se quiere disminuir la práctica de la futilidad médica, pues el personal de salud estaría más sereno al tomar la decisión de limitación del esfuerzo terapéutico ante casos de posible futilidad.

Los resultados del presente estudio parecen indicar que en la educación médica debe hacerse hincapié en que la reanimación cardiopulmonar está destinada a intentar evitar una muerte súbita e inesperada y que no debería considerarse parte del tratamiento de una enfermedad terminal irreversible (Blackhall, 1987). Aunque estas maniobras tienen capacidad de revertir la muerte prematura, también pueden tener graves consecuencias sociales, familiares y económicas cuando se aplican a enfermos terminales (Vincent, 2005). Así mismo, se hace evidente que el paradigma de *la*

medicina basada en la evidencia es una herramienta importante en muchas decisiones médicas, pero ha dejado de lado la medicina humana e individual olvidando la experiencia y el trato humano de los pacientes.

Por último, se hace indispensable hacer entender a los médicos en formación que el paciente no solo es un conjunto de órganos ni tampoco exclusivamente deseos. Por el contrario, es un individuo compuesto de órganos y sistemas, pero que razona, tiene sentimientos y expectativas (influidos por la cultura, la sociedad, la situación familiar, etc.) y que busca la atención en los conocimientos del médico, muchas veces vistos como poderes, generalmente asumidos por el paciente y sus familiares como exactos y omnipotentes.

Después de estas consideraciones es notoria la absoluta necesidad de una reflexión profesional profunda acerca de la atención al final de la vida. Se tiene que seguir labrando desde las escuelas de medicina la tendencia hacia la comprensión y la aceptación de la voluntad del paciente, para que este pueda ejercer su autonomía como debe ser y aceptar que la muerte en un enfermo terminal es una situación clínica natural, en lugar de tomarla como un resultado únicamente negativo que deba ser negado o retrasado a toda costa.

Como se planteó desde el inicio del artículo, es necesario realizar una segunda investigación con público en general, con el fin de conocer el razonamiento de personas que no estén vinculadas con las labores médicas y complementar los resultados aquí presentados, para así mejorar el entendimiento de la relación médico-paciente y elaborar una forma más adecuada de comunicación entre los diferentes actores en este medio. Habría sido interesante haber incluido las voluntades anticipadas en la presente investigación, pero es posible elaborar una nueva exploración empírica acerca de las actitudes de los médicos ante una voluntad anticipada en un paciente terminal. La identificación de la divergencia entre lo que los médicos hacen a sus pacientes y lo que les gustaría que hicieran en ellos mismos, hace evidente la necesidad de realizar una investigación posterior con el fin de identificar las diferentes razones que puedan explicar dicha diferencia en nuestra cultura.

Estos resultados y su análisis han sido socializados con los médicos del Hospital Universitario San Ignacio para cumplir con uno de los objetivos trazados: hacer explícito a los propios médicos sus diversas percepciones

sobre futilidad y así iniciar el camino para su entendimiento en la comunidad médica colombiana.

REFERENCIAS

ACKERMAN, F. (1991). The significance of a wish. *The Hastings Center Report*, *21*(4), 27-29.

AMERICAN Thoracic Society. (1991). Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. *Annals of Internal Medicine*, *115*(6), 478-485.

BLACKHALL, L. J. (1987). Must we always use CPR? *The New England Journal of Medicine*, *317*(20), 1281-1285.

CCM. (1997). Consensus statement of the society of critical care medicine's ethics committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Critical Care Medical*, *25*(5), 887-891.

COOK, D, Rocker, G, Giacomini, M, Sinuff, T y Heyland D. (2006). Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Critical Care Medical*, *34*(11, Suppl), 317-323.

EMANUEL, E. J. y Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, *267*(16), 2221-2226.

FAJARDO, M. (2003). *La futilidad vista por sus actores: un análisis de su opinión* (tesis de maestría). Instituto de Consulta y especialización Bioética, Córdoba (España). Recuperado de https://goo.gl/v8toCX.

GAMBOA, F. (2010). Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? *Medicina clínica*, *135*(9), 410-416.

MURRAY, K. (2012). *How doctors die. It's not like the rest of us, but it should be.* Los Ángeles: Zócalo public square. Recuperado de https://goo.gl/A2SyK.

SANTONOCITO, C., Ristagno, G., Gullo, A. y Weil, M. H. (2013). Do-not-resuscitate order: a view throughout the world. *Journal of Critical Care*, *28*(1), 14-21.

SCHNEIDERMAN, L. J. (2011). Defining medical futility and improving medical care. *Journal of Bioethical Inquiry*, *8*(2), 123-131.

TORREGROSA, L. (2012). *La perspectiva de las capacidades en el debate sobre la futilidad en medicina* (tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

VIDAL, A. (2002). ¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico? *Anales Españoles de Pediatr*ía, *57*(6), 505-507.

VINCENt, J. L. (2005). Outcome and ethics in severe brain damage. *Prog Brain Res*, 150, 555-63.

EL ENFOQUE ÉTICO Y BIOÉTICO EN EL CURRÍCULO DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER (COLOMBIA)

LUZ EUGENIA IBÁÑEZ ALFONSO

> EDUCAR ES UN ACTO de fe en el futuro, creer que siempre es posible construir un futuro mejor es lo que constituye el incomparable poder de los educadores en la sociedad
>
> BERNARDO TORO

EL DIÁLOGO CON EL OTRO NO ES TANTO UN ACTO COMUNICATIVO como de responsabilidad. Lo genuinamente humano no se encuentra mediante un movimiento reflexivo sobre uno mismo o de autoconsciencia, sino en el *heme aquí* de la responsabilidad, el *aquí me tienes* más allá del servicio clínico, es la acción suscitada como respuesta a una llamada del otro como exigencia de reconocimiento y apelación a mi responsabilidad

> llamada que te impide permanecer en la quietud y el reposo, que te saca de casa, que te deja en la intemperie, que te inviste de una responsabilidad extrema por el reconocimiento de estar entregado, dado al otro, *rehén* de tu paciente que irrumpe en tu existencia, como libertad inaferrable y exigente y que te pide que le reconozcas y que seas alguien ante él y para él, cara a cara desde la desnudez de su rostro que se prolonga en la desnudez de su cuerpo enfermo, que tiene frío y que siente vergüenza por su estado de postración. (Lévinas y Alonso, 2008, p. 10)

CONTEXTO DE LAS REFORMAS CURRICULARES

Desde la década de los 90, en el país se ha impulsado la necesidad de crear un espacio académico donde se pueda debatir y revisar con seriedad las rígidas estructuras curriculares existentes en los programas de formación de la educación superior; un lugar donde se presenten propuestas de reforma que resulten innovadoras y facilitadoras de un nuevo modelo de formación que superen la transmisión descontextualizada de habilidades y conocimientos técnicos y reconozcan, además, los vicios persistentes dentro de la cultura curricular.

Tradicionalmente los planes de estudio se caracterizaban por ser rígidos, cargados de contenidos atomizados, desarticulados y desligados del contexto social. Consecuentemente, los modelos de enseñanza-aprendizaje se centraban en el profesor, mientras que el estudiante tenía un papel secundario y pasivo. Todo lo anterior derivaba en la formación de profesionales con limitaciones en su formación científico-tecnológica y con poca capacidad de liderazgo y de transformación de la realidad social.

Sin embargo, la introducción de cambios en el entorno educativo genera problemas especiales que trascienden las profesiones y la modalidad de formación, de tal manera que las discusiones y reflexiones pedagógicas han permitido compartir las inquietudes de todos los miembros e interactuar y avanzar en la tarea educativa que como profesionales de la enseñanza nos concierne. De hecho, la confrontación y el cuestionamiento de nuestra propia práctica pedagógica han permitido, en una forma continuada, adelantar procesos de reforma curricular en las instituciones de educación superior.

En la Cumbre Mundial de la Educación Superior (París, 1998) se plantearon acuerdos sobre el alcance de la educación superior para contribuir al desarrollo sostenible y al mejoramiento del conjunto de la sociedad. El compromiso apunta al fortalecimiento de la responsabilidad, la capacidad para atender las necesidades en todos los aspectos de la actividad humana y el aprendizaje permanente; ofreciendo además opciones para entrar y salir del sistema en varios momentos de la vida. También se resaltó la importancia de la investigación, como parte de los servicios que ha de prestar a la comunidad para contribuir en dicho progreso. Entre otros

objetivos están los de proteger y consolidar los valores en los que reposa la sociedad democrática, proporcionando así el fortalecimiento de enfoques humanistas; también, contribuir al desarrollo y mejoramiento de la educación en todos los niveles, en particular a través de la capacitación al personal docente. En la declaración suscrita se expresa: "si los países carecen de instituciones de educación superior e investigación adecuadas que formen a una masa crítica de personas cualificadas y cultas, ningún país podrá garantizar un auténtico desarrollo endógeno y sostenible" (Unesco, 1998, p. 6).

Debido a los constantes cambios del entorno a los que el profesional debe adaptarse y a la renovación de conocimientos que aumentan con el devenir de la ciencia, la formación de profesionales no se puede entender hoy como un proceso estático, consistente en transmitir una serie de conocimientos a futuros profesionales. La renovación fluida de conocimientos y los cambios frecuentes del entorno social hacen necesario concebir al profesional como alguien que debe prepararse constantemente para afrontar los retos de su trabajo. De tal manera, como lo plantea Delors (1996), aprender a aprender, a hacer, a vivir juntos y a ser, debe ser el objetivo central de las reformas educativas, tanto en la elaboración de programas como en la definición de las nuevas políticas pedagógicas; lo que significa también que el desarrollo de competencias ha de girar alrededor del saber, hacer, ser y convivir. En este sentido, el estudio y profundización curricular se convierten en una responsabilidad social y el compromiso de la modernización e innovación de los mismos debe procurar garantizar la detección temprana de insuficiencias, para intervenirlas oportunamente mediante procesos evaluativos permanentes que brinden calidad en los programas de formación.

Las carencias identificadas en Colombia tienen su origen en el contexto general de las debilidades que han caracterizado su cultura curricular, como lo plantea López (1996), estas fallas están relacionadas con la falta de proyectos educativos, currículos instrumentales, operativos, academicistas y enciclopedistas, las relaciones verticales entre el alumno y el maestro, el trabajo de los docentes aislados y atomizados y el deficiente trabajo con la investigación, la evaluación y la reflexión.

Desde sus inicios en 1967, la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander (UIS) diseñó e implementó un currículo que no se

aleja de las realidades mencionadas anteriormente; pues si bien se realizó una reforma curricular en 1983, es decir, 20 años después de sus inicios, permanecieron presentes las debilidades señaladas. Es importante mencionar, para el tema que aquí nos convoca, que la formación en ética y bioética se concibió y desarrolló como una asignatura más, ubicada en el séptimo semestre y con todas las particularidades citadas anteriormente, es decir, con la asignación de un docente experto en el tema, quien, de manera aislada y atomizada, desarrolla su asignatura sin ningún otro escenario de poder para ampliar las posibilidades curriculares y pedagógicas para el desarrollo de la misma. La UIS, desde 1990, planteó los lineamientos sobre los cuales se diseñarían las reformas curriculares, que se estudiaron durante varios años hasta su aprobación e inicio en el 2005. Esta experiencia se convierte en la oportunidad para repensar y modernizar la estructura curricular y se desarrollará a profundidad a continuación.

MODERNIZACIÓN CURRICULAR

El reto de la educación superior no es solamente diseñar currículos de formación de profesionales para cumplir con funciones en el ámbito profesional, investigativo y de servicio social, sino también implica una formación mucho más amplia e integral, en tanto logre despertar una conciencia racional, ética y autónoma que le permita desarrollar una capacidad analítica, argumentativa, crítica e investigativa. Estos son elementos básicos para formar a un profesional competente en la interacción con el mundo actual, fortaleciendo los procesos que involucren no solamente la formación desde la dimensión científico-tecnológica, sino también la parte humanística.

En este sentido, la Escuela de Enfermería de la UIS, desde el 2005, implementó un proyecto curricular innovador, integrador, pertinente, flexible, fundamentado en el desarrollo de competencias cognitivas y socioafectivas que fortalecen la maximización del potencial intelectual, en la búsqueda de soluciones a los problemas propios de la profesión y, a su vez, potencializando la interiorización de la reflexión ética y bioética y la vivencia de los valores y de la cultura, para lograr generar conciencia, identidad y calidad en la interacción social. Este modelo pedagógico

pretende transformar el modelo centrado en la transmisión de conocimientos, favoreciendo los procesos de construcción de significados, en un ambiente de libertad de expresión y democracia; donde la interacción de los profesores con los estudiantes tiene como referencia no solamente los conocimientos, sino también las actitudes y los valores para compartir experiencias, asumir juicios críticos, argumentativos y propositivos.

El proceso de reforma curricular implicó un cambio actitudinal de profesores y estudiantes, en el que al asumir el papel de aprendices se desarrolló un compromiso activo de búsqueda, reflexión, discusión, negociación y consolidación de acuerdos frente al conocimiento de la vida. Por lo tanto, es una experiencia de aprendizaje y actualización de saberes y habilidades que, al mismo tiempo, abre la posibilidad de sustituir viejas ideas y transferir información, actitudes y habilidades aprendidas en situaciones determinadas para solucionar problemas concretos propios de la profesión. Esta propuesta pedagógica pretende propiciar espacios de aprendizaje para crear y recrear el conocimiento y no solo memorizarlo y aplicarlo, propendiendo así hacia la formación de individuos con facilidad para adaptarse a los cambios y transformaciones de las nociones del saber específico de la profesión.

Frente a esta situación Schön (1992) plantea la importancia de una epistemología de la práctica, ya que en la medida en que los estudiantes se ven enfrentados a situaciones problemáticas se amplía su estructura de pensamiento, puesto que se da una reflexión y un conocimiento en la acción, de tal forma se podría concebir como un proceso investigativo en el que suceden, simultáneamente, el desarrollo del conocimiento y la práctica profesional; cuando se reflexiona en el actuar, el estudiante se convierte en un investigador dentro del contexto práctico. La tendencia de los currículos actuales favorece la flexibilidad y la apertura, posibilitando el trabajo en equipo, abandonando enfoques centrados en el individualismo, la saturación de asignaturas y los contenidos temáticos totalmente desarticulados.

En los currículos modernos se introducen nuevos conceptos que reflejan la necesidad de su desarrollo pedagógico, didáctico y evaluativo. Dentro de estos, el tratamiento de competencias se desagrega en núcleos temáticos entendidos como “un concepto más amplio que el tema, ya que

no se refiere a un solo contenido, sino a varios, en una visión globalizadora sistémica" (López, 1996, p. 30). De hecho, cada núcleo temático se ha pensado bajo los lineamientos de este concepto y se ha desarrollado en términos de contenidos básicos, habilidades y valores, los cuales van siendo secuenciales, ya que dichas capacidades se constituyen en ejes transcurriculares que, en cada uno de los semestres, se van articulando mediante el diseño metodológico y pedagógico de los proyectos integradores, los cuales se explicarán posteriormente.

El concepto de *núcleo temático* trae beneficios dentro del currículo relacionados con la posibilidad de globalizar, interrelacionar y asociar contenidos básicos, implementar procedimientos y actitudes para desarrollar niveles de conceptualización y de fomento de habilidades; además posibilita un mayor grado de comprensión, relación y aplicación de los diferentes saberes que se constituyen en una unidad de sentido para el aprendizaje de las competencias y permiten englobar métodos y estrategias pedagógicas. Este concepto reemplaza lo que anteriormente se designaba como asignatura, sobre esta se construyó el soporte teórico de los principales problemas ubicados en el currículo teniendo en cuenta las diferentes etapas del ciclo vital y ubicar, no solo en el campo de los problemas, sino también en la aplicación práctica, mediante la posibilidad de encontrar escenarios en donde los estudiantes puedan correlacionar y aplicar los conceptos teóricos en escenarios reales. Desde el punto de vista del componente de la ética y la bioética se planteó un núcleo temático llamado Ética y bioética en el cuidado de enfermería, el cual se desarrolla en el primer nivel de la carrera, permitiendo a los estudiantes adentrarse en la importancia de la reflexión ética en el marco del cuidado de enfermería. Sin embargo, como se plantea a continuación, este componente se desarrolla a lo largo de la carrera y no solo al inicio, al constituirse en un eje transcurricular.

Otra estrategia de gran acogida en los currículos actuales es el proyecto pedagógico de aula o integrador, planteado en 1918 por Dewey, Filpatrick y otros críticos de la educación tradicionalista. Este concepto surge como una propuesta frente a una educación descontextualizada del mundo de la vida. Dewey la describe como una educación "abrumada por la multiplicación de materias, cada una de las cuales se presenta a su vez sobrecargada de fragmentos inconexos, solo aceptados basándose en la repetición o la

autoridad" (Bruner, 1990, p. 73). También se conoce como *proyectos de aula* o *por problemas,* puesto que "su desarrollo tiene origen en una situación problemática que ha de resolverse en forma planificada. El estudiante asume un rol de protagonista en su propio aprendizaje, se desarrolla un ambiente propicio para el desarrollo de la comunicación interpersonal, la creatividad, el desarrollo de competencias, la búsqueda continua y la globalización" (Losada, 2001, p. 51). Todos apuntan hacia el tipo de sociedad, de persona y de profesional que se quiere formar. Siguiendo las ideas planteadas por Marco Fidel Montaña, el trabajo debe girar en torno a lograr

> un enfoque ontológico del currículo; fundamentado en una estructura de ejes temáticos dimensionales para cada semestre, el plan de estudios alcanzará cierto grado de ascendencia en función de las competencias; tal estructura ha de favorecer la intencionalidad y nos facilitará el camino para construir la cultura en la que todos debemos estar inmersos, impartir una educación por competencias. (Losada, 2001, p. 53)

Los proyectos integradores se establecieron desde el primero hasta el último semestre y se determinó un enfoque acorde con el énfasis de cada uno de ellos, según las diferentes etapas del ciclo vital. En este sentido, y en coherencia con la misión planteada relacionada con la importancia del autocuidado, el primer año del proyecto se enfoca en el *yo soy*, para continuar en los otros semestres con énfasis de proyecto con las diferentes etapas del ciclo vital, acorde con la profundización de cuidado en cada nivel de formación. El componente de ética y bioética se plantea como un eje transcurricular, permitiendo la reflexión y el desarrollo de dichas aptitudes a lo largo del proceso de aprendizaje fomentando la determinación de valores como el respeto y la responsabilidad, los cuales se explicitan como cometidos importantes en el transcurso de la carrera.

Se aborda lo anterior como un proceso en espiral que requiere retroalimentación permanente e involucra a todos los docentes en su desempeño, no solo en el enfoque teórico, sino también en la práctica, la cual se desarrolla de acuerdo con las diferentes etapas del ciclo vital, de tal manera que son varios los espacios para el estudio de la ética y la bioética dentro del programa. Además, se incorpora el núcleo temático de Ética de

Enfermería en el primer nivel de formación, con diferentes núcleos temáticos relacionados con el cuidado y el fomento de proyectos integradores en cada uno de los semestres, en los cuales el componente debe contemplarse en la vivencia y reflexión permanente de los valores de respeto y responsabilidad.

Esta propuesta integra un saber, un ser y un hacer en todos los espacios del proceso formativo del plan de estudios de enfermería, con el fin de desarrollar y fortalecer un ejercicio práctico del quehacer en enfermería, aunado al componente ético definido en el eje transcurricular de ética y bioética, con el fin de fortalecer prácticas conscientes en las que este enfoque se explicite en una vivencia progresiva y permanente en la acción propia de la carrera, mediante el aprendizaje coherente y continuo de actitudes que reestructuran la personalidad y se transforman en capacidades para interpretar la vida y la vivencia de las relaciones humanas fundamentadas en el desarrollo integral, el aprendizaje autónomo aplicado a la vida cotidiana, la resolución de los conflictos, la organización y gestión desde la cooperación, el respeto mutuo, la responsabilidad y la corresponsabilidad.

MODELO PEDAGÓGICO: COMPETENCIAS COGNITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS

El modelo pedagógico del programa de formación de enfermería de la UIS se fundamenta en el concepto de *dispositivo pedagógico* planteado por Bazil Bernstein, el cual se constituye en un "medio de producción, reproducción y transformación de la cultura" (1997, p. 10), permitiendo y facilitando una explicación teórica de la práctica pedagógica, concebida como una experiencia responsable que va más allá de simplemente desarrollar la habilidad y el conocimiento técnicos. Según el autor, el currículo, la pedagogía y la evaluación se constituyen en los sistemas básicos a través de los cuales se incide sobre la esfera cultural, expresadas en diversas formas de conciencia-pensamientos, prácticas y actuaciones en donde se interrelacionan el poder, el conocimiento y las formas de conciencia.

De esta manera, la formalización del aprendizaje centra su acción en el desarrollo de las habilidades especializadas y las regulativas. Donde las primeras están relacionadas con el componente instruccional, es decir, con

“el aprendizaje formal de conocimientos, procedimientos y habilidades de la disciplina o profesión” (Bernstein, 1997, p. 27) y simultáneamente, se va generando una forma de expresión de la conciencia, la identidad y las relaciones sociales que hacen referencia a la internalización de valores y de la cultura denominada

> el componente regulativo de la formación, esto es, aquel que legitima nociones aceptables de conducta, carácter, etc., cumple una función simbólica, pues es fuente de valores que expresan un determinado orden institucional, así surge el concepto de las competencias socioafectivas de la práctica pedagógica. (Díaz, 2000, p. 33)

Bernstein (1997) señala la importancia de fomentar un enfoque holístico que fortalezca no solo las aptitudes cognitivas, sino también incluir las socioafectivas para lograr una maximización del potencial intelectual en la búsqueda de soluciones a los problemas y en la internalización de valores y cultura, para generar conciencia, identidad y calidad en la interacción social. Lo planteaba Paulo Freire “cuanto más asuman los hombres una postura activa en la investigación temática, tanto más profundizan su toma de consciencia en torno de la realidad, y tanto más se apropian de ella” (Freire, 1972, p. 35). En este contexto, más que currículos que promuevan la repetición de información, se requiere de un modelo pedagógico que favorezca el desarrollo de las expresiones de pensamientos crítico-reflexivos, inteligencias múltiples y el afianzamiento de la autonomía. La formación por competencias permite al estudiante aprender lo que será pertinente para su vida, de tal forma que pueda aplicarlo en la solución de los diversos problemas o situaciones cotidianas y laborales a las que se enfrente y no simplemente acumular información (Ministerio de Educación, 2003). De igual manera, como sucede con la habilidad ética, la competencia no es una propiedad con la que se nace. Al respecto Arbeláez, Corredor y Pérez refieren “que las competencias no son intrínsecas al ser humano, que deben desarrollarse y también, que no es suficiente con conocer, que su desarrollo debe ser intencional, metódico y sistémico” (2009, p. 37). La formación por competencias exige ofrecer espacios para que el estudiante, como protagonista de su propio proceso educativo, imagine, diseñe y construya un proyecto de vida basado en el

conocimiento transformador del saber, del hacer, del ser y del convivir. El éxito dependerá de la armonización entre las metas personales y los propósitos de la escuela y la sociedad.

En cuanto al currículo de enfermería de la UIS, este parte de un enfoque holístico que pretende fortalecer no solo las aptitudes cognitivas, sino también las socioafectivas, maximizar el potencial intelectual en la búsqueda de soluciones a los problemas, la internalización de valores y cultura, para generar conciencia, identidad y calidad en la interacción social en los futuros cuidadores de la salud y la vida. En este contexto, el programa de formación plantea y desarrolla aptitudes especializadas desde la dimensión técnico-científica y disciplinar; así mismo, posibilita la inserción del estudiante en "formas legítimas de conducta, carácter y maneras, a través de la legitimación de ciertas prácticas, procedimientos y juicios que intentan producir un orden interno o subjetivo" (Díaz, 2000, p. 34).

En el programa de enfermería las habilidades socioafectivas se trabajan a partir de las actitudes y los valores, pues influyen en todos los momentos del ser humano: en lo que aprende, dice, decide, piensa, quiere, hace y, en general, lo que es. Sin embargo, la formación intencional de las actitudes y los valores es también un compromiso en la educación superior, donde los profesores hacen constantemente referencia a la falta de interés, la irresponsabilidad, la falta de motivación, las dificultades para trabajar en grupos colaborativos, para reconocerse y reconocer al otro, tolerar diversos puntos de vista, compartir con los demás, etc. Es decir, siempre se muestra una preocupación particular por las actitudes y los valores como parte de la formación integral de los estudiantes. Respecto a la tendencia de la formación basada en competencias es una oportunidad para el desarrollo de estas cualidades, puesto que se favorecen las capacidades de desempeño donde el estudiante puede demostrar que es una persona equilibrada para vivir e interactuar armoniosamente en sociedad y, asimismo, liderar un grupo de personas hacia el logro de metas comunes. Desde el ciclo básico, es necesario continuar con el aprendizaje de habilidades actitudinales y axiológicas que inducen las actitudes que asumen los estudiantes como respuesta al reto que les plantea su colectivo. Al igual que las cognitivas, las actitudinales y axiológicas se construyen y reconstruyen al tenor de las interacciones, experiencias y conocimientos.

Para el desarrollo de este tipo de competencias, son importantes las estrategias didácticas favorecedoras de aprendizajes para la convivencia, como es el trabajo en grupos colaborativos. Este esquema, como se planteó anteriormente, se concretó en los proyectos integradores, en los que los estudiantes deben esforzarse por subsanar las debilidades de todos y cada uno, convirtiendo las fortalezas de unos en las oportunidades de otros; así mismo, son fundamentales las prácticas, en las que los estudiantes ponen en evidencia y despliegan actitudes y valores necesarios para el desarrollo de un ejercicio profesional enmarcado dentro de la ética y el respeto a los derechos de los actores involucrados. En la interacción que se da en las actividades que se programan, se desarrolla el compromiso, el deseo de aprender, mejorar, cambiar, evolucionar, se aprende a escuchar al otro para tener en cuenta sus ideas, a construir consensos, respetar posiciones, aunque sean diferentes, responder por el trabajo individual, pues es fundamental para el avance del colectivo, y a ser garante de derechos en las situaciones en las que se actúa.

Los valores que se determinaron de manera preferencial son el respeto y la responsabilidad. Se evalúan teniendo en cuenta:

- El desempeño del estudiante en las prácticas del cuidado de enfermería.
- Las relaciones que establezca consigo mismo, compañeros, profesores, personal de salud, personal de apoyo y el entorno.

Se planteó para todos los niveles de formación la siguiente competencia: “desarrolla los trabajos y las prácticas teniendo en cuenta el respeto y la responsabilidad como valores esenciales en el logro de sus propósitos de formación.” (Amaya, Ibáñez *et al*, 2004, p. 23). De igual manera, se plantearon cometidos específicos evaluables en la cotidianidad académica, respecto a:

- El respeto

1. Tiene en cuenta la opinión de las personas con quienes interactúa y se comunica de forma asertiva.
2. Escucha los puntos de vista de los demás y los tiene en cuenta en el desarrollo de los trabajos.
3. Reconoce la producción académica de los demás en el desarrollo de sus trabajos.
4. Actúa acorde con los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

5. Demuestra capacidad de negociación y concertación en el desarrollo de trabajos y prácticas.
6. Promueve el cuidado del ambiente en el desarrollo de actividades y prácticas.

- La responsabilidad

1. Cumple con calidad y oportunamente los compromisos adquiridos, normas académicas e institucionales de los sitios de práctica.
2. Responde por las consecuencias derivadas de sus acciones u omisiones en el desarrollo de sus actividades académicas.
3. Demuestra capacidad crítica para la autoevaluación.

Estas habilidades se valorarán en todos los espacios de formación, tanto en teoría como en el desarrollo de los proyectos integradores y en las diferentes prácticas clínico-comunitarias, que son por excelencia espacios para ver actuar a los estudiantes.

ABORDAJE DE LA ÉTICA Y LA BIOÉTICA

Uno de los propósitos del currículo de la escuela de Enfermería de la UIS es "orientar la formación del estudiante hacia la construcción y reconstrucción del saber de Enfermería, encaminado al cuidado integral de sí mismo, las personas, familias y colectivos, enfrentando los desafíos que condicionan el entorno de la salud" (Amaya, Ibáñez *et al*, 2001, p. 19) asumiendo por tanto el "cuidado como un acto de vida". Este propósito coincide con la invitación de Van Rensselaer Potter (1999) a utilizar el conocimiento como generador del bien social, para lo que se requiere la construcción de una sabiduría que articule un sentido de responsabilidad y de humildad a la ciencia y la tecnología. Dicho conocimiento debe fundamentarse en un saber real de la naturaleza biológica humana y no humana.

En coherencia con este propósito, como ya se explicó anteriormente, el currículo actual de la escuela establece una educación progresiva por aptitudes que busca desarrollar y fortalecer un ejercicio práctico del quehacer de la enfermería aunado a una sabiduría ética de responsabilidad y respeto frente al cuidado de las personas, familias y colectivos; utilizando para ello, una propuesta curricular orientada a la formación integral del

estudiante, en la medida que pretende el aprendizaje de competencias propias del saber, el ser y el hacer. Estas deben responder a uno de sus ejes transcurriculares, como lo es el de la ética y la bioética.

Este eje tiene como propósito ofrecer los espacios necesarios para el análisis, la reflexión y la construcción de saberes y experiencias alrededor de temas relacionados, en general, con el cuidado de la vida y, específicamente, con el cuidado de enfermería; esto se evidencia en el ejercicio práctico, según los niveles del ciclo vital, establecido en el plan de estudios de la carrera. Asimismo, quiere orientar el enfoque mediante el cual se articule, entre otros, el conocimiento científico y el técnico propio de enfermería definidos en los proyectos integradores con la eticidad que pretende fortalecer la responsabilidad frente al cuidado.

Por su parte, Nelly Garzón habla sobre la importancia de los procesos de enseñanza-aprendizaje de la ética y la bioética en el profesional de enfermería y de la salud "como fundamento esencial en las relaciones de la persona consigo misma, con el otro, con verdadera comprensión, para mantener la armonía, el respeto por la libertad, la convivencia y la paz" (2006, p. 59) En este sentido, debe darse especial énfasis al "desarrollo de las actitudes, para comprender el significado de la formación temprana de actitudes y de una conciencia ética en la preparación integral" (p. 59). Algunas consideraciones que la autora presenta frente a la enseñanza-aprendizaje de la ética y bioética en enfermería son:

1. El aprendizaje de la ética y la bioética influye en la percepción de sí mismo como persona única, en relación interpersonal humanizada con los usuarios, los colegas y los demás miembros del equipo de salud.
2. Los conocimientos de la ética y la bioética proporcionan argumentos para el análisis y crítica de la política, planes e intervenciones de la atención en salud y para proponer estrategias que salvaguarden el valor, la dignidad y los derechos de los seres humanos, sujetos del cuidado de enfermería.
3. El aprendizaje de la ética y la bioética fortalece en los estudiantes la autoestima, la identidad, el compromiso con el cuidado de sí mismos y del otro.
4. El aprendizaje de la ética y la bioética desarrolla el pensamiento crítico, la argumentación fundamentada y fortalece el compromiso social del profesional de enfermería.

5. El aprendizaje de la ética y la bioética conduce al crecimiento profesional para pasar de conductas heterónomas a comportamientos autónomos y responsables. (Garzón, 2006, pp. 65-66)

Así las cosas, con el abordaje de la ética y la bioética como un eje transcurricular del programa de enfermería, se plantean el aprendizaje de competencias que integren el saber, el ser y el hacer en todos los espacios teóricos y prácticos del proceso formativo del plan de estudios de enfermería. En este sentido, dichas aptitudes sugieren, en primera instancia, procesos dialógicos, reflexivos y de análisis crítico que permitan a los estudiantes fortalecer una sabiduría en torno a la responsabilidad como cuidadores de la salud y la vida. Por otro lado, pero articulado a esta primera intención, se espera que el estudiante sea capaz de fortalecer y fomentar prácticas conscientes en las que esta sabiduría ética se haga explícita, no solo en términos de un saber hacer sino, y más importante, en el desarrollo de una vivencia ética incorporada, progresiva y permanentemente en la acción propia del quehacer de enfermería, de tal manera que se haga evidente una ética vivida a cambio de una ética aplicada. En otras palabras, que se incorporen en el ser de cada uno virtudes (hábitos y actitudes) que se expresen no como la necesidad de aplicarlas en momentos específicos de su práctica profesional, sino como una forma de vida, como personas y profesionales. García Cardona (2001) considera que el *ethos* se adquiere progresivamente en el ámbito de una cultura gracias a la acogida y ejercicio de costumbres que se consideran deseables. Estas acciones son las virtudes, definidas como "los referentes éticos de las costumbres" (p. 101), las cuales se pueden adoptar e interiorizar progresivamente acorde a los "más profundos anhelos, ideas personales y sociales, e inclusive con las necesidades compartidas para vivir mejor" (p. 101).

En el eje transcurricular de ética y bioética también se han diseñado competencias relacionadas con la dimensión política, el reconocimiento de su responsabilidad en la construcción de un saber para el cuidado de una vida digna y con la perspectiva de opciones de cuidado. En cada una de estas habilidades se han planteado desempeños específicos, los cuales, a su vez, sirven de parámetros evaluativos en el proceso de formación. Desde la dimensión ética de la persona se han sugerido habilidades relacionadas con la comprensión del valor de la persona como sujeto de la ética, capaz *de*

darse cuenta para reflexionar sobre su escala de valores y de elaborar una propuesta con miras a su proceso de desarrollo personal desde una fundamentación ética. En cuanto a la dimensión política se han esbozados desempeños relacionadas con la interpretación política como un ejercicio de poder que propende por el *bien común*, el discernimiento acerca de la formulación y aplicación de las políticas públicas y sus transgresiones, su comportamiento como ciudadano que reconoce los derechos humanos como un marco de referencia para el análisis de hechos políticos que afectan el bienestar de la humanidad.

Desde el ámbito relacionado con el reconocimiento de su responsabilidad en la construcción de un saber para el cuidado de una vida digna, se han asociado misiones con el acercamiento a una concepción de vida, identificando a los seres humanos como parte integral y protectores de todos los demás seres, en una dimensión bioética, y reconociendo la necesidad de propiciar espacios armónicos que favorezcan la convivencia basada en los mínimos propuestos desde la ética, como son: la tolerancia, la solidaridad, el respeto y el reconocimiento del otro. Desde la perspectiva ética y bioética del cuidado se han asociado tareas al reconocimiento de las situaciones que influyen en la vida de las personas, a su cuidado, la aplicación de un método de análisis que favorezca el proceso de toma de decisiones frente a los dilemas éticos, aplicando el consentimiento informado como medio para permitir que la persona ejerza su principio de autonomía, analizado la ética de las decisiones tomadas y sus efectos en la persona o comunidades, además del reconocimiento de la realidad de los sujetos de cuidado y como garante de los derechos humanos dentro del ámbito del cuidado. De tal manera, las competencias y desempeños consignados en el plan de estudios, requieren además de las propuestas curriculares y metodológicas, un monitoreo permanente mediante evaluaciones que permitan detectar aspectos por mejorar.

Pero si esta es la intención de la Escuela de Enfermería de la UIS con el abordaje de la ética y bioética como eje transcurricular, surge de inmediato una interrogante importante: ¿en qué medida se desarrollan estas habilidades éticas y bioéticas en los estudiantes de enfermería? Esta pregunta insta a reconocer la importancia de investigar el alcance de este propósito con el fin de efectuar los ajustes curriculares a que haya lugar. Es

importante implementar sistemas de seguimiento a estas nuevas propuestas, pues el currículo debe ser abordado como un proceso investigativo y el docente como un investigador de la problemática curricular (Stenhouse, 1980). Por lo anterior, se ha planteado un proyecto de investigación en el interior de la Escuela de Enfermería cuyo objetivo es evaluar el logro de las competencias éticas y bioéticas desarrolladas en los núcleos temáticos del cuidado de enfermería propuestos por ciclo vital.

En el contexto de la enfermería Tatiana Paravic (2010) indica la necesidad de "planificar muy bien la formación de la enfermera, con énfasis en los valores de responsabilidad, solidaridad y humanización, lo que significa otorgar dignidad al hombre y sentido a nuestra sociedad" (s. p.) como una exigencia para el servicio de la sociedad actual y futura "en este mundo globalizado" (s. p.). Se percibe una incoherencia entre la forma como avanza la globalización y "el progreso de la unidad del mundo y la felicidad del hombre" (s. p.). Es aquí en donde la universidad debe contribuir al bienestar individual y social, mediante una formación que favorezca el conocimiento y la comprensión de estos fenómenos. Para el caso específico de la enfermería, los procesos educativos deben orientarse hacia el aprendizaje de talentos que respondan a "un compromiso [con] la calidad de vida de las personas bajo un paradigma que es por esencia humanista" (s. p.). Aquí la formación ética debe tener un interés particular, pues los estudiantes y futuros profesionales se enfrentarán permanentemente "a situaciones que reclaman de ellos una postura y opción ética" que exigen "una práctica concreta" (s. p.). Serán ellos, desde su responsabilidad moral, quienes elijan libremente su actuar.

Para la Escuela es esencial la formación de personas integrales con alto sentido ético, fortalecidas para la atención de las necesidades de las personas sujeto de su cuidado, con un sentido humanitario; por ello le ha venido apostando a la formación basada en competencias. En este sentido, se hace necesario determinar en qué medida las habilidades éticas y bioéticas planteadas en su currículo han sido alcanzadas por sus estudiantes, esto con el propósito de fortalecer el proceso de enseñanza-aprendizaje. En este aspecto, los docentes tienen la responsabilidad, como lo indican Arbeláez, Corredor y Pérez, de "asumir conscientemente la redefinición y reelaboración de las concepciones que fundamentan [el] quehacer como docentes, porque difícilmente los estudiantes

universitarios podrán desarrollar con éxito las competencias académicas teniendo como orientadores a personas que se han negado a reflexionar y, más precisamente, a aprender sobre esta temática" (2009, p. 15). Teniendo en cuenta que

> los profesores universitarios somos los encargados de algo más que la habilidad y el conocimiento técnico: somos los encargados de la sutil y delicada tarea de dar vida, color y textura, a la sociedad, detallando la manera en la que se abordara el mundo, o tal vez al igual que los artistas, el centro de la misión gira alrededor de la comunicación de posibilidades. (Moccia, 1995, p. 12)

REFERENCIAS

AMAYA, I.C., Ibañez, L. E. *et al.* (2004). *Reforma curricular, programa de Enfermería.* Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander.

ARBELÁEZ R, Corredor, M. y Pérez. Martha. (2009). *Concepciones sobre competencias.* Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander–CEDEDUIS.

BERNSTEIN, B. (1997). *Las reglas de recontextualización: el discurso pedagógico.* Madrid: Morata.

BRUNER, J. (1990). *Actos de significado.* Madrid: Alianza.

DELORS, J. (1996). *La educación encierra un tesoro.* Madrid: Unesco-Santillana.

DÍAZ, M. (2000). *Flexibilidad y educación superior en Colombia.* Bogotá: ICFES.

FREIRE, P. (1972). *Pedagogía del oprimido.* Montevideo. México: Siglo XXI.

GARCÍA, G. (2001). Hacia un ethos sanitario. En J. Escobar (Ed.), *Bioética y justicia sanitaria 9* (pp. 101-130). Bogotá: El Bosque.

GARZÓN, N. (2006). Enseñanza de la ética y bioética en los programas de pregrado y postgrado de Enfermería. *En Directrices para la enseñanza de la Enfermería en la Educación Superior.* Bogotá: ACOFAEN.

LÉVINAS, E y Martos, A. (2008). *La filosofía como ética.* Valencia: Universitat de Valencia.

LÓPEZ, N. (1996). *Retos para la construcción curricular.* Bogotá: Magisterio.

LOSADA, A y Moreno, H. (2001). *Competencias b*ásicas *aplicadas al aula.* Bogotá: Antropos.

MINISTERIO de Educación. (2003). *Estándares Básicos de Competencias Ciudadanas / Formar para la ciudadanía... ¡Si es posible!* Bogotá: Ministerio de Educación Nacional-Ascofade.

MOCCIA, P. (1995). En N. Jeffries (Ed.). *Perspectivas educacionales convergentes*. Memoria de Conferencia*: antología de la conferencia panamericana de estudiantes de enfermería.* Washington: National League for Nursing, U.S.

PARAVIC, T. (2010). Enfermería y globalización. *Ciencia y enfermería*, *(16)*1. Recuperado de https://goo.gl/dbwbfm.

POTTER Van, R. (1999). Bioética puente, bioética global y bioética profunda. En *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. Bogotá: Kimpres.

SCHÖN, A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y aprendizaje en las profesiones.* Barcelona: Paidós.

STENHOUSE, L. (1980). *La investigación como base de la enseñanza, investigación y desarrollo del currículo.* Madrid: Morata.

UNESCO. (Octubre de 1998). *Conferencia Mundial sobre la Educación Superior*. París. Recuperado de https://goo.gl/Cgz2yr.

VISIÓN Y ACCIÓN DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA DE CALI PARA HUMANIZAR LA SALUD: CURSO DE PREGRADO BIOÉTICA PARA MEDICINA

NORA H. RIANI LLANO

INTRODUCCIÓN: HISTORIA QUE CONTEXTUALIZA

La sede en Cali de la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) existe hace tan solo 45 años. Inició como una extensión de la sede de Bogotá, con la carrera de Contabilidad, en las instalaciones del Colegio Berchmans, en 1970. Poco, si se compara con más de un siglo de presencia ininterrumpida en la capital.

Hace cuatro décadas, como seccional independiente, cuenta con cuatro facultades, unas con la solidez propia de años de experiencia, tal es el caso de Ciencias Económicas y Administrativas, Ingeniería, Humanidades y Ciencias Sociales y otra, con el empuje y la dinámica propia de ser una nueva facultad: Ciencias de la Salud.

ALIANZA ESTRATÉGICA, APUESTA AL ÉXITO

La fuerza efectiva humanista de la Bioética para Medicina está dada por una alianza estratégica entre las facultades de Humanidades y Ciencias Sociales y de Ciencias de la Salud, articulada directamente entre el Departamento de Humanidades y la carrera de pregrado en Medicina.

Hay que mencionar además que la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales independientemente se ha esmerado por humanizar la salud. Dos de sus nueve grupos de investigación están enfocados en: Salud y Calidad de Vida y Desarrollo Emocional y Salud mental. Además, desde el inicio de

la carrera de Medicina, el Departamento de Humanidades se responsabiliza de las asignaturas del núcleo fundamental como lo son: Humanidades 1 y 2 y Teología 1 y 2 (figura 1), más la asignatura electiva Ética.

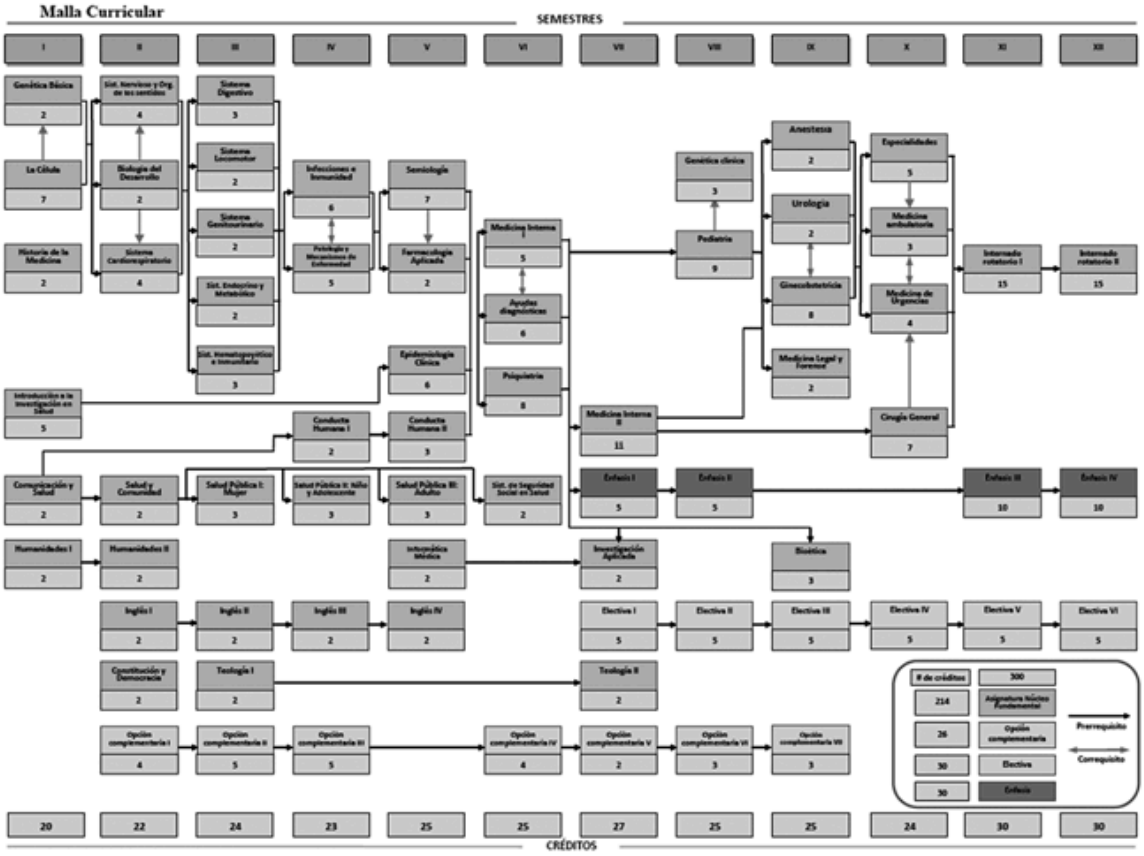


Figura 1. Plan de estudios de Medicina

Fuente: Secretaría Académica, Facultad de Ciencias de la Salud, PUJ-Cali

En esta figura se observa la compleja, pero precisa, interacción de asignaturas prerrequisito y correquisito entre ellas.

Financieramente, la asignatura depende del presupuesto que la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales asigna al Departamento de Humanidades. Así mismo, el decano de esta facultad ha delegado su administración y responsabilidad al director de Humanidades. Más adelante se detalla la logística operativa y el funcionamiento.

Visión de facultad naciente

La Facultad de Ciencias de la Salud de la PUJ Cali cuenta con dos

programas, cinco departamentos y dos grupos de investigación. A la fecha, apenas cuenta con dos promociones de graduados, pero en adelante titulará a jóvenes médicos cada semestre. En la mesa de trabajo, los gestores del comité fundador Pedro José Villamizar B., Mauricio Serna y Luis Miguel Benítez G. visualizaron estratégicamente el momento en que los alumnos del programa de Medicina, ya en prácticas avanzadas, podrían entender y aplicar la bioética clínica. De esta manera, quedó incorporada la asignatura Bioética para Medicina, con tres créditos en noveno semestre de la malla curricular.

La visión mostró una clara distinción dentro del espectro de la ética biomédica, permitiendo que en esa asignatura se asegurara su contenido independiente a la ética deontológica (disciplina y responsabilidad profesional) regulada en Colombia mediante la Ley 23 "por la cual se dictan normas en materia de ética médica" (Congreso de la República de Colombia, 1981).

SINCRONÍA ENTRE APRENDIZAJE Y PRÁCTICA

Se puede apreciar que cuando los alumnos asisten a este curso no solo traen todo el conocimiento de ciencias básicas, salud pública, talleres en hospital simulado y demás complementarias, sino también que han tenido que rotar en sexto semestre por prácticas clínicas de Medicina Interna, Ayudas Diagnósticas y Psiquiatría, más Investigación Aplicada (prerrequisito). De igual manera, han pasado por séptimo y octavo semestre, cuyas prácticas incluyen Genética Clínica y Pediatría. Ya en noveno semestre, cuando se sumergen en el curso de Bioética para Medicina, están rotando en Anestesia, Urología, Ginecobstetricia y Medicina Legal-Forense.

De esta manera, se destaca la aplicabilidad y la integralidad de temas bioéticos, muchos de las cuales surgen precisamente de los dilemas éticos que ven mientras están practicando o haciendo actos médicos supervisados, es decir, cuando se están entrenando para ejercer la profesión. Se facilita y se invita a los alumnos a aplicar estos nuevos conocimientos de manera complementaria a la atención clínica de los pacientes atendidos, en conjunto con los docentes y los asistenciales.

Los estudiantes una vez a la semana van y vienen, desde el aula a sus

prácticas, a las revistas docente-asistenciales y la atención de pacientes con sus particulares casos, permitiendo que aporten intelectual y reflexivamente a los análisis y las deliberaciones con sus profesores y los demás miembros de los equipos de salud. También, les permite aplicar herramientas prácticas de su nuevo conocimiento, como lo son los diferentes modelos de relación médico-paciente y los diferentes enfoques: (principialismo, personalismo y ética de las virtudes) al trato de los pacientes y de sus familiares. Profundizan en los conceptos de salud, enfermedad y calidad de vida; reflexionan sobre eugenesia, diagnóstico embrionario preimplantación y fetal en útero; limitación del esfuerzo terapéutico, encarnizamiento y futilidad, proporcionalidad terapéutica, eutanasia y aborto, justo cuando están enfrentando a estas situaciones.

Se dan cuenta de que entender el imperativo tecnológico y balancearlo con otros, como el ético y el terapéutico, tiene una gran aplicación práctica. Justo se logra, antes del décimo semestre, cuando rotan por Cirugía General, Urgencias, Medicina Ambulatoria y Especialidades, que aprendan a ejercer su consciencia sin alterar el compromiso vocacional y servicial del acto médico. Al respecto y para ejemplo, dice el *Manual de ética médica*: "la conciencia del médico, antes que la legislación o las autoridades disciplinarias, puede ser el único medio de evitar los abusos de derechos humanos" (Williams, 2009, p. 38), cuando se trata de tener que decidir rechazar atender a un paciente en particular (salvo en caso de emergencia).

Efecto multiplicador y exponencial

El singular modelo del programa de Medicina de la seccional Cali puede desconcertar a algunos. No tiene hospital universitario propio, como sí lo tiene la sede Bogotá, el Hospital Universitario San Ignacio, o como el Evaristo García, ocupado principalmente por la Universidad del Valle en Cali. Las exigencias de certificación como hospital universitario de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, cuya normativa rigurosa es casi inalcanzable, demandaría inversiones que no parecen ser financieramente viables dentro del panorama actual del sector salud y, además, tomaría varios años adoptar.

En efecto, según los requisitos de la Ley 1438, por medio de la cual se

reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, en su artículo 100 dicta "el hospital universitario es una institución prestadora de Salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión" (Congreso de la República de Colombia, 2011, s. p.). Tan solo ha certificado a tres hospitales: el Pablo Tobón Uribe de Medellín, la Fundación Santa Fe de Bogotá y la Fundación Cardiovascular de Colombia en abril del 2014. A su vez, esta ley a continuación advierte mediante parágrafo transitorio que "a partir del 1.º de enero del año 2016 solo podrán denominarse hospitales universitarios a aquellas instituciones que cumplan con los requisitos definidos en este artículo" (2011, s. p.).

La carrera de Medicina de la PUJ Cali cuenta con 16 convenios docente-servicio con diferentes instituciones prestadoras de servicios (IPS): Centro Médico Imbanaco, Clínica Amiga Comfandi, Clínica Farallones, Clínica Comfenalco, Clínica Lungavita, Instituto de Niños Ciegos y Sordos, Clínica de Occidente, Clínica Versalles, Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle, Clínica de Oftalmología de Cali, Hospital de San Juan de Dios, Clínica Nuestra Señora de los Remedios, Red de Salud del Norte, Red de Salud del Oriente, Fundación Hospital Club Noel y Clínica San José. Casi todas de larga existencia y emblemáticas del sector privado y del público, certificados por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud (conformado por expertos de los Ministerios de Educación y Salud y Protección Social) como escenarios de práctica formativa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010). Con servicios habilitados por la Secretaría de Salud y varios acreditados mediante el proceso voluntario ante el Ministerio de Salud. Estas alianzas estratégicas aseguran una experiencia de calidad, con visión realista del campo laboral donde ejercerán los alumnos una vez egresen y se licencien como médicos.

La comunidad caleña, encabezada por líderes gremiales y sociales y por los gestores de salud con amplia experiencia y dedicación regional, apoyan esta acertada decisión de modelo participativo ya que, en parte, dará solución a las falencias de desempeño, competencia y estabilidad de los médicos asistenciales, base de los servicios de salud del plan obligatorio de salud (Congreso de la República de Colombia, 1993) y aun de los servicios de

urgencias del sector privado.

Dentro del esquema descrito hay gran valor agregado del curso de Bioética para Medicina en pregrado avanzado. En efecto, ya se está planteando un diplomado complementario para médicos especialistas, precisamente por el interés que han manifestado después de interactuar con los alumnos.

LOGÍSTICA OPERATIVA Y ADMINISTRACIÓN

Si bien el responsable directo es el director de Humanidades, la dirección visible y tangible la ejerce el propio decano de la Facultad de Ciencias de la Salud dependiente de la carrera de Medicina. Las clases tienen una metodología variada, consistente en talleres, debates y ejercicios basados en casos reales, las cuales están a cargo de un profesorado en su mayoría conformado por médicos clínicos y con una especialización adicional en bioética; a excepción de las primeras dos clases a cargo de profesores de humanidades. La primera cohorte en pasar por el curso recibió clases de dos horas, pero rápidamente fue necesario efectuar un cambio, de esta manera fue aprobado el aumento a clases de tres horas por semana; a excepción de las primeras dos clases introductorias que se aumentaron a cuatro horas.

Una asignatura establecida por cinco años, antes de ponerse en práctica, necesita de una planeación meticulosa y de constante seguimiento. Más aun cuando se articula entre una facultad con semestres de diecinueve semanas (Humanidades y Ciencias Sociales) y otra con semestres de veintiuna semanas (Ciencias de la Salud). Es innegable la utilidad de las comunicaciones en tiempo real y las reuniones periódicas para compartir observaciones directas y retroalimentaciones recibidas, que han permitido evaluar y analizar el programa arrojando ajustes oportunos y en procura de su mejoramiento continuo.

Desde la tercera cohorte, por el aumento de los grupos semestrales, fue aprobado presupuestalmente duplicar las horas, pensando en que se podría dividir en dos grupos paralelos con clases simultáneas. Pero por logística de la malla curricular del plan de estudio (figura 1) no se pudo adaptar este esquema. Si bien es un gran reto para cada profesor enseñar

bioética a grupos grandes, tanto las instalaciones de infraestructura y dotación como las metodologías aplicadas y el apoyo en nuevas tecnologías han permitido que sean efectivos.

MÓDULOS	TEMA-CONTENIDO	HORAS	SESIÓN
Fundamentación	Filosofía y principios de la ética (ética nicómaquea)	2-5 pm	2
		2-5 pm	2
	Historia de la bioética (énfasis clínico). Definición	3-6 pm	3
	Principios de bioética, comités de bioética (diferencias ética médica, tribunal y pendiente)	3-6 pm	4
I parcial		3-6 pm	5
Bioética sociológica	Ambiente, demografía, justicia distributiva y sociológica corrientes políticas y demografía	3-6 pm	6
		3-6 pm	7

	Salud-enfermedad Profesionalismo médico	3-6 pm	8
Bioética clínica	Estatuto del embrión humano	3-6 pm	9
	Aborto (ser humano, persona)	3-6 pm	10
			12
Semana Santa			
II parcial		3-6 pm	13
Bioética clínica	Fecundación y fertilización ética del tamizaje (Eugenesia)	3-6 pm	14
	Clonación humana	3-6 pm	15
		3-6 pm	16
	Eutanasia-LET (Calidad de Vida)	3-6 pm	17
		3-6 pm	18
Bioética clínica	Enfermedades crónicas (relación médico paciente)	3-6 pm	19
		3-6 pm	20
III Parcial		3-6 pm	21
Cierre			22

Figura 2. Programación de clases semestre 2015-1
Fuente: Elaboración propia

A manera de revisión curricular se puede leer en la figura 2 todos los temas con detalles de sus contenidos. Estos incluyen los típicos dilemas bioéticos que se presentan en el ejercicio de la profesión, ya sea que los estudiantes se desenvuelvan después como asistenciales clínicos, administradores sanitarios o auditores médicos, salubristas (salud pública y epidemiología) o como expertos bioéticos, siendo este último un campo laboral, que creo pronto tendrá su justo advenimiento en Colombia.

ENFOQUE POR OBJETIVOS

Para quienes desean ahondar más en los objetivos generales de la asignatura, según consta en la *Guía de planificación de la docencia* (Riani Llano, Hurtado y Benítez, 2014), son tres:

- Preparar de manera básica a los estudiantes de Medicina en Bioética, buscando que puedan utilizar esta disciplina con capacidad reflexiva y analítica frente a los principales problemas éticos encontrados en el ejercicio de la profesión y aplicando este conocimiento, en especial, a los temas polémicos de manipulación, inicio y fin de la vida humana.
- Aportar al desarrollo científico y médico respetuoso; con entendimiento de los valores inherentes a la persona y con apertura a la verdad integral de la vida humana integrada al mundo actual.
- Ofrecer una visión personalista del hombre y de la sociedad, pero que no presupone ninguna convicción filosófica o religiosa determinada; más bien, respeta, entiende y tolera la diversidad y la pluralidad.

En el mismo documento interno se puede encontrar como está dividida la asignatura en tres módulos, cuyos objetivos específicos son:

- La de fundamentación tiene como objetivos específicos conocer la historia de la bioética y las definiciones pertinentes sobre la filosofía de los principios de la ética y la bioética; comprender los grandes principios y enfoques bioéticos que orientan el desarrollo biomédico y, finalmente, saber que existen comités de bioética (hospitalario, clínico, ética en investigación) y diferenciarlos de la deontología médica (según el tribunal

de ética médica) y de las propias del sistema general de servicios de salud.

- En bioética sociológica se procura que los alumnos aprendan sobre los conceptos bioéticos relacionados con medio ambiente, demografía, justicia distributiva y sociologías que influyen en el ejercicio de la profesión; que entiendan que existen corrientes políticas y posiciones frente al encausamiento de la demografía. Por último, que adquieran nociones básicas sobre los elementos de juicio moral aplicables a los dilemas bioéticos en salud pública.
- El último módulo es el más extenso y es propiamente de bioética clínica. Permite que se analicen los principales problemas debatidos actualmente sobre la manipulación, el inicio y el fin de la vida humana: estatuto del embrión humano, aborto, fecundación y fertilización, clonación humana, eugenesia, eutanasia, limitación del esfuerzo terapéutico. El propósito es que se obtenga la destreza bioética básica que podrá ser utilizada para analizar sistemáticamente y se sensibiliza al futuro médico con respecto a los desafíos éticos que plantea el ejercicio de las profesiones de la salud. Todo lo anterior *con una visión que reconoce y restituye la dignidad de toda persona.*

COMPETENCIAS DESARROLLADAS

También es importante destacar las competencias plasmadas en la misma guía (Riani Llano, Hurtado y Benítez, 2014).

En el ser:

Excelencia académica, responsabilidad personal, afán por su propia actualización y educación médica continuada, más allá de los conocimientos técnico-científicos y la destreza de la práctica clínica y quirúrgica.

Interiorizar la necesidad de ejercer éticamente, con excelente capacidad comunicativa, responsabilidad social y excelencia humana.

En el saber:

- Conocer los medios, la temática y los recursos para apropiar los conocimientos que sean aplicables a la prestación de su servicio al paciente, su familia, la comunidad y, por ende, la sociedad; independiente si ellos buscan solo consejo, atención terapéutica, tratamiento, cura, alivio o acompañamiento compasivo.
- Interrelacionarse con otras disciplinas para lograr los conocimientos

necesarios y un servicio óptimo.

En el saber hacer:

- Acercamiento efectivo a la disciplina bioética que lo capacite para reflexionar, entender, deliberar y, finalmente, responder íntegramente a las inquietudes y los retos médicos de hoy.
- Aplicación correcta de la investigación médica (ensayos clínicos) con total respeto por los pacientes que participan.

ACCIÓN JUSTIFICADA

Los avances técnico-científicos en la medicina, la era de la salud administrada, el cambio en la relación médico-paciente, los dilemas existentes por la manipulación de la vida humana, entre otras muchas razones, exigen que el profesional médico tenga conocimiento de esta "nueva" disciplina, que lo guiará mejor en la práctica y complementará sus reflexiones y acciones en cada acto médico.

Mediante esta asignatura el alumno, médico en formación avanzada, deberá adquirir competencias básicas y un pensamiento crítico bioético que le ayudará a equilibrar el ejercicio clínico, el *deber ser* médico, los avances técnico-científicos disponibles y los actos humanistas a los hechos biológicos en cada interacción o atención. El conocimiento adquirido de esta disciplina lo ayudará a obtener la capacidad analítica básica que le permitirá integrar ciencia, arte y filosofía en el ejercicio de su profesión, logrando que tenga un enfoque integral y humanista.

Es importante que la reflexión sobre la decisión moral, que tradicionalmente se relaciona con la valoración de intención, medios, fines y circunstancias en el acto ético, se vuelva una destreza más del hacer y del saber. Una capacidad reflexiva tan vigente y necesaria ante los complejos problemas que se presentan hoy en el ejercicio de la profesión.

La relación médico-paciente en la vida moderna es de sumo interés y, desafortunadamente, también implica algunos riesgos. Al respecto, se pueden tener en cuenta tres enfoques: el biológico, en el que el médico puede ser víctima de infecciones nosocomiales; el psicológico, con el *burn out*; y el legal, puesto que se ve expuesto al riesgo de las demandas civiles e incluso penales. El conocimiento de la bioética brinda las herramientas

para disminuirlos, maximizando el gusto que tiene el médico por su profesión y buscando que retome la humanidad que hay en ella.

PERFIL DEL EGRESADO

El curso tiene absoluta coherencia con el programa si se tiene en cuenta la importancia que da a las competencias humanistas. Para ilustrar esto, destaco mediante fiel copia de gran parte del documento maestro *Perfil del egresado*, la descripción del profesional del programa de la carrera de Medicina de la seccional Cali:

> Un médico enmarcado en un *profundo compromiso con la vida del ser humano*, capacitado para contribuir en la solución de las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad, en los ámbitos regional y nacional, con perspectiva global, y aportará de esta manera en la construcción de una sociedad justa e incluyente.
>
> El profesional egresado logrará competencias disciplinarias y profesionales para ejercer la medicina, fundamentado en una sólida formación científica en ciencias básicas, ciencias clínicas y salud pública, y *abordará su quehacer profesional desde un enfoque humanista, ético y de responsabilidad social.*
>
> Estas áreas de formación le permitirán adquirir las bases académicas y metodológicas para asegurar su permanente actualización y para acceder a estudios de posgrado. De igual forma, *desarrollará actitudes reflexivas, críticas y creativas* que estimularán un espíritu investigativo para formularse preguntas y plantear problemas de investigación.
>
> Además, será capaz de desenvolverse en el mundo globalizado y de utilizar las herramientas informáticas para hacer más eficiente su trabajo y posibilitar su conexión con el mundo. *Bajo una concepción integral del ser humano*, el egresado ejercerá la medicina como un medio de autorrealización, para erigirse como persona autónoma y libre. Será capaz de alcanzar la excelencia con denodado esfuerzo personal, como parte de su camino en búsqueda de su felicidad. De esta forma, *su vocación de servicio y entrega a los demás contribuyen al bien de los pacientes y a la transformación de la sociedad y del mundo.* (PUJ-Cali, 2001; cursivas propias)

Este gran propósito que, a su vez, coincide y se alinea con lo dicho por

el padre Adolfo Nicolás, S. J., superior general de la Compañía de Jesús y gran canciller de la Pontificia Universidad Javeriana en Colombia, sobre el perfil profesional integral javeriano: "*no* formar a los mejores del mundo, sino formar los mejores para el mundo" (2008, p. 7) es a lo que estamos apostando con nuestra propuesta.

BIOÉTICA COMO HERRAMIENTA PARA TODO MÉDICO

Cuando ya estén ejerciendo como médicos clínicos, tanto generales como especialistas, comúnmente referidos como *médicos asistenciales* para diferenciarlos de los auditores y los administrativos, habrá múltiples situaciones en que pondrán en práctica la bioética (Jonsen, Siegler y Winslade, 2006). Para dar unos ejemplos:

1. Tratar pacientes con enfermedades verdaderamente incompatibles con larga vida.
2. Resolver conflictos relacionados con el manejo y fallas en la comunicación.
3. Asistir en la toma de decisiones clínicas difíciles.
4. Proponer órdenes de no reanimar y de limitar o reorientar el esfuerzo terapéutico.
5. Enfocar y comunicarse con pacientes discapacitados severos.
6. Decidir cómo manejar pacientes que no pueden consentir o no tienen acudientes.
7. Contextualizar directrices en avanzada (voluntades anticipadas) o contradicciones entre familiares ante pacientes que no ejercen su consciencia.
8. Divulgar información necesaria para el bien común en situaciones que arriesgan la confidencialidad o la privacidad del paciente.

Los campos de acción de la auditoría médica y la administración sanitaria podrán complementarse con las nociones básicas sobre los elementos de juicio moral aplicables a los dilemas bioéticos, sobre todo el de justicia distributiva y conmutativa. En las áreas de salud pública y epidemiología, los análisis demográficos, poblacionales de salud y enfermedad adquieren una perspectiva bioética diferente a los habituales enfoques pragmáticos utilitaristas.

Apoyos complementarios

Se dan a conocer en este curso los comités y servicios de ética biomédica que funcionan en las clínicas y hospitales, cuyos miembros incluyen médicos y a quienes los demás médicos pueden consultar. Son tres diferentes al disciplinario/deontológico, usualmente conocido como el de ética médica.

Tabla 1. Nombres más comunes en la literatura en inglés y en español

Institutional Review Board (IRB) o Research Ethics	Ética de ensayos clínicos o de inv. clínica
Hospital Ethics Committee	Comité de ética hospitalaria
Clinical Ethics Committee o Institutional Ethics	Comité bioético clínico-asistencial o asistencial de ética o de ética clínica

Fuente: Elaboración propia

Estos comités tienen en común tres funciones generales: consultiva (asesorar, recomendar), educativa (docencia, capacitación) y normativa (políticas y procesos). Deben conformarse multidisciplinariamente por miembros representativos de ambos géneros y preferiblemente de grupos etarios. Solo dos, el de ética en investigación y el hospitalario, necesitan un representante de la comunidad. Ninguno ejerce responsabilidad directa en la atención, no son de índole jurídica ni son punitivos.

Fácilmente se distingue al comité de ética en investigación de los otros dos, ya que se centra en el respeto y la protección de las personas participantes en ensayos clínicos (tanto pacientes como controles sanos) y clasifica el riesgo de su participación. En Colombia hay tres categorías: sin riesgo, con riesgo mínimo y con riesgo mayor al mínimo. Hace énfasis en que cada persona debe consentir, o asentir si es menor de edad, con pleno conocimiento. Vigila y vela especialmente para que no se abuse de los participantes, más aún los que pertenecen a poblaciones vulnerables. En Colombia está legislado por la Resolución 8430 (Ministerio de Salud, 1993).

El Comité de Ética Hospitalaria en Colombia, legislado mediante Resolución 13437 (Ministerio de Salud, 1991), contiene el decálogo de los derechos y deberes de los pacientes. Está basado en los derechos universales de salud con equidad y se enfoca en asegurar la calidad de la atención. Promueve programas de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, procura divulgar los derechos y deberes (velando por su cumplimiento), propone mejoras de oportunidad y de calidad, tanto técnica como humana; verifica que los pacientes puedan recibir (o rehusar) apoyo espiritual o moral, cualquiera que sea el culto religioso que profesan. *Sus aportes pueden, en gran parte, mantener humanizada la atención.*

Este comité permite la participación del paciente en la exigencia y veeduría de la calidad, canalizando sus inquietudes y reclamos mediante la participación del Servicio de Atención al Usuario (Asousuario). Además, vela por el manejo de la información, para que esta sea veraz, confidencial y para que sea tenido en cuenta su consentimiento. Traza lineamientos para ayudar a solventar problemas institucionales que se pueden presentar por las nuevas tecnologías y por la limitación de recursos que, en este contexto, podría ser un espacio complementario cuando hay que resolver problemas administrativos. Participa en la representación de la institución, en programas sanitarios comunitarios de donación y trasplante de órganos y las campañas de donación de sangre.

El Comité o Servicio Bioético Clínico Asistencial asesora en temas de ética clínica (Vollman, 2013). Es decir, aporta directamente a la institución y al equipo sanitario en la prestación de servicios o en la atención de pacientes. Este asesoramiento, si bien directo, es limitado ya que solo da recomendaciones al médico y equipo sanitario tratante ante dilemas que pueden presentarse. A modo de ejemplo ya se mencionaron algunos en la sección de "Herramientas para el médico"; otros serían (DuVal, Sartorius, Clarridge, Gensler, *et al.*, 2001 y Neveloff, Liebman, 2011):

1. Facilitar la deliberación cuando hay diferencias de opinión entre los cuidadores o familiares sobre el tratamiento.
2. Mediar y guiar hacia soluciones compartidas cuando no todos están de acuerdo.
3. Sugerir consentimientos informados, diferidos y válidos para subgrupos vulnerables (capacidad mental disminuida).
4. Sugerir qué hacer cuando el paciente no puede consentir y no hay

acudientes.

5. Aportar información normativa vigente ante situaciones clínicas difíciles.

De los tres comités este es el único que puede consignar sus aportes dentro de las historias clínicas. Solo él puede operar como servicio directo con mejor oportunidad de respuesta mediante un interconsultante experto. Es importante recalcar que las respuestas, a consultas y ante situaciones, pueden tener enorme importancia como documentos prueba en procesos de investigación y de defensa ética y jurídica para los individuos que atienden directamente a los pacientes y para las instituciones que facilitan sus servicios.

En algunos países e instituciones integran los comités de ética hospitalaria, ética clínica y aún de ética médica (no analizado aquí) por razones de logística (personal competente, agendas). Esto es viable, siempre y cuando haya claridad sobre cuáles funciones están ejerciendo en cada situación. Todos deben tener miembros profesionales de la salud, preferiblemente también jurídicos, especializados en bioética. Solo el hospitalario debe permitir la presencia de un representante de la comunidad.

Como brazo operativo práctico de un comité de ética clínica, o como única opción, debe existir el servicio de consulta de ética clínica (Beca, Koppmanna, Chávez, Delgado, *et al.*, 2010), este responde a las necesidades del día a día, dando apoyo y respaldo al grupo asistencial de salud. Dicho servicio lo debe proporcionar un profesional sanitario con amplia experiencia clínica y con preparación formal en bioética, quien debe diligenciar un formato de confidencialidad institucional. Esta persona, según necesidad o cuando menos con la periodicidad acordada, reporta al comité de ética clínica, el cual está conformado por un grupo multidisciplinario institucional, cuyos integrantes deben ser enfermeras, médicos, otros profesionales de salud, asesores espirituales y abogados; preferiblemente con formación bioética (Tarzian, 2013). Ellos también deben diligenciar el formato de confidencialidad institucional. En Colombia aún no está bien implementado este servicio ni este comité.

Esperamos que durante el curso de Bioética para Medicina se despierte el interés y la motivación de algunos alumnos de manera que, una vez médicos egresados, continúen por esta u otras rutas bioéticas en el campo laboral; sin duda, esta es otra manera de humanizar la salud.

VIRAJE POSITIVO: A MANERA DE CONCLUSIÓN

La primera promoción completó la carrera al terminar el Internado Rotatorio en diciembre de 2015. Después de este sexto año salen a ejercer como médicos rurales, enseguida de lo cual se licencian como médicos generales que pueden ejercer como asistenciales o administrativos, generales o especialistas. Estamos atentos al poder de cambio que estos nuevos profesionales empezarán a efectuar. En el panorama actual del sector salud, en el que todos reconocemos la despersonalización de la atención, es un buen momento para que nos empeñemos en lograr un viraje positivo: hacia la prosecución de la humanidad y el personalismo que no complementa, sino que completa al médico, quien a su vez tiene la gran responsabilidad de lograr un mayor cambio al encabezar todo el equipo del personal sanitario. El curso de Bioética para Medicina en pregrado es una sólida apuesta para humanizar la salud.

REFERENCIAS

BECA, J., Koppmanna, A., Chávez, P., Delgado, I. *et al.* (2010). Análisis de una experiencia de consultoría ética clínica en cuidado intensivo. *Revista Médica Chile*, *138*, 815-820.

CONGRESO de la República de Colombia. (1981). *Ley 23. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.* Recuperado de https://goo.gl/AzgXOd

_____. (1993). *Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de https://goo.gl/kAPlRR.

_____. (2011). *Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de https://goo.gl/w1zWmN.

DUVAL, G., Sartorius, L., Clarridge, B., Gensler, G. *et al.* (2001). What triggers requests for ethics consultations? *Journal of Medical Ethics*, *27*(suppl. I), 124-129.

JONSEN, A., Siegler, M. y Winslade, W. (2006). *Clinical ethics a practical approach to ethical decisions in clinical medicine.* Nueva York: McGraw Hill.

MINISTERIO de Salud. (1991). *Resolución 13437 de 1991. Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.* Recuperado de https://goo.gl/4iSjs0.

_____. (1993). *Resolución n.° 008430 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.*

Recuperado de https://goo.gl/Dm4upD.

MINISTERIO de la Salud y Protección Social. (2010). *Decreto 2376. Escenarios de 2010. Por medio de la cual se regula la relación docencia-servicio práctica formativa con concepto favorable de la Comisión Intersectorial para los Programas de Formación de Talento Humano en el área de la salud* Recuperado de https://goo.gl/4VYnys.

NEVELOFF, N. y Liebman, C. (2011). *Bioethics mediation. A guide to shaping shared solutions*. Tennessee: Vanderbilt University Press.

NICOLÁS, A. S.J. (2008). *Misión y universidad: ¿Qué futuro queremos?* Barcelona: ESADE.

PONTIFICIA Universidad Javeriana Cali. (2014). *Perfil del egresado Medicina.* Sitio web. Recuperado de https://goo.gl/achRMZ.

RIANI-LLANO, N. Hurtado y P. M. Benítez, L. M. (2014). *Asignatura Bioética para Medicina. Documento interno: Guía de planificación de la docencia, PUJ-Cali.* Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Medicina. N.° de catálogo 300FRG043, 2-3.

TARZIAN, A. (2013). ASBH Core competencies update task force health care ethics consultation: an update on core competencies and emerging standards from the American Society for Bioethics and Humanities core competencies update task force. *The American Journal of Bioethics*, *13*(2), 3-13.

WILLIAMS, J. (2009). El médico y el paciente. En *Manuel ética médica Ferney-Voltaire*: *Asociación Médica Mundial*. Recuperado de https://goo.gl/15dLiR.

VOLLMAN, J. (2013). The implementation process of clinical ethics consultation: concepts, resistence, recommendations. *Revista Română de Bioetică, (11)*3, 108-122.

LA INFLUENCIA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA ESTIPULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD: UN ANÁLISIS MEDIANTE EL CONCEPTO DE MEDICALIZACIÓN

CARLOS ANDRÉS MUÑOZ LÓPEZ,
DIEGO JAVIER PACHECO NIÑO

INTRODUCCIÓN

En 1982, el término *crisis* es referenciado por Koselleck (2009) como una idea que "en los medios de comunicación se registra desde hace tiempo una inflación en el uso" (p. 272). Bien se puede decir que es una palabra de las que Iván Illich (1978) decía que "se filtran, como una amiba, por cualquier intersticio del lenguaje" (p. 42). El ámbito de la salud pública no ha escapado de este abarcador y gaseoso calificativo, pues con frecuencia se ha usado para decir que, "según los medios de comunicación y otros órganos de popularización, las sociedades desarrolladas de Occidente están en crisis. Por consiguiente, proliferan los analistas y sintetizadores que ofrecen remedios para esta crisis" (Navarro, 1978, p. 135). Decir que la salud está en crisis no es una novedad, parece un cuestionamiento más que justificado en su estado actual, es un hecho más que justificado. Un posible declive en esta materia se ha argumentado en una serie de fenómenos, tanto económicos como políticos, que podrían haber determinado la actual concepción de la salud pública tanto de dirigentes y funcionarios, como también de la ciudadanía en torno a este bien público puesto en funcionamiento por el Estado.

Para poder examinar en la actualidad el estado de la salud decidimos ubicarnos en el contexto de una emergencia, como fue la de la gripe A. Para ello enunciaremos una forma de análisis de esta problemática

teniendo como referentes a pensadores como Michel Foucault e Iván Illich, quienes nos darán puntos de referencia desde lo que llamaron *medicalización*.

Si bien este concepto ha sido un producto histórico cuyo significante estuvo construyéndose con relación a concepciones políticas, económicas y culturales, tenemos la necesidad de resaltar que una buena manera de entender su estructuración, desde la modernidad hasta hoy en día, parte de su desarrollo como institución y función primordial del Estado, en donde este actúa con suma preocupación en la asistencia de la salud y cuyo accionar es incorporado como su función primordial.

Evidencia de ello es la aparición del Estado de bienestar[4]: uno de los conceptos capitales de la política en el siglo XX que prescribe en su desarrollo la existencia del Estado sin cuestionar el capitalismo y, partiendo de esa esfera económica, garantiza de manera gratuita la salud y la educación de los ciudadanos. En el siglo XVIII, la función de la salud estaba a cargo del Estado, pero solo hasta mediados del siglo XX se centralizó de manera conjunta en "preservar la fuerza física nacional, su fuerza de trabajo, su capacidad de producción, así como su poderío militar" (Foucault, 1999a, p. 344).

La inserción de la salud en las políticas de Estado generó al unísono su inclusión a la macroeconomía, el cuerpo comenzó a venderse a través de la salud, pero también a través de la fuerza de trabajo. La salud es convertida en objeto de consumo[5] que puede ser producido por los laboratorios farmacéuticos, los médicos, etc., y consumido por otros agentes del mercado, en este caso, los enfermos posibles y reales, de ahí la importancia que ha adquirido en materia económica. El cuerpo entra en un sistema capitalista, en la macroeconomía y terminará influyendo en un determinado tipo de poder que Foucault (1999a) llamará *somatocracia*. Si bien el autor juega de manera jocosa, por así decirlo, con este concepto, lo hace para hacer referencia a una comparación histórica con la teocracia (que rigió con Constantino desde el Imperio romano) que se caracterizaba por la intervención del imperio no solo en los asuntos propios a este, sino también en la salvación de las almas. En ese mismo sentido, la actual somatocracia es la forma mediante la cual el Estado interviene y se preocupa por la salvación y el cuidado del cuerpo. Si bien es cierto que el

autor utiliza esta comparación con un matiz humorístico, nosotros consideramos más que pertinente y adecuado profundizar y ampliar esta idea al estar indudablemente relacionado con una realidad que merece un análisis imperante para nuestro tiempo.

La intervención de la medicina va más allá de la enfermedad. Ahora actúa en la salud dando parámetros de lo normal y lo anormal, interfiriendo hasta en las esferas más íntimas del hombre, de cierta manera limitándonos, y lo peor es, como diría Dostoievski, bajo nuestra complacencia, besamos nuestras cadenas. "Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo" (Foucault, 1999a, p. 353).

En la modernidad surge la autoridad médica, que no es únicamente la del saber o una persona erudita que sabe referirse a los buenos autores. Se alude a aquella que además tiene una jurisdicción social, pues puede tomar decisiones a nivel de una ciudad, un barrio, una institución o un reglamento. Al mismo tiempo se introduce un aparato de medicalización colectiva, el hospital. Estos aspectos de poder no los ejercía, pues hasta el siglo XVIII no cumplía con tal función, sino de asistencia a los pobres en espera de la muerte[6]. Estos rasgos fueron los que caracterizaron al concepto de medicina de Estado durante este siglo, y aún se mantienen, para vivenciar una medicina en pro del mercado.

Hay una medicina para pobres y otra en pro del trabajo de las clases adineradas que tienen una medicina privada[7]; una administrativa focalizada en la medicalización de los problemas sociales y otra regida por las demandas de la industria farmacéutica, como también una aquiescencia de los legos de una administración de su salud por parte de la autoridad médica, renunciando al cuidado de sí mismos. Estas dinámicas se evidenciaron con gran detenimiento en una de las más potenciales pandemias, la de gripe A, durante la cual el tratamiento tanto de profesionales de la salud como de los entes gubernamentales encargados de la administración de la salud dejaron entrever diversas dudas en torno al manejo y a los intereses que se esconden alrededor de la industria farmacéutica.

MUESTRA DE MEDICALIZACIÓN: EL CASO DE LA GRIPE A

La naturaleza de la gripe A, gripe aviar o A/H5N1, es entendida como un virus de influenza que se manifiesta como "una enfermedad respiratoria muy contagiosa. Se debe iniciar el tratamiento antiviral en las primeras 48 horas para evitar la neumonía" (Muñoz-Cortés, García-Zavala y Estrada Andrade, 2013, p. 445).

Desde la gripe rusa de 1889, se ha considerado que la influenza es de carácter endémico en gran parte del mundo[8], ello quiere decir que presenta un comportamiento cíclico anual, "su ocurrencia está relacionada con virus que recorren el mundo en periodos de un año, durante las temporadas invernales, y que son capaces de infectar a los humanos por haber sufrido cambios menores que les permiten, hasta cierto punto, burlar su sistema inmune" (Henao, 2010; ONU, 2016, s. f.).

Ahora, respecto a la influenza endémica[9], la pandémica se caracteriza por no manifestar periodicidad alguna, su aparición es intempestiva y, como se verá más adelante, este carácter se deberá a diversos criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en variadas directrices, desde el año 1999 hasta el 2009, siendo esta última la máxima vigente. Los criterios han pasado de una infección humana con nuevas cepas que se propaga efectivamente entre humanos, a una con un nuevo subtipo de virus de transmisión entre animales a humanos, en la que también se ha producido un nuevo virus que se transmite entre personas, y ya ha afectado a los habitantes de mínimo dos regiones, donde hasta ahora han sido caracterizados o estandarizados por la OMS. Este último criterio es cuestionado por corrientes médicas de corte crítico como la de la medicina social latinoamericana[10].

El virus episódico de la gripe aviar A/H5N1 tuvo su origen en pequeñas variaciones antigénicas[11] que empezaron a desarrollarse en la glucoproteína de la superficie del virus, la hemaglutinina. Cuando se está ante la presencia de una nueva pandemia como, por ejemplo, la gripe A, afirmamos que esta se da cuando el virus, o mejor, una de sus cepas, recibe un cambio antigénico con un subtipo de hemaglutinina (Godoy, 2006). En otras palabras, puede decirse que es una enfermedad infecciosa y vírica que, en principio, afecta a las aves y tiene el suficiente potencial para llegar

a infectar a seres humanos. Ello está constatado con las tres gripes surgidas el pasado siglo, a saber: en 1918, la gripe española A H1N1; en 1957, la gripe asiática A H2N2 y en 1968, la gripe Hong Kong A H3N2 (OMS, 2004).

El epicentro de dicho virus de influenza está situado en Asia, donde hubo mayores brotes endémicos. De hecho, diversos casos aún siguen apareciendo en países como Vietnam, Tailandia, China, Indonesia y Camboya, lo cual indudablemente enciende las alarmas ante una futura adaptación del virus gripal A H5N1 a la especie humana. Ahora bien, este fenómeno alertó a las máximas autoridades encargadas de la acción sanitaria en el mundo; por tal motivo, la mayor autoridad médica en el sistema de las Naciones Unidas, la OMS, decretó frente a la gripe de influenza A/H5N1 una potencial alarma como pandemia. En dicho documento se sostiene:

> La alarma sobre la inminencia de la pandemia se debe tanto a los cambios que ha experimentado la epidemiología de la enfermedad en el ser humano y en los animales como al mayor alcance geográfico del virus, que acarrea un mayor riesgo de exposición del ser humano. Aunque no es posible prever ni el momento ni la gravedad de la próxima pandemia, el dato de que el virus es ya endémico en algunas poblaciones de aves significa que el actual nivel de riesgo no podrá reducirse fácilmente. (OMS, 2005, p. 2)

A finales del siglo XX[12], desde las primeras apariciones y brotes epidémicos con relación a la gripe A/H5N1, el concepto de *pandemia* para la OMS empezó a tener diversas dimensiones. Esto debido a los acontecimientos que, desde 1999 hasta el 2009, han ocurrido respecto a los brotes infecciosos de influenza A, no solo relacionados con la gripe A/H5N1, sino también por el virus de influenza A/H1N1. Así las cosas, en 1999 la OMS emite el documento *Plan de preparación para la pandemia de influenza* dentro del cual este concepto está establecido como aquella "infección humana con una nueva cepa que se transmite eficientemente entre personas en un país y se propaga a otros, con patrones de enfermedad que indican que la morbilidad y la mortalidad pueden ser graves" (Henao, 2010, p. 57). Posteriormente, en pleno auge de la gripe A, la OMS elabora *Alerta epidémica y respuesta. Plan mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza* (2005). En este, la noción de pandemia está estipulada

nuevamente como una "infección humana, confirmada en laboratorio, con un nuevo subtipo de virus que se transmite entre animales y humanos y de persona a persona" (Henao, 2010, p. 60). Frente a la agudización del problema, la OMS redacta en 2009 *Preparación y respuesta frente a una pandemia de influenza*, en la que estos criterios se verán tangencial pero fuertemente influenciados por pautas administrativas, con modelos cuantitativos y probabilidades estadísticas, se basa en "una infección humana con un nuevo virus que se transmite eficientemente de persona a persona y que afecta a habitantes de por lo menos dos regiones de la OMS" (Henao, 2010, p. 60).

La escuela de la medicina social latinoamericana mantiene una perspectiva crítica al respecto, iniciada por autores como Michael Marmot y Richard Wilkinson[13], que sostiene, *grosso modo*, que el estudio de la determinación social es relevante, es decir, que los múltiples condicionantes y necesidades sociales configuran la forma de enfermar; razón por la cual, los criterios decretados por la OMS se imponen de manera arbitraria al no discriminar diversos factores puesto que la causalidad biológica y causalista del virus no es el único móvil que puede determinar una pandemia[14].

El clímax de esta pandemia se ocasionó entre los años 2009 y 2010 y, al mismo tiempo, se empezaron a divisar distintos manejos interestatales del tratamiento y a buscar vacunas para mitigar la pandemia. A finales de 2009, un hecho inusitado involucró tanto a naciones como a grandes firmas farmacéuticas. Una filial del laboratorio Baxter entregó a un laboratorio científico en Austria, Avir Green Hills Biotechnology, una considerable cantidad de vacunas experimentales para la gripe A y, esta última, entregó a algunos laboratorios subcontratados en Alemania, República Checa y Eslovenia algunas cantidades de dichas vacunas. Acto seguido, dichas vacunas fueron probadas en aves que a los pocos días enfermaron y debieron ser sacrificadas, esto llevó a investigar su contenido donde se comprobó que contenían virus vivos de la gripe aviar A/H5N1 combinados con los de la gripe gestacional A/H3N2 (Forcades, 2010). Ante dicha problemática, se iniciaron sendos debates en el parlamento austriaco (Belakowitsch-Jenewein, 2009) como también en el parlamento inglés (Howe, 2009, citado por Forcades, 2010). Frente a esta polémica el portavoz de la Farmacéutica Baxter sostuvo, sin mayor preámbulo, que se trató de

un hecho accidental, amparando la no profundidad de las razones en la confidencialidad otorgada por secreto de producción, es decir, en otras palabras, el secreto industrial (Forcades, 2010).

De esta manera, frente a las evasivas de responsabilidad de la industria farmacéutica se empieza a observar la gestión, o quizá la omisión y benevolencia, de los máximos entes de salud de algunos países en la adjudicación del tratamiento farmacéutico a las grandes firmas y laboratorios encargados de las vacunas y patentes contra el virus. Es por ello que, en el año 2010, el político y médico epidemiólogo Wolfgang Wodar denunció las irregularidades en la declaración de la alerta 6 y la manera como un virus de influenza (que ha sido más benigno en comparación con otras epidemias gripales) logró alcanzar el grado de pandemia (Wodar, 2010). Dicha crítica también es traída a colación con relación a la elaboración de los diversos informes de la OMS que establecen, por una parte, el concepto de pandemia y por otra, los niveles de alerta y la reacción de los países miembros de las Naciones Unidas. Tanto Wodar como Cohen señalan que dicho plan, elaborado en 1999, se realizó en estrecha colaboración con un grupo de científicos (ESWI), financiado en su totalidad por las compañías farmacéuticas con intereses directos en la promoción de antivirales y vacunas para la gripe (Cohen, 2010).

Dicho empalme entre farmacéuticas y expertos científicos inmiscuidos en entes de salud como la OMS hacen que el negocio de las farmacéuticas sea extremadamente rentable[15], puesto que al decretarse la alerta de una cepa de virus como pandemia o como en potencial caso, refiriéndose a la gripe A, inmediatamente la industria y los laboratorios dueños de las patentes para la creación de vacunas tienen la potestad de imponerse como monopolio y así poder tener a su arbitrio la estipulación de precios y costes de los medicamentos para tratar una determinada pandemia.

Frente a esta situación emergen diversas voces críticas no solo de profesionales de la salud, sino también entre académicos y columnas especializadas en la prensa, que han debatido en torno a este fenómeno. Un ejemplo es la columna de *Le Monde Diplomatique Empresas farmacéuticas, políticos y salud pública ¿Cuánto costó la "vacuna contra la gripe* H1N1*"?* donde se ha denunciado la estrecha complicidad entre los *lobbies* de la

industria farmacéutica, los gobiernos y la OMS:

> El mecanismo es el siguiente: intensa campaña mediática a escala mundial exagerando los peligros de la pandemia –confirmados, sin embargo, por la OMS–, lo cual permite a las empresas farmacéuticas obtener rápidamente, en exclusiva y con garantías jurídicas contra cualquier consecuencia negativa, patentes para una nueva vacuna que los Gobiernos compran masivamente. En este proceso, la salud pública aparece como la última preocupación de los diversos actores. (Velásquez, 2010, s. p.)

En consecuencia, los criterios para declarar una posible pandemia han sido ampliamente criticados, en el diario francés citan a Joan-Ramon Laporte, director del Instituto Catalán de Farmacología y expresidente del Comité de Expertos de la OMS:

> Poco antes de la aparición del nuevo virus, la OMS había modificado la definición de pandemia de manera que ya no era necesario que hubiera víctimas mortales. Ahora sabemos que esta modificación pudo haber sido influida por los fabricantes de vacunas. Habitualmente, la gripe estacional causa unas 250 000 muertes anuales en el mundo. La del 2009 ha causado solo 17 700. (Velásquez, 2010, s. p.)

Paradójicamente, el fenómeno de la industria farmacéutica no tendría su asidero financiero dentro del mercado si no existiese una amplia demanda por la adquisición de medicamentos para el cuidado de la salud por parte de la sociedad, es aquí donde intervienen tanto las autoridades médicas, como el Estado y los medios de comunicación en lo que puede denominarse una cultura de la medicalización: "hacer de las personas enfermos legítimos está tan implícito en el poder del médico como en el potencial veneno que surte efecto. El curandero maneja venenos y encantamientos la única palabra con que los griegos designaban *medicamento* (*Pharmakon*) no distinguía entre el poder de sanar y el poder de matar" (Illich, 2006, p. 31).

Esta potencial pandemia de gripe A H5N1, como la pandemia declarada en el 2009 de la gripe porcina o mejor conocida por su nombre científico A H1/N1, ha puesto al descubierto enormes cuestionamientos sobre el manejo y control, tanto de autoridades médicas como de profesionales, respecto a la asistencia en salud de la ciudadanía. En este punto coyuntural de la gripe A,

se sorprende a la institución médica con una fuerte dependencia a la influencia y acción de la industria farmacéutica. Igualmente, otros actores convergen en la demanda y en la necesidad de *medicalizar* a la población mundial, entre ellos se puede mencionar a los grandes medios de comunicación, autoridades supranacionales de la salud, como la OMS, laboratorios científicos, comunidades académicas de la salud, publicistas[16], en fin, a una pluralidad de sujetos bajo un mismo interés: reportar algún interés mediante la medicalización.

Con base en lo anterior, diversas dudas e interrogantes suenan más fuerte y emergen en una necesidad de replantear la fundamentación y la operatividad en torno al manejo, regulación y control de la salud asistida. Algunas cuestiones son: ¿qué responsabilidades se generan en cuanto a la omisión o poca intervención estatal en torno a la salud?, ¿la vocación del médico profesional actualmente se encuentra en crisis ante la imposibilidad de discernir frente al manejo de la salud como una mercancía?, ¿existe una cultura de la enfermedad? Frente a estas inquietudes tratamos de dar las bases teóricas a través de los postulados de Foucault e Illich, con el fin de proporcionar al lector elementos claves para el abordaje del problema en las dinámicas actuales de la medicina.

LA CONCEPCIÓN HISTÓRICA DE LA MEDICALIZACIÓN COMO MANIFESTACIÓN DE UNA SOMATOCRACIA EN MICHEL FOUCAULT[17]

El autor de *El nacimiento de la clínica* realiza una reflexión sobre un problema que, en aquel entonces, estaba en boca de considerables círculos sociales y académicos: *la crisis de la medicina o de la antimedicina* (Foucault, 1999a). Establecido el referente temático, empieza a centrarse en la obra *Némesis médica* (1975) de Iván Illich que, quizá para la época, era la más leída sobre dicha temática[18]. El filósofo francés equipara en un principio, al igual que Iván Illich, el problema de las instituciones del saber con el poder médico, suponiendo una función de autoridad muy parecida en el profesor y el médico; estos referenciados bajo una figura mucho más histórica de autoridad como lo es el sacerdote, que intenta salvar al creyente del infierno;

el maestro, al alumno de la ignorancia y el médico, al paciente de la enfermedad. Además, con la confesión, el sacerdote garantiza en gran parte la salvación, al igual que el profesor garantiza su tarea a través de exámenes o evaluaciones constantes y el médico con sus diferentes controles mantendrá al paciente con buena salud[19].

Para poder hablar de la crisis de la medicina tener el concepto mismo de *medicina* es fundamental y analizar las instituciones del poder médico nos dará el análisis clave. Este tipo de instituciones, sugiere el autor, se deben analizar desde 1942, cuando se estipuló el plan Beveridge en Inglaterra, que reestructuró los sistemas de salud luego de la Segunda Guerra Mundial cuando, en 1945, ganó el partido de los trabajadores y se instaura el plan ideado tres años atrás. En la nueva estructura se evidencia como eje medular no es el derecho a la vida, sino a la salud, derecho que desde ese momento empieza a ser una institución y función primordial del Estado. Es por ello que el hombre en el Estado de bienestar al enfocar y privilegiar el derecho "a mantener su cuerpo en buena salud pasa a ser el objeto de la propia acción del Estado" (Foucault, 1999a, p. 344), irá conformando una moral del cuerpo[20] que, según Foucault, genera cambios. Una de las evidencias sobre este tipo de moral data desde el siglo XIX, allí el concepto de higiene empezó a tener un lugar privilegiado en la conformación del concepto de salud. La limpieza, como higiene, es una moral de la salud al estar también sobre ella la salud de los otros, de ahí que empiece a exigirse el derecho a interrumpir el trabajo, que más que un derecho es una relación moral del cuerpo con los individuos. El que está enfermo o infectado puede contagiar y, por esta circunstancia, le es permitido interrumpir el trabajo.

A partir del triunfo de los trabajadores en Inglaterra, no hay país que no incluya en sus políticas públicas la salud y su respectivo cubrimiento y financiamiento, así sea por parte de privados. Una relación estrecha entre derecho, moral, economía y política del cuerpo establece el concepto de somatocracia "que desde que ese inició está en crisis" (p. 346). El tipo de medicina que estamos viviendo es de por sí social, aunque decir esto resulta redundante, puesto que la categoría del *otro* permea la medicina desde el siglo XVIII: "la medicina fue siempre una práctica social, y lo que no existe es la medicina 'no social', la medicina individualista, clínica, del coloquio

singular, que fue más bien un mito con el que se justificó y defendió una determinada práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión" (p. 347).

La medicina ha estado en un pedestal en el imaginario social debido a la creencia de que es científica y, por tanto, eficaz; algo que resulta falso. La cientificidad le da a la medicina más claridad en los procesos, pero no garantiza la efectividad, lo que sí lo hace es la consciencia de lo que se está haciendo en ella. Antes del paradigma de lo científico, la medicina no era del todo consciente de sus procedimientos y, cuando fallaba, o incluso acertaba en ellos, no era muy consciente del porqué sucedía; había ignorancia en ese entonces, mientras que hoy hay consciencia en su proceder "la medicina mata, siempre mató, y de ello siempre se ha tenido consciencia" (p. 348). Esta consciencia produce una iatrogenia positiva, en la cual el fundamento racional de la práctica médica produce efectos negativos, y no por medicamentos nocivos o ingesta equivocada, ni tampoco por errores de diagnóstico. La cientificidad de la medicina genera un saber que "es peligroso, no solo por sus consecuencias inmediatas a nivel del individuo o de grupos de individuos, sino a nivel de la propia historia" (p. 351). Ligado a la crítica de la cientificidad, se comprende que la cantidad de consumo médico no es proporcional al nivel de buena salud que tenga la persona.

La medicina, al hacer parte de los planes del gobierno, intenta dar una medicalización indefinida al imponerse en múltiples espacios: para conseguir trabajo o ser acusado de algún delito, por dar algunos ejemplos. La medicalización se enfoca ya no tanto en enfermedades, sino en otros aspectos como el homosexualismo que, en alguna época, y actualmente, tendió a tratar esta forma de ver diferente la sexualidad como una enfermedad. "La intervención sistemática de una terapéutica de tipo médico en los homosexuales de los países de Europa Oriental es característica de la 'medicalización' de un objeto que, ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad" (p. 352).

Ahora bien, cabe resaltar cómo una administración estatal, dentro de sus planes de gobierno, fortaleció y generó un viraje diametralmente opuesto al que se venía desarrollando en el sector salud dentro de un Estado a finales del siglo XX. Esta administración, contrario a lo que ocurría en muchos países de América Latina y Europa Occidental, vio en la salud pública la oportunidad de encontrar, en la institucionalidad de la

medicina, la posibilidad del acceso a los servicios de salud de la gran mayoría de la población en un interesante ejercicio de descentralización y cobertura de los servicios de la salud. Fue lo acaecido durante el mandato de Salvador Allende en Chile, de 1970 a 1973:

> Particularmente, durante este periodo la acción gubernamental estaría encaminada a hacer tres cosas en dicho sector. A saber: integrar las distintas ramas de los servicios de sanidad (con excepción del de las fuerzas armadas) en uno solo; democratizar las instituciones relacionadas con tales servicios y modificar el orden de prioridades, haciendo mayor hincapié en la asistencia ambulatoria y los servicios preventivos. (Navarro, 1978, p. 82)

No solamente la acción del médico-presidente Salvador Allende se dirigía sobre estos tres puntos, sino que, además, se buscó generar un freno a la invasión de la industria farmacéutica. Dicha situación es descrita por Illich de esta manera:

> Durante su breve desempeño como presidente de Chile, el doctor Salvador Allende movilizó con éxito a los pobres para identificar sus propias necesidades en cuestión de salud, y con mucho menos éxito, compelió a la profesión médica a servir necesidades básicas más que lucrativas. Propuso la prohibición de los medicamentos que no habrían sido probados en clientes en Norteamérica o Europa durante todo el tiempo cubierto por la protección de la patente. Resucitó un programa destinado a reducir la farmacopea nacional a unas cuantas docenas de productos, más o menos los mismos que el "médico descalzo" chino lleva en su caja de mimbre negra. Es de notarse que, menos de una semana después de que la junta militar chilena tomó el poder el 11 de septiembre de 1973, muchos de los más activos proponentes de una medicina chilena basada en la acción de la comunidad más que en la importación y el consumo de medicamentos habían sido asesinados. (Illich, 1975)[21]

Así mismo, Illich describe otro ejemplo paralelo a la situación con Allende, en la que nuevamente se observa la reacción de la industria farmacéutica al momento de existir algún tipo de iniciativa, ya fuese pública o particular, sobre mitigar su dependencia

> en noviembre de 1973 mi editor francés, Sevil, publicó una edición original en libro

> de bolsillo, escrita por un médico con muchos años de experiencia como toxicólogo. Es una lista de los 100 fármacos más vendidos, incluyendo medicamentos de prescripción, y explica qué es cada uno, para qué resulta indicado, cómo tiende a usarse o a recetarse y con qué consecuencias. El día de la publicación 57 firmas farmacéuticas iniciaron sendas acciones legales para lograr que el libro fuera retirado de la circulación y demandaron una compensación por daños probables. (Illich, s. f.)

Con estos dos ejemplos se pueden observar diversos fenómenos sobre la salud pública y su posible crisis; denotando cómo la intervención estatal en la crisis de la salud cobra menor relevancia ante la arremetida de la industria farmacéutica y las estipulaciones supranacionales de organismos como la OMS, quienes con su injerencia dictaminan las acciones a seguir en los diversos países. Estos últimos diseñan las políticas públicas a seguir en cuanto a regulación, control y prescripción de medicamentos, y las enfermedades que han sido dictaminadas como se ha señalado por estos organismos, de esta manera, los legos se someten sin mayor reparo a los sistemas de salud pública y a la cobertura de quienes ofrecen los servicios de asistencia médica.

CONCLUSIONES

Con las precisiones conceptuales proporcionadas por Iván Illich y Michel Foucault respecto a los factores que determinan la idea de salud de hoy en día, podemos constatar que existe un análisis desde la autoridad que en un principio empieza en una simple relación vertical médico-paciente, pero que después se ve afectada por factores de ideología política de Estado y, además, de la asimilación de un modelo capitalista jalonado vertiginosamente por la industrialización de la producción y la sociedad, construyendo una compleja red de factores que deben tenerse en cuenta en un análisis actual de la salud y su respectiva crisis. En esa red tal es la fuerza que ha tomado la industria farmacéutica que habría que ir cuadrando su crítica como un actor ya no estatal, sino supra o extra estatal. Como lo evidenciamos en la dinámica de la potencial pandemia de la gripe AH5N1, en la que la influencia de la industria farmacéutica fue

determinante al involucrar ámbitos internacionales privados y organizaciones supraestatales. Además, otros actores que deberían tener injerencia en este proceso, como el interés estatal del paciente, el mismo gremio médico, entre otros, no han tenido el protagonismo debido en la estructuración actual de la medicina.

Ahora bien, si se pretendiese equilibrar el desbalance generado por la industria farmacéutica se hace pertinente revisar los conceptos y el funcionamiento de todo el entramado de funcionamiento de la medicina. En este punto es importante empezar a replantearse la relación médico-paciente y también su relación con el Estado. Así como la regulación de la normatividad internacional frente al otorgamiento de las patentes para combatir futuras pandemias. Replanteamientos que no son posibles sin la humanización en salud, que no es más que investir de voz, inter y multidisciplinaria, a la salud, en donde la filosofía, la medicina, el derecho, la economía y otros saberes puedan dotarse del don de la palabra para conversar entre sí y plantear una perspectiva distinta a la impuesta por la industria farmacéutica:

> Se requiere la modestia y el orgullo de los economistas y afirmar que la medicina no debe ser rechazada ni adoptada como tal; que la medicina forma parte de un sistema histórico; que no es una ciencia pura y que forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder, y que es necesario determinar los vínculos entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad para ver en qué medida se puede rectificar o aplicar el modelo. (Foucault, 1999a, p, 361)

REFERENCIAS

BELAKOWITSCH-JENEWEIN, D. (2009). *Silenciamiento de un accidente de laboratorio grave consistente en la contaminacion de material para la vacunacion de la gripe A/H5N1.* Recuperado de https://goo.gl/4S78J4.

BOHEN D. y Carter. P. (2010). Who and the pandemic flu “conspiracies”: Key scientist advising the World Health Organization on planning for an influenza pandemic had donde paid work for pharmaceutical firms that stood to gain from the guidance they wrote. *BMJ*, *340*, 1274-1279.

ESLAVA, J. (2009). La epidemia en tiempos de globalización. *Revista Salud Pública*, *13*(3):

321.

ECHEVERRI, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarollo: el caso de Colombia. *Panam Salud Pública*, *24*(3), 210-216.

FORCADES, T. (2010). Pandemia 2009-2010 por gripe A: La importancia de evitar que las alarmas sanitarias sean rentables. *Bioetica y debate*, *16(61), 1-5.*

FOUCAULT, M. (1999). ¿Crisis de la medicina o de la antimedicina? En M. Foucault, *Estategias de poder* (pp. 343-362). Buenos Aires: Paidós.

FOUCAULT, M. (1999). Nacimiento de la medicina social. En M. Foucault, *Estrategias de poder* (pp. 363-384). Buenos Aires: Paidós.

FRANCO, S., Nunes E., Breilh, J. y Laurell, C. (1991). *Debates en medicina social.* Quito: Non Plus Ultra.

GARCÍA, J. C. (1972). *La educación médica en América Latina.* Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

_____. (1979). *La mortalidad de la niñez temprana según clases sociales.* Medellín: Universidad Pontifica Bolivariana.

_____. (1982). *La investigación en el campo de la salud en once países de la América Latina.* Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

GIUFRIDA, M. (2009). *Antígenos e inmunógenos.* Recuperado de https://goo.gl/fiklRt.

GODOY, P. (2006). Pandemia de gripe aviar: un nuevo desafío para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, *(20)1*, *4-8.*

GÓNGORA, R., Castro, C., González, P., Ayora, G., Loroño, M. y Farfan, J. (2002). Enfermedades infecciosas endémicas, emergentes y reemergentes en Yucatán a principios del siglo XXI. *Revista Biomed*, *13*(2), 130-143.

HENAO, K. L. (2010). El concepto de pandemia: debate e implicaciones a proposito de la pandemia de influenza de 2009. *Revista gerencia y politicas de la salud*, *(9)*19, 53-68.

HERNANDEZ, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cuadernos de salud pública*, *Rio de Janeiro*, *18*(4):991-1001.

ILLICH, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud.* Barcelona: Barral.

_____. (1978). *La sociedad desescolarizada* . Barcelona: Barral .

_____. (2006). *Obras reunidas I* (vol. I). México D. F.: Fondo de Cultura Económica.

_____. (s. f.). *Obras completas*: Némesis Médica.

KLEIN, N. (2008). *La doctrina del Shock.* Buenos Aires: Paidós.

KOSELLECK, R. (2009). *Crítica y crisis.* Madrid: Trotta.

MINTZES, B. (2002). Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. *BMJ*, 324.

MUÑOZ-CORTÉS, G., García-Zavala, G y Estrada Andrade, M. (2013). Enfermedad tipo

influenza. Experiencia terapéutica en medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *51*(4), 444-449.

MUÑOZ de Bustillo, R. (1989). *Crisis y futuro del Estado del Bienestar.* Madrid: Alianza.

NAVARRO, V. (1978). *La medicina bajo el capitalismo.* Barcelona: Crítica.

OMS.(s. f.). *Gripe.* Ginebra*:* OMS. Recuperado de https://goo.gl/gaXFvN.

_____. (2003). *Social determinants of health. The solid facts.* Ginebra: OMS. Recuperado de https://goo.gl/qoJpRP.

_____. (2004). *WHO interim guidelines on clinical management of humans infected by influenza* A (H5N1). OMS. Recuperado de https://goo.gl/Cynv3W.

_____. (2005). *Respuesta a la amenaza de una pandemi*a de gripe aviar. Medidas estratégicas recomendadas. OMS. Recuperado de https://goo.gl/FrAL2L.

_____. (2016). *Gripe (estacional).* OMS. Recuperado de https://goo.gl/BA5STH.

PERA, A. y Hellín, P. (2014). Estudio de la comunicación de lobby en el caso de la gripe A. Persuasión en la prensa escrita española. *Anagramas*, *11*(22), 53-78.

SONTAG, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas, el sida y sus metaforas.* Buenos Aires: Taurus.

VELÁSQUEZ, G. (2010). ¿Cuánto costó la vacuna contra la gripe H1N1? *Le Monde Diplomatique.* Recuperado de https://goo.gl/pvIMdX.

WODAR, W. (2010). *Public Hearing on handling of H1N1 Pandemic.* Recuperado de https://goo.gl/qJIfQX.

YEN, K. Y., Chan, P. K., Tsang, D. N., Que, T. L., Shortridge, K. F., Cheung, P. T., To, W. K., Ho, E. T.*et al.* (1998). Clinical features and rapid viral diagnosis of human disease associated with avian influenza AH5N1 virus. *Lancet*, *351*(9101), 467, 471

CIUDADANÍA Y ALEGRÍA: SOBRE LA HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

ALEJANDRO PEDREROS BELTRÁN

INTRODUCCIÓN

Los conceptos de humanización en salud parecen originarse en ideas de carencia y negatividad, como el dolor, el alivio, la compasión, el mirarse en el espejo del otro desde una perspectiva del sufrimiento. Han sido generados o demandados por la necesidad apremiante de un alivio de estas carencias. La bioética, como disciplina de nuestros tiempos, despertó aquello que consideramos la dignidad de los seres vivos y sustentó su operación en la capacidad de evitar su mal, su falta de plenitud y su destrucción a través de consensos políticos soportados por leyes de obligatorio cumplimiento en los devenires históricos. Por dignidad de los seres vivos entendemos hoy el considerarlos como seres que son susceptibles de sufrir, y que, en cuanto son fines para sí mismos, merecen la consideración necesaria para su propio reconocimiento a nivel colectivo. Casi siempre hablamos de un mínimo, o unos mínimos, para evitar la pérdida de esta dignidad que le otorga al ser vivo un tipo de trato.

Por otra parte, en la lógica del mercado encontramos soportes conceptuales para la humanización basados en el cliente satisfecho, en los que sorprende el valor agregado (especie de estrategia de venta) de la calidez del servicio, como un producto competitivo que puede ser preferible y que se aproxima a algún ideal que se ha planteado acerca del trato en salud. Sin embargo, tal gancho comercial no se va a materializar fácilmente en cualquier institución de salud. Esto nos puede llevar a considerar que los principios conceptuales de la ética, en intervenciones en salud, se nutren de lo que vamos a considerar aquí *afectos negativos*[22], en otras palabras, es una ética que no se ha expresado en sí misma, sino se ha

desplegado a partir de emociones externas, reactivas o interesadas que no le pertenecen, y no de aspiraciones realmente legítimas en una red de múltiples factores y relaciones que componen tal consideración. Este planteamiento perverso, a la larga, ha ayudado a evitar el posicionamiento de la humanización como algo que emana seriamente de la gestión de las políticas de salud.

La noción de *afectos* nos señalará el contexto en el que proponemos desarrollar qué soporta la noción de *humanización en salud* y las ventajas de considerar nuevos soportes teóricos, basados en las múltiples relaciones afirmativas o que expresen realmente lo que esto significa. Existen soportes que se acercan más claramente a la expresión de la humanización, como el de la salud como derecho[23], el ejercicio de la ciudadanía y la alegría que puede brindarnos el vivir sanos y colectivamente. Un derecho se configura, sin embargo, como un mínimo para la vida de un individuo, mínimo que aun toma distancia de una plenitud, de una alegría de vivir. Pensemos en una política no de garantía de mínimos, sino de desarrollo de plenitudes.

Desplazar así el sentido del diseño de políticas y sistemas de gestión de los servicios de salud tendría la potencia (al menos) de mostrar la ventaja de evitar considerar la humanización de los servicios de salud desde una perspectiva limitada, paliativa o de alivio de la situación, tanto de satisfacción del usuario en el mercado o comprador de los servicios como de la eficacia de las acciones encaminadas a reducir la vulneración de la dignidad de un ser humano que sufre sometido por una enfermedad y su tratamiento.

En este contexto, sería necesario desviar el sentido de las acciones de humanización hacia una experiencia más activa, relacional y efectiva en una red de procesos, que de hecho existe, y que involucra al equipo prestador de servicios, la vocación del equipo de salud, el Estado y su normatividad, para que cumpla, aun en las condiciones estrechas que conocemos, un papel menos reactivo en el marco de una ciudadanía de individuos más alegres y sanos y logre una expresión más legítima:

> Existe la necesidad de utilizar el inmenso aparato nacional e internacional de los derechos humanos que surgió durante el periodo de los gobiernos autoritarios para asegurar derechos civiles efectivos y construir sociedades civiles más fuertes en los

> gobiernos democráticos. Los derechos humanos pueden incluso entenderse mejor como derechos ciudadanos en un contexto democrático. (Oxhorn, 2001)

Por otra parte, en cuanto no todos los servicios de salud se prestan a individuos enfermos, sino que la tendencia debería enfocarse en intervenir cada vez más a individuos sanos para que no enfermen, la humanización se configura como factor de gestión colectiva de la salud en las acciones preventivas de la atención. Esta visión amplia de alcance nos muestra la red de procesos revistiendo una lógica más amplia que la ordinaria de concebir la salud como el trámite financiero de una serie de eventos poco resolutivos. Sin embargo, las relaciones positivas que queremos visibilizar pueden evidenciar los inconvenientes de un sistema reactivo, más que ver los factores por separado, y pueden mostrar el enfoque facilista del dualismo de lo que está bien y lo que está mal en los diversos momentos del abordaje de las actividades de la atención y en todo el marco del sistema de salud. Es necesario escoger entre toda esta relación de partes del problema, lo que lo expresa realmente. El problema de la humanización es, en realidad, irreductible a los movimientos normativos del sistema, los momentos de consuelo o trato digno al paciente o sus acompañantes, como lo planteamos. Es, al menos, parte fundamental del acercamiento a un derecho básico y a una corresponsabilidad, al enfrentarnos con una condición común, condición más que una obligación a gestionar y que muestra lo poco o muy pertinentes que somos con su administración y tratamiento. Para acercar la humanización de la salud como se concebiría originalmente y como se intenta implementar actualmente en los servicios, veamos algunas consideraciones.

LOS AFECTOS POSITIVOS Y EL CONCEPTO DE HUMANIZACIÓN

Vayamos más allá de lo que está bien o mal hacerle a un paciente. Trascender del mero dictado de nuestros afectos a la hora de compadecernos de alguien. La ética de Spinoza nos propone una práctica de los afectos que se aparte de una deontología de la oposición entre el

bien y el mal, en primera medida. Considera un cuerpo más potente en cuanto a su capacidad de afectarse en múltiples relaciones y escenarios positivamente, es decir, por mor de su propia expresión, capacidad que se expresa en un sentido sencillo, ir más allá a partir de lo esperado[24].

Reitero que más que una nueva dualidad entre positivo y negativo, se postula la idea de que la capacidad de afectarse de diversas formas nos otorga la alegría de desplegar nuestras potencias (de lo que somos capaces en nuestras relaciones como cuerpos) en cuanto nos podemos expresar adecuada y completamente. ¿Cómo se practica está idea en nuestro escenario real? De la manera en que podemos separarnos en ciertos momentos y situaciones de las barreras normativas y burocráticas de la atención de salud. Separarnos, ponderando todo nuestro potencial como donadores de salud. De hecho, son las separaciones (en tanto opuestas a las relaciones) aquellas que no nos permiten ver la capacidad de alegría de la que disponemos en cada caso, en medio de todos estos factores externos, y nos hacen ceder el diseño moral de nuestros deseos hacia objetivos cada vez más negativos y ajenos. Se trata de una ingeniería moral negativa cedida miopemente a un sistema del dolor. Propongo, con toda seriedad a cambio, una práctica de completa expresión humana, una ética alegre encarnada en una salud que nos permita gozar de todo lo que podemos.

Si entendemos la humanización en salud como un paquete amplio y permeable de acciones relacionales, extensas y, en muchos casos, externas a las personas y que, más que buscar de cara a un programa lo que está bien para la dignidad del usuario y su familia y evitar lo que está mal en la prestación de los servicios, sabremos muy posiblemente que podemos ir más allá con toda nuestra expresión de humanidad, de cuerpo humano pleno. Entenderemos la disponibilidad de muchos escenarios para intervenir y crear afectos y relaciones positivas que exploren al máximo la capacidad de desplegar un ambiente de alegría y goce de potencialidades de individuos y colectivos. Esto libera la humanización de las tareas tradicionales asignadas y la proyecta, en términos de gestión estatal, hacia lo que entendemos por acciones de salud pública en las instituciones de salud, que fomentan hábitos que responden a ella mucho más integralmente.

El alcance que se sugiere desde este concepto mucho más “humano” de

salud es que aceptemos la idea de la posibilidad de blindar los principios de las acciones humanizadas adecuadas y legítimas (de lo que en este artículo llamamos *humanización de la salud*) de los mecanismos del mercado o de intervenciones institucionales burocráticas, con el fin de preservar la potencia ética de la humanización como fuente de bienestar real en salud y que al tiempo corresponda a un concepto más afirmativo, como la alegría de vivir sanos. Del alcance de nuestra mirada dependerá el grado de exigencia sobre un tema que penetra lo más profundo, lo que podemos hacer como seres humanos para vivir y disfrutar. De lo contrario, la humanización será la cuantificación de un procedimiento más dentro de las acciones sobre los pacientes enfermos, o el mejoramiento de la disposición para vender servicios a los clientes.

LA POLÍTICA DE LA ALEGRÍA FRENTE A LA ÉTICA DEL SUFRIMIENTO Y EL MAL

De la misma forma, las visiones tradicionales acostumbran a considerar las acciones políticas como las que se encaminan a preservar una supervivencia de los individuos de un colectivo o, en el mejor de los casos, a salvaguardar los derechos de las personas. El miedo a perder la capacidad de cuidar ciertos intereses de una comunidad o perder la efectividad del movimiento de los mercados, mueve los principios en los diseños de los estados y sus políticas. De nuevo, se trata de sentimientos de carencia, de falta, de necesidad, de impresiones negativas, de limitación en los intríngulis externos del ser humano social. Sin embargo, los movimientos colectivos tienen un motor en términos de afectos positivos, que señala la búsqueda de las vivencias alegres y las emociones plenas como criterio magnético general de acción que no es tenido en cuenta frecuentemente en el diseño de las políticas ancladas en el pasado y la repetición de la percepción de que la felicidad es algo *poco serio*.

El propio nombre de *política de la alegría* implica otra visión de la vida u *otra vida*. Sebastián González (2015) propone:

> A lo mejor, Otra Vida no corresponda a modelos premeditados de la filosofía y la

> ética. A lo mejor, Otra Vida, ni siquiera corresponda a la modificación de los modelos de tramitación de la riqueza, de oportunidad y acceso a bienes básicos y uso de recursos. A lo mejor, lo que nos hará dar la cara a Otra Vida sea el simple devenir de una transformación que venga desde afuera. (2015, pp. 93-94)

Ahora, ¿qué vamos a hacer con la humanización? No tiene que ver con el poder, es extenso, ajeno a la salud en los términos que venimos manejando, tiene que ver con el sentido de desarrollar en los individuos la capacidad de cuidar todas sus potencialidades.

> La humanidad muere por aquello que se sobrecarga a partir de las tristezas inevitables. Es una especie de fabricación de tristeza, de fantástica fábrica de tristeza. Es inevitable que haya aparatos de tristeza porque todo poder tiene necesidad de la tristeza. No hay poder alegre. (Deleuze, 2008, p. 302)

Una política de la alegría contiene la capacidad de contar con el presente como oportunidad creativa para la búsqueda de lo que en realidad queremos. Más allá de cumplir con los formatos, las acciones de humanización se podrían diseñar con una identidad propia de acuerdo con la naturaleza de sus objetivos, y con la estrategia de desplegar acciones respecto a las situaciones singulares y cambiantes en cada posibilidad. Al margen de las formas, podrían predisponer la afirmación de los individuos y las comunidades que se intervienen en salud. Creatividad en cada nueva relación, búsqueda de la oportunidad en cada nuevo paciente, nueva norma, nuevo cada día. Una humanización creada para favorecer los impactos en salud, integrada con los cuerpos sanos y potentes como resistencia a las condiciones negativas que vemos muchas veces como infalibles.

La motivación de *evitar* el sufrimiento, las enfermedades, la muerte, las pérdidas materiales por medio de una organización estatal han hecho olvidar el carácter ético vital, el del *goce de la existencia* y este como concepto más allá de los derechos. El concepto de ciudadanía podría ser tomado como una de las categorías positivas soporte de la organización colectiva. Se trata del ejercicio renovado de asesorar un propio plan de vida sobre la corporalidad, es decir, de gozar de la vida y el cuidado de una sociedad plena en afirmación, donde la meta propuesta es ser feliz y no simplemente evitar las cosas malas.

LA ÉTICA DE LAS PROFESIONES Y LA VOCACIÓN

El principio de la ciudadanía entendido como marco de una salud positiva, genera las consideraciones sobre la vocación del equipo de salud y la ética de las profesiones. En un horizonte ético de las profesiones, el equipo de salud tiene el requisito del goce de la vocación como condición de posibilidad[25]. Es muy importante que la gente se exprese y se sienta bien para fomentar relaciones reales que afirmen la alegría de los demás. Al mismo tiempo, la ética de la afirmación, de la alegría, en las relaciones tiene en las acciones preventivas en salud el carácter pertinente de funcionar activamente, en lugar de reactivamente como en los niveles de estrés y dolor de las personas más enfermas.

Debe existir una relación cada vez más directa entre profesiones, roles, oficios y colectivos que se expresan. Máxime si poner en cuestión las estructuras y hábitos de dominación en un sistema de mercado es plegar y facultar estas fuerzas por medio de relaciones afirmativas, cada vez en ámbitos más singulares, pequeños, bajo el cuidado de las expresiones individuales. Debieran respaldarse en el momento mismo por un ejercicio ciudadano activo, es decir, bajo el compromiso de gozar la vida en ciudadanía con los demás. La vocación puede ser, entonces, la confianza construida en el ejercicio de la ciudadanía, entre la capacidad de gozar de la vida y el cuidado de la sociedad plena.

CIUDADANÍA, SALUD Y ALEGRÍA

Concebir la salud como alegría es un incentivo para desarrollar un papel más activo y menos cómplice. No es adecuado considerar la salud como ausencia de enfermedad o como longevidad con un mínimo de eventos de desequilibrio que salvaguarde la sostenibilidad financiera. El centro de la humanización, y lo que los pacientes aprueban de su efectividad, se encuentra allí en ese nicho de la afirmación de la vida, de la alegría, mucho más allá de aquello que consideramos tradicionalmente como salud. El conocimiento es el factor que nos posibilita comprender qué alimentos debemos consumir, cómo nos podemos mover, qué debemos

hacer con nuestro cuerpo, cuáles cosas nos hacen más poseedores de nuestras capacidades. Ser ciudadano es llevar este conocimiento al contexto colectivo y participar de la serie de decisiones que constituyen las acciones de salud, significa ser coherente con este conocimiento.

CONCLUSIONES

Podemos ampliar la mirada hacia un horizonte ético mucho más expresivo que las acciones paliativas y consoladoras del dolor en las crisis en las atenciones hospitalarias. Porque en principio amamos la vida todos. Ese alcance debe rescatarse de la reducción a actividades, normas, protocolos y formatos para la grandeza de abarcar todo lo que queremos y podemos sobre nuestro cuerpo, que no admite parcialidades.

El único escenario es la realidad que tenemos cada día. Mañana me esperan para consulta odontológica niños desde los dos o tres años y no puedo, aunque lo considere, quedarme detestando los vericuetos más perversos y abyectos de las normatividades ni reflexionando sobre por qué nos es necesaria la humanización. Esa es mi realidad, en la que debo moverme y expresarme y es todo lo que tengo y necesito. Lo que puedo ser yo y lo que pueden ser mis pacientes y sus cuerpos. Si escogí bien dónde desarrollarme, si me elegí a mí, escojo sentirme muy bien y hacer sentir lo mejor posible a quien puedo hacer potente. El indicador de salud será la forma en la que expreso adecuadamente la vida de esos niños, su alegría. Y lo hago porque gozo en mis capacidades de esta acción. Asumir la salud como goce nos ilumina el alcance y la creatividad en las acciones prácticas que no podemos dejar de emprender.

No sabemos de lo que somos capaces ahora, como dice Spinoza en la tercera parte de su *Ética*, en "Del origen y naturaleza de los afectos" en el escolio de la proposición II:

> Y el hecho es que nadie, hasta ahora, ha determinado lo que puede el cuerpo, es decir, a nadie ha enseñado la experiencia, hasta ahora, qué es lo que puede hacer el cuerpo en virtud de las solas leyes de su naturaleza, considerada como puramente corpórea, y que es lo que no puede hacer salvo que el alma lo determine. (2009, p. 197)

Solo sabemos lo que nos dicen las políticas y las normatividades, no sabemos del potencial de la salud que nos hará verdaderos y más felices.

REFERENCIAS

ACOSTA, W. (2010). *Conocer para valorar, valorar para amar, amar para cuidar. Ética de las profesiones tendencias y desafíos*. Bogotá: Universidad de la Salle.

SELEUZE, G. (2008). *En medio de Spinoza*. Buenos Aires: Cactus.

GONZÁLEZ S. (2015). Devenir e historia: sobre cómo considerar el comienzo de una vida nueva. En *Memoria, historia y ruralidad: Teoría y Métodos* (pp. 71-110). Bogotá: Universidad de la Salle.

OXHORN, P. (2001). Desigualdad social, sociedad civil y los límites de la ciudadanía en América Latina. En *Economía, Sociedad y Territorio* (vol. 3) (pp. 153-195). Toluca: El Colegio Mexiquense.

REPÚBLICA de Colombia. (1991). *Título 2: de los derechos, las garantías y los deberes: capítulo 2: de los derechos sociales, económicos y culturales: artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños.* Constitución Política de Colombia. Recuperado de https://goo.gl/fElgv.

SPINOZA, B. (2009). *Ética*. Madrid: Alianza.

LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA: ELEMENTO DE TENSIÓN EN LA PRÁCTICA MÉDICA*

CAROLINA SOTO MÉNDEZ

* Este capítulo se derivada del proyecto de investigación "La objeción de conciencia: una mirada a la percepción del sector salud en Bogotá e Ibagué", financiado por la Universidad Cooperativa de Colombia.

PANORAMA ACTUAL DE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN COLOMBIA

En Colombia la objeción de conciencia tiene el carácter de derecho fundamental, derivado del derecho a la libertad de conciencia, consignado en el art. 18 (República de Colombia, 1991). Esto implica que se puede presentar, en la relación profesional de la salud, una contradicción clara con los derechos fundamentales del paciente cuando es el médico tratante quien objeta. A pesar de haber exhortado al Congreso a legislar sobre el tema, los proyectos de ley presentados se han archivado sin concluir su trámite.

Debido a este vacío el reconocimiento de este derecho en Colombia ha sido por vía jurisprudencial. Conforme a lo expuesto por Pardo (2006), desde 1992 la Corte Constitucional se ha pronunciado en distintas oportunidades al respecto, incluso se discutió su inclusión en el texto constitucional de 1991 por la Asamblea Nacional Constituyente (Consejería para la Juventud, la Mujer y la Familia, 1993). Sin embargo, el estudio que realizó este alto tribunal, en el primer momento de la década de los 90, se circunscribió a la objeción de conciencia al servicio militar la cual había sido negada de manera reiterada hasta el año 2009, pues a través de la Sentencia C-728 (Corte Constitucional, 2009a) se otorgó la posibilidad de ejercer este derecho como eximente al servicio militar

obligatorio.

Aunque a partir de ese pronunciamiento se entiende el reconocimiento de la objeción de conciencia como derecho fundamental, en materia de salud su desarrollo fue distinto. La Corte Constitucional, en sus fallos anteriores al 2006, estudió en materia de objeción de conciencia en salud casos en los cuales se observa de manera uniforme situaciones relacionadas con el ejercicio de la autonomía del paciente. A partir de la Sentencia C-355 (Corte Constitucional, 2006) la temática cobra relevancia jurídica y toma un viraje en su concepción, pues al ser despenalizado el aborto en los tres supuestos expresados en dicho texto, ya la mirada no es bajo la lupa de la objeción de conciencia del usuario de los servicios de salud (criterio además incorrecto), sino que pasa al terreno del profesional de la salud. Así, puede considerarse que, a partir del año 2006, se hace un verdadero desarrollo de este derecho en el ámbito sanitario.

La Corte Constitucional en la *obiter dicta* de la Sentencia C-355 de 2006 trata de manera somera la objeción de conciencia. Al hacer mención al tema, manifiesta que este derecho tiene claramente un contenido religioso y establece que el objetor debe remitir el caso a un profesional que realice el procedimiento y, con posterioridad a la situación, se podrá determinar su procedencia y pertinencia de acuerdo con los mecanismos establecidos por la profesión médica. A partir de este enunciado se puede entender que, para la Corte, en ese momento la declaratoria de objetor y la remisión no eran eximentes de una investigación de tipo disciplinario por parte de los tribunales de ética médica.

Posteriormente, en la Sentencia T-209 (Corte Constitucional, 2008) se hace un estudio más amplio sobre este derecho, al estudiar en revisión un caso particular en contra de Coomeva EPS y el Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta. Dicha sentencia revisa el caso en el que las entidades mencionadas no practicaron el aborto a una menor de edad porque los médicos adscritos a dichas entidades alegaron objeción de conciencia. Si bien las sentencias de tutela, en principio, tienen un efecto interpartes (es decir, solo afecta al accionante y al accionado), la misma Corte Constitucional ha establecido que por la importancia de algunos casos pueden presentarse fallos que tengan un efecto vinculante generalizado (Bernal, 2005; Corte Constitucional, 2014). En este fallo se hace un estudio más detenido de esta institución jurídica, por lo que se pueden extraer las siguientes

características de la objeción de conciencia que puede presentar un médico:

1. El derecho no tiene un carácter absoluto.
2. La convicción que conduzca a que un profesional de la salud objete en conciencia debe ser de carácter religiosa y fundamentada de manera correcta.
3. No puede ser utilizada como mecanismo discriminatorio de las mujeres.
4. Reitera que el médico debe cumplir con la contraprestación de la remisión a otro profesional que sí practique el procedimiento.
5. Tiene un carácter individual y no colectivo.

En el año 2009 se marcó un giro importante para el derecho a la objeción de conciencia: la Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-388 (Corte Constitucional, 2009b), se refiere nuevamente a los elementos y características ya mencionadas. Sin embargo, en septiembre de dicho año, la Corte se pronuncia a través de la Sentencia C-728 (Corte Constitucional, 2009a) sobre la exequibilidad del artículo 27 de la Ley 48 (Congreso de la República, 1993); pero, en la *ratio decidendi* de dicha sentencia, se reconoce la objeción de conciencia al servicio militar como derecho fundamental. Resulta particular, pues el reconocimiento sobre la viabilidad en cuestiones sanitarias fuera anterior al reconocimiento en materia del servicio militar, cuando sorprendentemente esta última ha tenido un activismo mayor, incluso, se reconocen varios colectivos de objetores de conciencia en el país.

Así, las mencionadas sentencias han marcado el desarrollo de este derecho fundamental en Colombia y, a su vez, le han impreso características particulares a cada expresión de este derecho, como se puede observar a continuación.

Al observar las características aludidas se encuentran dos diferencias fundamentales: en la objeción de conciencia sanitaria es claro que el fundamento debe ser de carácter religioso y la contraprestación debe existir, pues es necesario cumplir con el deber de remisión a un profesional que realice el procedimiento. Por el contrario, para la objeción de conciencia al servicio militar se amplía el origen de las convicciones y no las circunscribe únicamente al aspecto religioso, donde el deber de contraprestación, denominado *prestación social sustitutoria*, deja al legislador la posibilidad de determinar su contenido y las condiciones de

prestación. Estas diferencias saltan a la vista y, en principio, puede pensarse que la objeción de conciencia sanitaria solo pueda fundamentarse por motivos religiosos. Sin embargo, en virtud del precedente establecido por la Sentencia C-728/09 (Corte Constitucional, 2009a) y en ejercicio del principio de igualdad, puede ampliarse la posibilidad de una fundamentación de la objeción de conciencia sanitaria por motivos religiosos, éticos, morales o filosóficos; esto apelando a un criterio amplio del precedente constitucional como lo expone Bernal (2005).

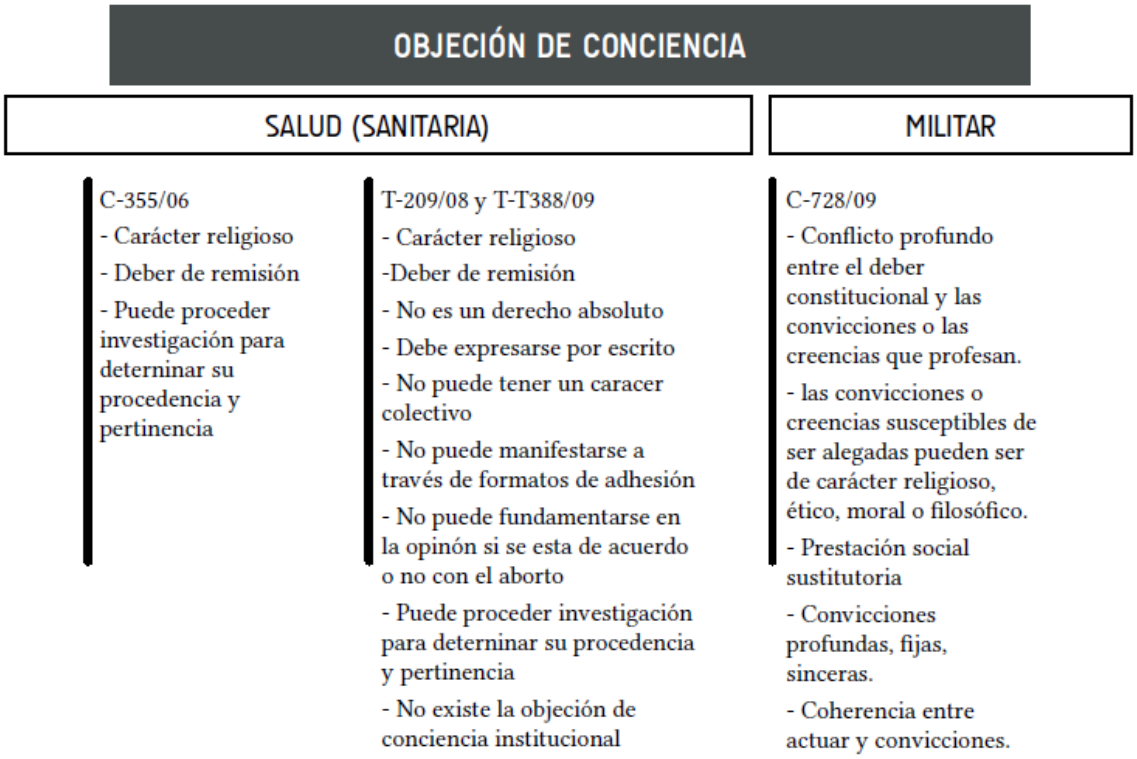


Figura 1. Comparación de los elementos de la objeción de conciencia a través de las sentencias de la Corte Constitucional[26]

Fuente: Elaboración propia

Así, a partir del estudio de dichas sentencias se observa claramente que la única posibilidad de objeción de conciencia sanitaria que se ha contemplado por parte de la Corte Constitucional en Colombia ha sido al aborto. Sin embargo, esto no significa que no exista la posibilidad del surgimiento de la objeción de conciencia a otros procedimientos o en el marco de otros aspectos de la relación profesional de la salud-paciente. Simplemente no ha existido tal posibilidad de que la Corte Constitucional

pueda estudiar y pronunciarse al respecto.

La Corte se pronunció sobre la objeción de conciencia como derecho fundamental y le otorgó ese estatus jurídico. La relevancia de la Sentencia T-388 (Corte Constitucional, 2009b) radica no solo en el desarrollo que hace de este derecho en el campo de la salud, sino porque niega la posibilidad de la objeción de conciencia de los jueces y la institucional.

NECESIDAD DE REGULACIÓN

La regulación del ejercicio de la objeción de conciencia es pertinente y urgente, pues es necesario establecer la manera cómo puede ejercer este derecho cualquier ciudadano. Debe tenerse en cuenta que este derecho abarca tantas situaciones como deberes legales existentes; además, como ya se observó, existen diferencias en el ejercicio de las diferentes objeciones de conciencia. En Colombia no existe reglamentación alguna y los proyectos de ley (PL) que se han presentado a la fecha han procurado regular los que pueden ocurrir de manera genérica, como se observa a continuación:

1. PL 66 de 2010. Versaba exclusivamente sobre la objeción de conciencia al servicio militar (Cámara de Representantes, 2010).
2. PL 136/2011 S. Hacía una propuesta más amplia pues incluía no solo la regulación en el caso del servicio militar obligatorio, sino también en el caso de las prestaciones médicas. Se archivó por tránsito de legislatura (Senado de la República, 2011).
3. PL 95/2012 S. En la Cámara de Representantes radicado con el número 241/2013 C. Este proyecto se fusionó en el Senado con el PL 03/2012. Se archivó por tránsito de legislatura (Senado de la República, 2012).
4. La regulación que se propuso en 2012 se encaminaba a reiterar la objeción de conciencia como derecho fundamental. Establecía el trámite que debía darse para admitir la objeción de conciencia y la reglamentación de casos especiales, como el servicio militar obligatorio y en la prestación de servicios de salud. Por su parte, los códigos de ética de las profesiones involucradas (medicina, enfermería, entre otras) regulan el correcto actuar de estas profesiones consagrando el deber de cuidar al paciente y, en concreto, el Código Étic de la profesión de Enfermería (Congreso de la República, 2004) contempla la posibilidad de objetar en conciencia,

> situación que no sucede en el Código de Ética Médica (Congreso de la República de Colombia, 1981).

En el ámbito clínico es necesaria la regulación, pues no puede someterse a desprotección ninguno de los derechos involucrados (libertad de conciencia del profesional de la salud y la vida y la salud del paciente). Si bien el profesional de la salud en el ejercicio de su profesión actúa como "garante" de los derechos de un paciente, no es sobre él o ella que debe recaer toda la responsabilidad de manera exclusiva, pues son las instituciones las que deben proporcionar las herramientas, los instrumentos y los mecanismos que conduzcan a la protección efectiva de los derechos de los pacientes, lo que concuerda con la propuesta de Fernández-Lynch (Triviño, 2014).

Así mismo, el profesional de la salud, en el fondo, es un ejecutor de las acciones establecidas en las líneas generales de las políticas públicas de salud, no es sobre él que debe recaer la absoluta responsabilidad del cumplimiento (Triviño, 2014) y de la garantía de los derechos de los usuarios del sistema de salud. Son en realidad las EPS e IPS las que deben garantizar la ejecución y cobertura, pues de acuerdo con las sentencias citadas, son las entidades las que deben asegurar la prestación de los servicios que la ley les impone. Esto se articula con la propuesta que hace Triviño (2014), quien sugiere el empleo del término *usuario* para referirse a quienes se relacionan con el sistema de salud como personas que requieren un servicio en salud y no necesariamente a partir de una relación inicial de médico-paciente. Así se complementa el abordaje que se hace en este texto de la relación profesional de la salud-paciente.

Debe regularse no solo el trámite de la objeción de conciencia, sino también la prestación de aquellos servicios que, bien sea por desarrollo jurisprudencial o por legislación, surgen o son reconocidos como existentes. La falta de regulación hace que no solo exista desprotección para los usuarios del sistema de salud, sino también para los profesionales prestadores de los servicios. Es claro que el deber de remisión a otro profesional va más allá del cumplimiento de la directriz de la Asociación Médica Mundial, pues esto implica la protección del paciente en una relación donde el profesional de la salud se encuentra en una posición de poder. No obstante, puede entenderse también como una imposición ideológica, y la negativa al deber de remisión se puede considerar como

una de las expresiones más profundas de las convicciones de una persona (Mora-Restrepo, 2011; Triviño, 2014).

Los proyectos de ley han buscado regular, en el mismo texto, la objeción de conciencia al servicio militar y la sanitaria, algo *sui generis* por las mismas características expuestas. Sin embargo, la Corte Constitucional se ha pronunciado respecto a la objeción de conciencia sanitaria solamente en los casos de aborto, lo que conduce al siguiente cuestionamiento: ¿la objeción de conciencia al aborto es la única posibilidad que puede presentar un profesional de la salud? A través de la lectura de diversos autores se puede observar que existe la posibilidad de otras "objeciones" en materia de salud. No solamente se puede discrepar sobre otro tipo de procedimientos y no únicamente en el marco de la relación médico-paciente, sino que también lo puede hacer temas que sean de índole laboral, propios de su ejercicio profesional.

La regulación implica que debe existir un procedimiento claro para que el objetor sepa a qué se debe someter, pero no se debe reglamentar a partir de casos específicos, como se ha intentado, particularmente, en el caso del aborto. Debe establecerse un procedimiento genérico para los casos que se puedan presentar en el sector salud. Es importante recordar que la objeción de conciencia al servicio militar (que ha sido por la cual se ha desarrollado este tema) y la objeción de conciencia sanitaria (o en temas de salud) son muy diferentes; a pesar de que tienen los mismos elementos básicos. Hay un punto que los diferencia y es quien es el sujeto de derechos protegido o el que puede resultar violentado con esa objeción.

En el caso de la objeción de conciencia al servicio militar, el tercero vulnerado es la comunidad y la seguridad pública; puede observarse que el sujeto de derechos en este caso tiene un carácter difuso. En cambio, en la objeción de conciencia que se puede presentar en la relación médico-paciente hay un sujeto de derechos totalmente determinado y el derecho que puede estar en juego es vital, como lo es el derecho a la vida y a la salud. Entonces, hacer una regulación que integre los dos tipos de objeciones no es prudente, porque el trámite de cada una puede ser distinto. Lo que se ha propuesto para la objeción de conciencia al servicio militar puede durar meses; situación que no puede presentarse en un tema de salud.

Otro argumento a favor de la regulación es que entre más garantías procesales existan para el objetor de conciencia, más protección a la vida y

la salud existirá para el paciente. Mientras se conozca el procedimiento de antemano, exista y se aplique un protocolo de actuación en estos casos, el paciente tendrá presente incluso cuál profesional de la salud comparte sus criterios morales (Fernández-Lynch, citada por Triviño, 2014) y el direccionamiento del usuario del sistema de salud será claro.

La responsabilidad de la garantía de los derechos a la vida y la salud de los pacientes (o usuarios) no es exclusiva del profesional de la salud, aunque sobre sus hombros recaiga la acción inmediata. Entonces ¿quién debe garantizar la protección de estos derechos del paciente?, ¿el médico?, ¿la EPS?, ¿la IPS?, ¿el Ministerio de Salud?, ¿la red pública?, ¿la red privada? Lo que sí es evidente es que las EPS y las IPS tienen una responsabilidad conjunta y deben establecer un protocolo de actuación en estos casos. La responsabilidad de la red pública de salud es mayor, pues debe establecerse el aparato a seguir en la mayoría de municipios lejanos a las capitales. No es posible imaginarse lo que puede suceder en un municipio que se encuentre a más de 6 o 7 horas de camino de la capital más cercana, el caos que se puede presentar en una institución que no establezca un plan de contingencia al respecto, pues no se puede endilgar la responsabilidad a una institución privada en aquellos municipios en los que simplemente no exista la red privada.

Así, la regulación al respecto debe incluir:

1. Calidad de las convicciones del objetor: debe aclararse si abarca más allá de las convicciones religiosas.
2. Garantías procesales para el objetor en conciencia.
3. Responsabilidad de la red pública de salud y obligatoriedad de la adopción de protocolos.

TENSIONES EN LA RELACIÓN CLÍNICA

La objeción de conciencia en el sector salud genera tensiones fuertes en la relación médico-paciente, pues, desde una perspectiva bioética, se enfrentan la visión paternalista y la autonomista; partiendo de un punto en común, el ejercicio de la libertad y de la autonomía de la persona. Esta tensión surge claramente desde el derecho y se inserta en la relación clínica a raíz del reconocimiento y surgimiento de derechos.

En Colombia, la objeción de conciencia en el sector salud ha tenido cierto reconocimiento por la despenalización del aborto, pero es importante aclarar que no es el único caso en el que los profesionales de la salud pueden objetar. Se ha dado a entender que este derecho es un arma política en contra de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, cuando estos son derechos iguales. Ambos nacen de la libertad, pues lo que una mujer decida hacer con su cuerpo y la manera como un profesional decida ejercer su profesión, dentro del marco de la ley, son ambas expresiones de la libertad. La literatura originada en Colombia sobre este tema en su mayoría gira en torno al debate de la permisividad del aborto y, además, es producida, en parte, por los partidarios del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (Women's Link Worldwide y O'Neill Institute for national and global health law the Georgetown University, 2014; Mendoza, 2012, entre otros). Esto pudo haber influido en la mirada que existe sobre el ejercicio de este derecho por parte de los profesionales de la salud.

Por otro lado, la Corte Constitucional (por razones que no se incluyen en este texto y no son parte de su objeto de estudio) ha decidido privilegiar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres sobre la libertad de conciencia, pero si se observan en su sentido más puro, ambos derechos se encuentran al mismo nivel. Por eso es necesario que existan garantías y procesos que permitan la protección de los derechos al profesional de la salud y a sus pacientes, para que estos temas no se conviertan en una persecución política. Este es el riesgo de las listas de objetores.

Sin embargo, esto no significa que toda situación conflictual en la relación profesional de la salud-paciente sea apta de objeción de conciencia, como han sugerido algunos autores desde la bioética. En el ejercicio de este derecho fundamental deben darse varios elementos importantes para lograr así el equilibrio entre el ejercicio y la protección del objetante y el derecho a la vida y a la salud de los pacientes. Este es un aspecto fundamental en la humanización de estas relaciones.

Por ejemplo, Gracia, Rodríguez, González-Fandos, De Lorenzo, Monzón, Sánchez, Seoane, Suberviola y Altisent (2008) dirigieron la guía de ética referente a la objeción de conciencia, en la cual se presentan una serie de casos y sus posibles decisiones o alternativas. Pero cuando al profesional de la salud se le presenta una carta de posibilidades para actuar, desde una

perspectiva del derecho, no se está ante la objeción de conciencia, pues esta se presenta cuando realmente existe un callejón sin salida y la única alternativa que puede existir es la posibilidad de no cumplir con un deber, so pena de ser investigado disciplinariamente. Empero, no significa que el profesional de la salud no deba tener una capacitación básica que le permita dirimir estos conflictos. Este tipo de informaciones deben incluirse en su formación en el ejercicio de su profesión.

Paralelo al surgimiento de nuevos derechos, se está frente a la transformación de la relación médico-paciente, pues este ha dejado su rol pasivo interviniendo en los tratamientos, e incluso puede llegarse a pensar casi en una inversión total de los papeles. De acuerdo con Alta Charo (2005), el surgimiento de la autonomía del paciente y su relevancia como un valor predominante han hecho que tome fuerza la objeción de conciencia, pero, por otro lado, han hecho que esta se vea inmersa en una lucha cultural en contra del aborto y, que de una u otra manera, las cláusulas de conciencia sean utilizadas como mecanismos de disputa en contra de la causa abortista y no como protección de la conciencia.

Aunque se observa una clara tensión entre la objeción de conciencia y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, debe tenerse en cuenta que el ejercicio de aquel derecho estará matizado por las circunstancias que emerjan en la protección de estos. Para ilustrar, si la práctica del aborto en un caso determinado se considera o no una urgencia vital. Este tipo de especificidades de los casos hacen necesario que las instituciones prestadoras de servicios de salud procuren los procedimientos óptimos, pues no todas las situaciones en las que se pueda objetar estarán cruzadas por una urgencia vital.

Por otro lado, los deberes legales del personal de salud, que cruzan la relación clínica, van más allá de un consultorio, es decir, no están limitados exclusivamente a la afectación del derecho a la vida y la salud de un paciente o usuario. Por ejemplo, la confidencialidad de la historia clínica, la comunicación clara y expresa con el paciente, etc., no están limitadas a la realización de un tratamiento o procedimiento. En otras palabras, un juez puede llegar a solicitar la apertura de una historia clínica por diversos motivos, si el médico considera que puede llegar a ser una violación de la intimidad y que esto atenta contra su ética profesional puede considerarse que allí es posible objetar en conciencia. Así, se sale de una atención de

urgencias o como una situación emergente al interior del consultorio y se inserta en otros ámbitos de la relación clínica. Un ejemplo claro de esto fue el movimiento suscitado en el 2012 en España por médicos de familia. Su origen se encuentra en el Real Decreto 16 /2012 (Jefatura del Estado de España, 2012) que implementa medidas financieras en el sistema de salud español, ordenando que los inmigrantes ilegales, a partir del 1 de septiembre del 2012, no tendrán cobertura médica por el sistema de salud pública. Esta decisión del gobierno español desencadenó una serie de reacciones de tal magnitud que la organización Médicos del Mundo respaldó un fuerte movimiento que se autodenominó *derecho a curar*, con el lema "curar no sólo es nuestra obligación, sino también nuestro derecho" (Médicos del Mundo, 2012).

A pesar de esto, en la literatura abundan ejemplos de los autores que están a favor o en contra del ejercicio de la objeción de conciencia a los profesionales de la salud en el marco del ejercicio de su profesión. Triviño (2014) recoge ampliamente las posiciones sobre la defensa o prohibición de la objeción de conciencia en esta área. Desde una y otra orilla, se observan los temores a las imposiciones ideológicas que se puedan presentar. Triviño, al citar a Alta Charo, dice que "la objeción de conciencia ha acabado situándose en el marco de una gran guerra cultural que enfrenta en la esfera pública la otrora dominante visión cristiana del mundo con las voces emergentes de ateos, agnósticos y miembros de las minorías religiosas" (p. 195). Es manifiesto que tanto el paciente como el profesional de la salud no pueden recibir imposiciones de ningún tipo y que el ejercicio de los derechos de ambos debe hacerse libre de estas presiones. Es por esto por lo que la regulación debe ser expresa y clara, pues es la manera de reducir las tensiones que se pueden presentar.

CONCLUSIONES

Es necesario tener presente que la objeción de conciencia es un fenómeno excepcional en el derecho. Es decir, en virtud de la protección de la libertad de conciencia se permite, como último recurso, la excepcionalidad de no cumplir un deber legal sin que tenga a su vez consecuencias legales. En este sentido, debe darse un ejercicio equilibrado

de los derechos, pues esto es lo que permite que exista una humanización en la atención en salud. Deben existir reglas claras para que tanto el profesional de la salud como el paciente se sientan protegidos y respaldados en el ejercicio de su autonomía.

Por todas estas razones debe regularse el procedimiento para la objeción de conciencia por parte del personal de salud. Si no existe una regulación legislativa, por lo menos las IPS deberían asumir protocolos de actuación en estos casos, y no solo en materia de aborto ¿Qué sucedería en los casos de urgencia vital? El paciente tiene derecho al trato digno y a la atención oportuna y el profesional de la salud al respeto de su libertad de conciencia. Aunque en Colombia la reglamentación sea excesiva e ineficaz en algunos casos, en este aspecto es necesaria por las implicaciones que tiene para el derecho a la vida y la salud de los pacientes y usuarios del sistema de salud; además de ser una manera de humanización de la salud.

REFERENCIAS

ALTA Charo, R. (2005). The celestial fire of conscience-refusing to deliver medical care. *New England Journal of Medicine, 352*, 2471-2473. doi http://doi.org/b35t4m. Recuperado de https://goo.gl/Ro8ueu.

BERNAL, C. (2005). *El derecho de los derechos.* Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

CÁMARA de Representantes. (2010). *Proyecto de Ley 66. Por medio de la cual se establece un marco general para la libranza o descuento directo y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de https://goo.gl/jD1RRP.

CONGRESO de la República de Colombia. (1981). *Ley 23. Por medio de la cual se dictan normas en materia de ética médica.* Recuperado de https://goo.gl/ARfMht.

_____. (1993) *Ley 48. Por la cual se reglamenta el servicio de reclutamiento y movilización.* Recuperado de https://goo.gl/Tt4OHz.

_____. (2004). *Ley 911. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de https://goo.gl/R0XGVc.

CONSEJERÍA para la Juventud, la Mujer y la Familia. (1993). *La juventud y la constitución de 1991. Memorias del seminario taller nacional.* Bogotá: Escala.

CORTE Constitucional. (2006). Sentencia C-355/06. Recuperado de https://goo.gl/vleka3.

_____. (2008). *Sentencia T-209*. Recuperado de https://goo.gl/4QL7IQ.

_____. (2009). *Sentencia C-728/09*. Recuperado de https://goo.gl/l0QP9a.

_____. (2009). *Sentencia T-388*. Recuperado de https://goo.gl/Whjn25.

_____. (2014). *Sentencia T-970/14*. Recuperado de https://goo.gl/lMbs9g.

_____. (2016). SentenciaC-274/16. Recuperado de https://goo.gl/NNC2MV.

GRACIA, D.; Rodríguez, J.; González-Fandos, R.; De Lorenzo, R.; Monzón, J.; Sánchez, M.; Seoane, J.; Suberviola, V. y Altisent, R. (2008). *Ética de la objeción de conciencia. Guías de ética en la práctica médica*. Madrid: Fundación de ciencias de la salud.

JEFATURA del Estado de España. (2012*). Real Decreto-ley 12-2012. De medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. Recuperado de https://goo.gl/oYmW3u.

MÉDICOS del Mundo. (2012). *Derecho a curar.* España. Recuperado de https://goo.gl/Lmim8.

MENDOZA, J. (2012). Alcances penales de la objeción de conciencia del médico en el aborto lícito en Colombia. *Revista IUSTA*, *37*(2), 137-162.

MORA-RESTREPO, G. (2011). Objeción de conciencia e imposiciones ideológicas: el Mayflower a la deriva. *Revista Estudios Sociojurídicos*, *13*(2), 249-273. Recuperado de https://goo.gl/jALvMM.

PARDO, C. (2006). La objeción de conciencia en la jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana. *Revista Persona y Bioética*, *10*(26), 52-68.

SENADO de la República de Colombia. (2011). *Proyecto de ley 136. Por medio de la cual se reglamenta el derecho a la objeción de conciencia.* Recuperado de https://goo.gl/aR0m40.

_____. (2012). *Proyecto de ley 95. Por medio de la cual se regula el derecho a la objeción de conciencia*. Recuperado de https://goo.gl/jw4xlF.

REPÚBLICA de Colombia. (1991). *Título 2. De los derechos, las garantías y los deberes. Capítulo 1. De los derechos fundamentales. Artículo 18. Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia.* Recuperado de https://goo.gl/BrSbkp.

TRIVIÑO, R. (2014). *El peso de la conciencia: la objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias.* Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

WOMEN'S Link Worldwide y O'Neill Institute for national and global health law the Georgetown University. (2014). *T-388/2009 Objeción de conciencia y aborto Una perspectiva global sobre la experiencia colombiana.* Recuperado de

https://goo.gl/J9woDY.

HUMANIZACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN COLOMBIA

LILIANA TÁMARA PATIÑO

INTRODUCCIÓN

DURANTE LAS ÚLTIMAS DÉCADAS LAS CONDICIONES HISTÓRICAS de violencia, conflicto armado e inequidad en la sociedad colombiana han impedido ver los procesos de humanización como una prioridad en el marco general y en el de la prestación de servicios de salud. Cuando la eliminación del connacional ha sido la prioridad, poca atención se da a un trato humanizado de las necesidades de las personas que enferman y enfrentan el final de la vida. Sumado esto a una incapacidad de fijar preceptos morales compartidos que permitan tomar decisiones en primera persona, con la perspectiva de la afectación a terceros, basadas en el propio proyecto de vida y que puedan ser empáticamente comprendidas. Los resultados constitucionales y legislativos en esta área han atendido diferentes intereses, la Ley 1733 (Congreso de Colombia, 2014) Consuelo Devis fue impulsada por el drama humano de un magistrado de la república que debió enfrentar la larga postración de su esposa. Sin embargo, lo que ha permitido tener un terreno para el ejercicio de libertades fundamentales humanas es el antecedente de 30 años de trabajo de organizaciones de la sociedad civil que siguen activamente apoyando a las personas, familias e instituciones para enfrentar las grandes dificultades que trae consigo esta etapa de la vida.

Por otra parte, la normatividad en el territorio colombiano permite percibir el desarrollo, en cuanto a la atención de los problemas de salud de

las personas y de sus necesidades, incluso al final de la vida, de una manera digna, con calidad, oportuna, equitativa y compasiva. Esta nueva forma de ver y actuar la atención de los pacientes al final de la vida se ha plasmado en leyes, que si bien todavía requieren mayores reglamentaciones, procedimientos y sanciones en caso de no cumplirse permiten un marco para el goce efectivo de los derechos.

CONDICIONES NORMATIVAS

La Constitución Política en Colombia, promulgada en 1991, estableció en su artículo 49 la prestación de servicios de salud como un servicio público, esencial y obligatorio a cargo del Estado. Incluso en la modificación mediante el Acto Legislativo 02 (Congreso de Colombia, 2009) se mantuvo esta premisa. Este marco constitucional proviene del desarrollo de los derechos humanos, de los cuales, para esta temática, es preciso enfatizar en los siguientes derechos a la:

1. Vida
2. Salud y al bienestar
3. Libertad e igualdad
4. Autonomía y autodeterminación
5. Justicia
6. Propiedad

En el Código de Ética Médica vigente en Colombia, en la Ley 23 (República de Colombia, 1981) se enuncia en varios artículos las exigencias morales a la conducta médica, relacionados con un respeto profundo a la humanidad de los pacientes. Algunos de los cuales son los siguientes:

- Artículo 4. La asistencia médica se fundamentará en la libre elección del médico por parte del paciente.
- Artículo 8. El médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de sus servicios.
- Artículo 10. Parágrafo. El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen.
- Artículo 13. El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad.

Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales.

- Artículo 17. La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia a un paciente.
- Artículo 18. Si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicarle a sus familiares o allegados y al paciente en los casos en que ello contribuye a la solución de sus problemas espirituales o materiales. (República de Colombia, 1981, s. p.)

El desarrollo constitucional de la obligatoriedad del Estado para garantizar la prestación de los servicios de salud se plasmó en la Ley 100 (República de Colombia, 1993), la cual se ha modificado y reglamentado ampliamente; incluso recientemente se modificaron algunas partes por la Ley Estatutaria de Salud (Congreso de Colombia, 2015), sin que haya sido derogada en su totalidad. A continuación, se evidencian algunas premisas relacionadas con la atención al final de la vida, consignadas en el artículo 153 de la Ley 100:

- Numeral 3. Protección Integral [...] atención en salud integral a la población.
- Numeral 4. Libre escogencia. [...] asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios.

La Ley Estatutaria de Salud de 2015 amplió la garantía de los servicios de salud al ámbito de la paliación para todas las personas. Incluyó como elemento fundamental de la prestación de los servicios de salud, la aceptabilidad, relacionada con el respeto y la participación de los pacientes en las decisiones de acuerdo con el ciclo vital. Lo mismo ocurrió con el principio de libre elección, ampliado a las entidades disponibles según las normas de habilitación. Dentro de los derechos de los pacientes se expresó explícitamente el derecho a obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional tratante, que permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que se vayan a practicar y los riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud. Dentro de los adelantos más importantes se estableció el derecho a no ser sometido, en

ningún caso, a tratos crueles o inhumanos que afecten la dignidad ni a ser obligado a soportar un sufrimiento evitable.

Con relación a la toma de decisiones y a la atención de cuidados paliativos, específicamente la Ley 1733 (Congreso de Colombia, 2014) toma la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

> Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. (art. 4) (OMS, 1991, p. 11)

Y reafirma la decisión de los pacientes a desistir de tratamientos:

> manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida. (art. 1) (p. 11)

Por otra parte, en la sentencia 239 (Corte constitucional de Colombia, 1997) se pronunció sobre la no derivación de la responsabilidad penal de los profesionales de la medicina que, con la voluntad libre del enfermo terminal, le ayudan a morir dentro de unos parámetros de verificación del diagnóstico, calificación de sujetos activos, circunstancias de manifestación de la voluntad, tipo de medidas a instaurar y proceso educativo, para que se realice solo como última instancia. Además de la exhortación al Congreso de la República para que, en el término más breve posible, conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna. A pesar de la solicitud constitucional, más de dos décadas después no se ha legislado específicamente algo al respecto. Dado este vacío legislativo, en la Sentencia T-970 (Corte Constitucional de Colombia, 2014) se instó al

Ministerio de Salud y Protección Social a emitir una directriz para la organización y funcionamiento de los comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. En abril de 2015 se expidió la Resolución 1216 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), en la cual se ratifica el derecho a cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, e incluye el derecho a desistir de manera voluntaria y anticipada a tratamiento médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente. Además, se publicaron los lineamientos sugeridos para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad en el enfermo en fase terminal.

De esta manera, los avances normativos en Colombia permiten un amplio marco alrededor de los elementos humanos aceptados social y legalmente frente a los derechos de los pacientes a una vida en dignidad, autonomía y libertad al final de la vida.

LA MUERTE Y EL PROCESO DE MORIR

El balance humano requerido por los individuos y las sociedades que enfrentan el proceso de morir deben partir de criterios humanizados ante el avance técnico y científico de la medicina; esta es una premisa que se requiere afirmar de manera inicial, ante su vertiginoso avance en los dos últimos siglos. Es indiscutible que la sobrevida de la especie humana se ha prolongado a lo largo de la historia, en mayor o menor grado, de acuerdo con las condiciones de desarrollo de las sociedades. Tampoco hay duda del papel de los avances técnicos y científicos que han permitido erradicar enfermedades y prolongar la vida ante condiciones que eran esencialmente mortales en un corto plazo. Sin embargo, la disponibilidad de estos recursos no es el elemento central para su utilización. La razonabilidad para el uso o retiro de métodos de soporte de la vida exige la ponderación de otros elementos que están dentro del marco de los principios de la bioética. Explicados por Gracia (1989), son: la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia. No se trata solo del uso de los medios disponibles, sino de los fines de la medicina, de tal forma, como lo señaló el reporte del Hastings Center (1993) “[…] los avances de la medicina moderna son un arma de doble filo, pues la

prolongación de la vida a menudo acarrea el coste de un mayor sufrimiento, más enfermedades y unos gastos económicos superiores" (p. 76). De tal manera, cuando se plantea la decisión de tomar una acción radical, en ocasiones es porque se han extralimitado u omitido la utilización de acciones previas. Se debe lograr instaurar medidas terapéuticas de alivio o soporte a pacientes en el final de la vida.

La muerte, aquella que llega cuando no se quiere y en otras ocasiones es tan deseada, una vez se presenta genera toda suerte de reacciones humanas. Acompañar el proceso de pacientes y de sus allegados al aproximarse al final de la vida exige una serie de conocimientos, actitudes y prácticas con un alto sentido de humanidad. Uno de los puntos de partida es enfrentar la muerte en primera persona, realizado procesos previos de comprensión de la vida, de sus ciclos naturales, su modificación gracias a factores humanos y técnicos, de la inevitabilidad de la muerte y de los componentes de lo que significa calidad de vida y dignidad en la vida, para llegar a conceptos relacionados con la calidad y dignidad al final de la vida y de la muerte.

Uno de los principales deberes médicos es reconocer que el final de la vida requiere una atención especial. La especialidad de esta atención implica un abordaje terapéutico enfocado hacia el alivio para el enfermo y su entorno ante la inevitabilidad de la muerte. Donde el centro de la toma de decisiones está claramente definido por las concepciones individuales, familiares y culturales, de la mano de expertos compasivos y efectivos en el alivio del sufrimiento, frente a una de las más difíciles experiencias para la conciencia humana. Esta dificultad se incrementa cuando la muerte aparece al principio de esta o durante la vida productiva de hombres y mujeres, de quienes otros dependen así como en los casos en los que ocurre de manera completamente inesperada (eventos violentos o masivos), pero también cuando hay factores como la falta de acceso a servicios adecuados de salud o cuando se está inmerso en una cultura con prácticas diferentes.

El reconocimiento de cuándo iniciar las discusiones sobre el final de la vida con cada paciente o sus representantes legales exige un profundo conocimiento médico acerca de la evolución de la enfermedad, la condición del paciente frente a las terapéuticas instauradas hasta ese momento y las posibilidades de atención subsecuente. Tal vez, la situación

más fácil es cuando el paciente o sus representantes deciden preguntar de manera explícita si están enfrentándose al final de la vida o sobre intervenciones en este momento. Pero aún en este propicio escenario se encuentran barreras, ya que quienes están a cargo de su atención no tienen una preparación previa para facilitar este abordaje. En otras ocasiones el mutismo, la irascibilidad, la profunda tristeza, la policonsulta de síntomas físicos que se alivian cuando hay un contexto que brinda seguridad (servicios de atención domiciliaria, transporte de pacientes, consultas repetidas a urgencias, decisión de permanecer en tratamientos así ya se haya explicado su futilidad) pueden ocultar inquietudes sobre el final de la vida que no se han podido verbalizar. Ante la presencia de síntomas físicos irreversibles y muy severos, que causan sufrimiento al paciente y sus allegados, se deberán desplegar mecanismos de alivio que implican el inicio de la discusión sobre las decisiones respecto a esta situación.

Cada patología en esta situación tiene unos criterios específicos, y hay algunas como la esclerosis lateral amiotrófica (Mitsumoto y ALS peer workgroup members, 2004) o el cáncer (OMS, 2002) que presentan signos, síntomas o estadios que exigen iniciar la discusión. Es importante recalcar que la discusión no puede iniciarse durante la agonía, cuando no hay control de síntomas, ya se ha perdido la capacidad de decidir, o con personal sin conocimiento y experiencia; se requiere que sea oportuna y con acompañamiento idóneo. Así mismo, el proceso de apoyo en la toma de decisiones debe ser realizado por los médicos tratantes y el personal asistencial en salud, quienes deben evaluar sus propias creencias, las experiencias personales previas, las concepciones sobre la propia mortalidad, su posición frente a la limitación de los esfuerzos terapéuticos y sus habilidades. Por ello, estrategias como *Prepare* (Sudore, 2012) son fundamentales para apoyar didácticamente a las personas y para realizar un proceso asertivo de toma de decisiones, en el que se establece quién será la persona que decida qué es lo más importante en la vida, qué grado de flexibilidad tendrá esta persona escogida, cómo se deben comunicar las decisiones y cómo hacer las preguntas adecuadas para tomar decisiones, estableciendo los beneficios, los riesgos, las opciones y las posibilidades futuras.

El conocimiento de los procesos físicos, emocionales y sociales al final

de la vida es fundamental para esclarecer los mitos, tabús, falsas concepciones, temores y dudas sobre lo que va a ocurrir; de tal forma que, en la mayoría de casos, se puede brindar una atención que alivia no solo al paciente, sino a todos sus allegados, dejando la sensación de haber hecho todo lo que era posible y humano en la atención del mismo. Como lo menciona Mitsumoto, "preparándose para lo peor y esperanzados en lo mejor" (2004, p. 207), de manera tal que se adecúen todas las condiciones que, en cada caso en particular, van a propiciar un ambiente cálido de compañía, atención, alivio y comprensión. En los casos en los cuales las personas que se encuentran en el proceso de morir ya no pueden darse por sí mismas las condiciones de dignidad, serán sus cuidadores y los encargados de su atención quienes lo podrán hacer. La perspectiva de esta provisión de cuidado digno parte de reconocer los cuidados que se quisieran para sí mismo.

CALIDAD DE VIDA AL FINAL DE LA VIDA

Desde la dignidad se enuncian los principios rectores de lo que se considera calidad de vida, que no es un concepto basado en las condiciones sociales ni económicas, aunque la suficiencia de recursos sí es necesaria para brindar unos mínimos de cuidado. Uno de los pilares centrales de la atención desde la perspectiva de los cuidados paliativos es aliviar el sufrimiento (OMS, 2014). Esto no solo se refiere a lo físico, sino también a lo emocional, familiar, social y espiritual; además, trasciende lo que se está sintiendo y anticipa el futuro sobre lo que va a ocurrir con el cuerpo, con su propia vida y de quienes le rodean. Por lo tanto, la atención del proceso de morir y de la muerte exige la anticipación de escenarios, de tal forma que se puedan prever situaciones, brindar elementos de apoyo y soluciones efectivas de manejo. La calidad de vida en su final exige enfrentar la realidad de una manera compasiva. Cada persona percibe su cuerpo y su proceso de enfermar de maneras diversas; situaciones muy penosas para algunos, son fácilmente llevaderas para otros. Afrontar la realidad conlleva unos ritmos muy variados que, de acuerdo con la habilidad y experticia del facilitador, afloran mecanismos de confrontación, incluso muy creativos. Este primer paso de enfrentamiento con la realidad en algunos casos puede

ser tácito. No es necesario pronunciar las palabras que más temor causa a la mayoría de la población para saber de qué se está hablando. Lo importante no es confrontar rápida ni bruscamente al paciente con la realidad que ha estado sintiendo, sino enfocarse en las estrategias para aliviar, que ya no son de índole curativa, pero que le van a proveer una disminución de la carga sintomática; este es un mensaje directo sobre las posibilidades terapéuticas y la realidad.

Este cambio de perspectiva hacia el máximo bienestar en la medida de lo posible permite que se inicie un proceso adaptativo a múltiples, sucesivos y vertiginosos cambios físicos, mentales y emocionales para todos los intervinientes. Así mismo, es posible pasar de idealizaciones sobre el deber ser de la vida, el tratamiento y el futuro a soluciones prácticas, que contarán con el protagonista del proceso, el paciente o su representante como principal decisor, en la medida de lo posible. Así se empieza el real enfrentamiento con la pérdida y el proceso de preparación para la muerte de todos los intervinientes. Cuando un paciente adquiere conciencia de que su vida y su existencia están completas tiene la seguridad de que podrá continuar a través y, ayudando a otros, hay muy pocas tensiones que queden por resolver antes del desenlace.

¿CÓMO TOMAR DECISIONES DESDE UNA PERSPECTIVA HUMANIZADA?

Se debe partir de un adecuado encuadre terapéutico, no es posible lograr intervenciones asertivas si no se tienen claros los roles, los tiempos, los espacios y los fines de la estrategia. El punto de partida es la integralidad del ser humano; por ello, el conocimiento debe ser sobre la vida del paciente, no solo sobre su historia clínica de terminalidad, enfermedad o el síntoma específico que en el momento le agobia, teniendo cuidado de no trasgredir la intimidad ni reserva que pueda tener sobre ciertos aspectos de su vida. Como lo señala De Simone, “la adopción de un enfoque antropológico y personalizado permite considerar al sufrimiento, al dolor y a la muerte como experiencias vitales dignas de ser vividas” (2000, p. 51). Uno de los puntos más explicados es la valoración de la capacidad para tomar decisiones, este

es un elemento fundamental ante escenarios judiciales o administrativos y frente a la distribución de bienes materiales. El médico tratante deberá certificar, en muchos casos, si la capacidad está conservada mediante exámenes mentales básicos, entendiendo que se trata de pacientes debilitados y, en la mayoría de ocasiones, medicados con psicotrópicos. La capacidad de decisión tendrá que tener en cuenta la edad, para efectos legales, y, en esa medida, la identificación de los representantes legales válidos; así como en los casos con afectación neurológica profunda.

La efectividad terapéutica del acompañamiento en toma de decisiones radica en no ignorar a ninguno de los intervinientes: familiares, allegados, personal de salud, cuidadores, otros (personal de servicio). Por el contrario, serán decisiones que no van a realizarse, puesto que los ejecutores de las acciones decididas por el paciente o por sus representantes y el facilitador tendrán que tener el mismo nivel de información, comprensión y aceptación para realizar las acciones que se le solicitan. El final de la vida y la muerte confrontan al ser humano con el sentido de igualdad y todos deben estar en un nivel similar de decisión para poder actuar adecuadamente. Si bien hay figuras prescindibles, que incluso prefieren autoexcluirse del proceso, hay otras que no lo son y, si una de esas personas requiere más tiempo, dedicación, información u otras formas de comunicar la información y apoyarle en la toma de decisiones, será imprescindible hacerlo y no atreverse a continuar el proceso sin esa persona, para que después no haya tropiezos desafortunados para lograr el objetivo de brindar calidad de vida al enfermo.

En un proceso de acompañamiento terapéutico para tomar decisiones al final de la vida un motivo de consulta sintomático no puede ser el determinante de la intervención, aunque al final de la misma deba haber sido resuelto. Probablemente, la mayoría de pacientes no podrán identificar que necesitan este apoyo; muchos no han tenido experiencias familiares ni cercanas de casos similares, por lo tanto, un proceso de información por parte de los prestadores de salud sobre este servicio es fundamental. Para cubrir las necesidades de atención las condiciones de las consultas cortas, un servicio de urgencias, consulta externa o domiciliaria corriente, en muchos casos, no permiten exponer toda la información que se requiere compartir para decidir un plan de manejo. Es necesario mencionar que los procesos de toma de decisiones, en la

mayoría de casos, no se pueden hacer en un solo momento y que se puede señalar esta opción como un elemento favorecedor para las condiciones del paciente. Adicionalmente, es factible indicar el tiempo disponible, teniendo en cuenta que puede modificarse en atención al malestar generado por la enfermedad, o por enfrentar ciertos aspectos de la intervención que posteriormente se pueden retomar. El acompañamiento por sus familiares o allegados, cuando el paciente lo permite, es una de las estrategias más recomendadas; sin embargo, el entrenamiento para realizar reuniones de toma de decisiones con familias extensas requiere habilidades y experiencias adicionales. Cuando la intervención se realiza en el lugar de vivienda del paciente se puede brindar información adicional, no verbal, al experto. También se debe anotar que la empatía que se genera entre paciente-terapeuta no siempre ocurre; por lo tanto y en la medida de las posibilidades, se puede indicar al paciente que se dispone de otro experto, en caso de ser necesario. Los médicos tratantes estarán abocados a ser el principal apoyo terapéutico para tomar decisiones, sin embargo, la remisión a grupos de apoyo en cuidados paliativos o servicios de orientación en toma de decisiones al final de la vida, puede ser una estrategia efectiva; puesto que tendrán expertos que habrán trabajado su experiencia personal, además de procesos de formación específicos y desarrollado así estrategias de autocuidado.

Dentro de las principales inquietudes que se deben resolver están: ¿Cómo (no) se espera el final de la vida? Esta doble pregunta permite establecer las condiciones de las cuales se dispone para pasar y terminar la vida tanto desde la perspectiva del paciente como de su entorno de cuidado y el apoyo de los servicios de salud. Las respuestas pueden ser el punto de partida para aliviar los temores frente a lo desconocido y explicar las estrategias terapéuticas disponibles; así como para reconocer los vacíos que deban ser suplidos antes de que se presenten. La mayoría de las personas esperan estar acompañadas, atendidas, en condiciones de higiene y cuidado del cuerpo, sin síntomas dramáticos (asfixia, sangrado, convulsiones, entre otras), con recursos disponibles permanentes para atender las inquietudes y situaciones que se presenten, además de estar en un ambiente apacible. Hay que agregar que uno de los elementos clave dentro de la atención a estos pacientes es la disponibilidad de recursos terapéuticos, farmacológicos o no, para aliviar los síntomas físicos y emocionales. Ante la inevitabilidad de la

muerte asegurar a los sobrevivientes que la persona que está muriendo no está experimentando algún tipo de sufrimiento, dolor o síntomas, es uno de los pilares que alivia la gran carga emocional que la pérdida significa. La simplicidad de la efectividad de estos recursos es un elemento fundamental para brindar tranquilidad en esta fase. El exceso de equipos, alarmas, intervenciones e incluso de recursos humanos solo obstaculizará que las personas allegadas puedan demostrar su afecto, agradecimiento, reconciliación y despedidas necesarias para los seres humanos al finalizar cualquier proceso y especialmente el de vivir.

Otra de las inquietudes que se debe resolver es lo concerniente al uso o no de sedación en casos de síntomas físicos o emocionales extremos que no puedan ser aliviados por las estrategias terapéuticas específicas y con la subsecuente pérdida de conciencia. Se entiende por sedación paliativa "la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito" (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2002, s. p.). En el proceso de toma de decisiones deberá quedar clara la intencionalidad de la sedación y el efecto que se espera lograr, no es necesario enfatizar sobre la inevitabilidad de la muerte. Sin embargo, tanto pacientes como allegados deben tener claro el propósito y alcance, esclareciendo que su uso no será el determinante del final de la vida. También deben establecerse las condiciones de períodos aproximados de tiempo, higiene, cuidado de piel y mucosas e incapacidad para comunicarse, pero sí para percibir ciertos estímulos; incapacidad para deglutir y, en esa medida, la necesidad de tomar decisiones en cuanto a la hidratación o alimentación de soporte. Igualmente, la decisión de la tolerabilidad de los síntomas es del paciente, excepto cuando es intolerable para su entorno y él ha perdido su capacidad de decisión, situación en la que se debe apelar a las voluntades anticipadas.

En los casos en los que no se ha manifestado la voluntad sobre este aspecto y no se ha delegado a una persona que decida, se tendrá que optar por el principio de beneficencia sobre otros intereses. Para instaurar la sedación terminal se recomienda que sea evidente el síntoma refractario (aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos

disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable y en la fase agónica), que se proceda a una obtención del consentimiento explícito del paciente, el cual si bien en esta fase no tiene que ser un documento aparte, sí se debe registrar en la historia clínica y establecer el plan de manejo, así como su seguimiento. Ante este aspecto, se debe asegurar el tiempo en conciencia para realizar las actividades que el paciente y sus allegados consideran indispensables.

El conocimiento de los procesos metabólicos del final de la vida, en relación con la incapacidad de recibir, procesar y eliminar adecuadamente los líquidos y la alimentación, cambia la perspectiva de cuidado, puesto que, a lo largo de la vida, asegurar una adecuada ingesta en cantidad y calidad de líquidos y nutrientes es fundamental. En el final de la vida el alivio de las sensaciones de hambre y sed no siempre pueden aliviarse mediante la ingesta de líquidos y alimentos, pero sí a través de medidas locales y sistémicas que eviten la conciencia de estas sensaciones. El avance tecnológico ha permitido utilizar el recurso de alimentación e hidratación mediante sondas orales, enterales o parenterales, para mantener el equilibrio homeostático de pacientes críticamente amenazados pero con posibilidades de recuperación; cuando no las hay y mediante estas medidas solo se mantienen condiciones que no permiten una vida en relación, comunicación, trascendencia y autonomía, implican grandes costos para los seres queridos, allegados y sociedades por lo que se deberá contemplar la futilidad del inicio y mantenimiento de estas estrategias. En general, ante la comprensión de la irreversibilidad del proceso, tanto pacientes como cercanos, optan por no iniciar o suspender estas medidas que solo prolongan el sufrimiento y la agonía. Sin embargo, cada situación en particular deberá ser cuidadosamente evaluada para brindar las medidas de soporte o de alivio necesarias para enfrentar esta difícil condición, especialmente en los casos en los cuales no se anticipó un proceso de voluntad expresa en este sentido.

La evidencia actual acerca de los beneficios y riesgos de la alimentación e hidratación artificial en pacientes al final de la vida no tiene un punto de corte claro (Consejo Médico General Británico, 2010)[27]. Una especial atención se deberá tener en pacientes mayores de 85 años con demencia avanzada, para quienes incluso hay consensos que indican la improcedencia de implementar alimentación artificial que pueda

prolongar la difícil situación que enfrentan (Finucane, Christmas y Travis, 1999; Olsen, Swetz y Mueller, 2010).

Las actitudes y prácticas del ejercicio médico centrado en tomar decisiones de manera impositiva, unilateral y basándose principalmente en el principio de beneficencia no son fáciles de transformar. A pesar de los cambios legislativos y de la mejor evidencia científica disponible a través de guías de práctica clínica, la resistencia del personal médico para aceptar y ejecutar los nuevos lineamientos es alta, como ya se ha demostrado en otros estudios (Solomon *et al.* 1993; Cohen, 2012). En general, cuando un paciente pide morir con dignidad se refiere a que le controlen el dolor, le acompañen y le respeten su proceso de morir tranquilamente, en un ambiente íntimo, sin intromisiones ni dispositivos tecnológicos que pospongan la muerte (Blondeau, Dumont, Roy y Martineau 2009; Sarmiento-Medina, Vargas, Velásquez-Jiménez y Sierra, 2012).

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Finalmente, sin entrar a revisar los diferentes métodos que desde la bioética clínica se han propuesto y utilizado para tomar decisiones al final de la vida, se enuncian algunas recomendaciones para humanizar la toma de decisiones en este momento. En primer lugar, tener una perspectiva desde la empatía, hacerse la pregunta: ¿Qué quisiera para mí en las condiciones en las que está el paciente? Enfocar la atención hacia el paciente y sus allegados, de tal forma que se contemple el lugar, las condiciones para la atención, el costo y las posibilidades técnicas, entre otras. Basarse en el conocimiento técnico, científico, médico, ético y jurídico alcanzado, en especial al utilizar el conocimiento científico, especialmente farmacológico y técnico para aliviar. Tener en cuenta la experiencia, de tal forma que se compartan las que han sido exitosas con otros pacientes y sus familias para orientar el proceso.

Tener una perspectiva de asertividad para ser contundente con el alivio de síntomas, desde la pregunta: ¿Para qué permitir el sufrimiento o el dolor en estas condiciones? Esto tiene estrecha relación con la oportunidad de aliviar cuando se necesita y no en horario de oficina o cuando sea conveniente. Finalmente, comprender que la toma de

decisiones siempre será un proceso difícil que exige la mayor cantidad de tiempo, conocimiento y experiencia compartida.

REFERENCIAS

BLONDEAU, D., Dumont, S., Roy, L. y Martineau, I. (2009). Attitudes of Quebec doctors toward sedation at the end of life: An exploratory study. *Palliative and supportive care, 7*(3), 331-337. Recuperado de https://goo.gl/8H1ZmS.

COHEN, LM. (2012). Murder and euthanasia accusations against physicians. *Mayo clinic proceedings, 87*(9), 814-816. doi: 10.1016/j.mayocp.2012.05.016. Recuperado de https://goo.gl/764gGf.

CONGRESO de Colombia. (2009). *Acto legislativo 02. Declarado EXEQUIBLE de manera condicionada en el entendido que únicamente frente al cargo examinado y de conformidad con las consideraciones expuestas mediante Sentencia de la Corte Constitucional C-882 de 2011. Por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política.* Recuperado de https://goo.gl/2W6Bnp.

_____. (2014). *Ley 1733 Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.* Recuperado de https://goo.gl/yKerHS.

_____. (2015). *Ley Estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de https://goo.gl/eVpZgi.

CORTE Constitucional de Colombia. (1997). Sentencia C 239/97. *Resuelve en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta está justificada.* Recuperado de https://goo.gl/99J6BL.

_____. (2014). Sentencia 970/14. Recuperado de https://goo.gl/lMbs9g.

CONSEJO Médico General Británico. (2010). *Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making.* Londres: General Medical Council. Recuperado de https://goo.gl/JWptDz.

DE Simone, G. (2000). El Final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. *Acta bioethica, 6*(1), 47-62. Recuperado de https://goo.gl/uaA4XZ.

DEPARTMENT of Health & Nutrition Summit stakeholders Group. (2007). *Improving Nutritional Care: A joint Action Plan from the Department of Health and Nutrition*

Summit stakeholders. Londres: Servicio Nacional de salud.

FINUCANE, TE. Christmas, C. y Travis, K. (1999). Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA*, *282*(14), 1365-1370. Recuperado de https://goo.gl/QQ0l9p.

GRACIA, D. (1989). *Fundamentos de bioética.* Madrid: Eudema S.A.

HASTINGS Center. (1993). *Los fines de la medicina.* Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. Recuperado de https://goo.gl/mRZZSO.

MINISTERIO de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 1216. Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.* Recuperado de https://goo.gl/mHoXW6.

MITSUMOTO, H y ALS peer workgroup members. (2004). *Completing the continuum of* ALS *Care: a consensus document.* Missoula: Promoting excellence in end-of-life care a national program of the Robert Wood Johnson foundation. Recuperado de https://goo.gl/66IRA0.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (1990). Cancer pain relief and palliative care. Ginebra: OMS. Recuperado de https://goo.gl/bFeVQz.

_____. (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.* Ginebra: OMS. Recuperado de https://goo.gl/cWIXEX.

_____. (2014). *Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida.* Ginebra: OMS. Recuperado de https://goo.gl/dQ3cXs.

OLSEN, M. L. Swetz, K. M. y Mueller P. S. (2010). Ethical decision making with end-of-life Care: palliative sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatments. *Mayo clinic proceeding*, *85*(10), 949-954. doi: 10.4065/mcp.2010.0201. Recuperado de https://goo.gl/g2iF4j.

REPÚBLICA de Colombia. (1981). *Ley 23. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.* Colombia. Recuperado de https://goo.gl/AzgXOd.

_____. (1991). *Constitución Política de Colombia.* Gaceta Constitucional n.º 116 de 20 de julio de 1991. Recuperado de https://goo.gl/hOndJt.

_____. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral.* Recuperado de https://goo.gl/uek2i.

SARMIENTO-MEDINA, M. I., Vargas, S. L., Velásquez-Jiménez, C. M y Sierra, M. (2012). Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Revista salud pública, 14*(1), 116-128. Recuperado de https://goo.gl/ZZLkjr.

SOCIEDAD Española de Cuidados Paliativos. (2002). *Aspectos éticos de la sedación en*

cuidados paliativos: sedación paliativa / sedación terminal. Pamplona: Universidad de Navarra. Recuperado de https://goo.gl/bmC6ns.

SOLOMON, M. Z., O'Donnell, L., Jennings, B. Guilfoy, V. Wolf, S. M. Nolan, K., Jackson R., Koch-Weser, D. y Donnelley S. (1993). Decisions near the end of life: professional views on life-sustaining treatments. *American journal* of *public health, 83,* 14-23. Recuperado de https://goo.gl/0vOgse.

SUDORE. R. (2013). PREPARE. San Francisco: The regents of the University of California. Recuperado de https://goo.gl/P25gGn.

LOS SILENCIOS PROFUNDOS COMO TERAPIA EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD: UN ACERCAMIENTO A LA RELACIÓN ENTRE MÉDICO, PACIENTE Y FAMILIA

JESÚS DAVID VALLEJO CARDONA

INTRODUCCIÓN

UNA MIRADA AMOROSA Y UN SILENCIO PROFUNDO ABRIGAN EL CORAZÓN y sanan el alma. Esta expresión inicial quiere enunciar la tesis o idea central de lo aquí expuesto: "buena es la salud, mejor la paz", idea que se ha venido desarrollando paulatinamente en los grupos de estudio y en los semilleros de cuidado paliativo perinatal adscritos a las facultades de Ciencias de la Salud y Teología y Humanidades en el Departamento de Familia y Bioética de la Universidad Católica de Oriente.

En la actualidad, el escenario más complejo es la enfermedad y la muerte que se presentan en los diferentes centros de atención en salud tanto de primer como de tercer nivel. Esta realidad toca fibras profundas del ser en cuanto que, a través de la enfermedad, la persona se ve vulnerable y la familia se desencaja y a la vez se enferma. La triada médico-paciente-familia se ve seccionada en ocasiones por el manejo de la comunicación y las relaciones. ¿Qué decir a una familia cuando un ser querido muere?, ¿cómo abordar a un paciente que sufre y su muerte es inminente?, ¿cómo abordar a un joven que llega angustiado porque su vida está en riesgo?, ¿qué decirle a una madre que tiene a su hijo en terapia intensiva? Preguntas complejas para una respuesta armoniosa: el silencio profundo como terapia.

Lo anterior trae a colación el tema de la humanización de la medicina, es decir, buscar la verdad amorosa donde la palabra es eficaz, cierta y sanadora.

Donde el privilegio terapéutico es cuestión del pasado y el parternalismo es verdaderamente eso, sentirse amado por parte del médico o personal tratante. El silencio profundo deja certezas y alienta a continuar, además de que se convierte en la primera condición para la salud. La alteridad, la prudencia y el silencio respetuoso y oportuno recorren el método propuesto en el presente texto, es decir, paz, paciencia y sanación.

La tesis central que se desarrollará es: el *silencio profundo terapéutico* desde el componente volitivo del profesional, es decir, un silencio preparado, insondable, con intención no de respuesta inmediata, sino de consentimiento interior. Es usar la palabra y el silencio solo en los momentos para los cuales me he preparado. En este sentido, el silencio es la expresión más sonora de su eficaz comunicación. Los silencios profundos preparados para la terapia son la expresión primera de respeto a la intimidad, una respuesta a la llamada *conspiración del silencio*, que no es tal, es exterioridad agresiva de no responder o no saber qué responder.

El silencio permite humanizar la medicina debido al respeto a la unitotalidad de quien sufre, mientras el terapista le ve, acaricia y abraza con amor, pues ha concebido que parte de la humanización es hablar, siempre y cuando las palabras sean más dulces que el silencio.

La estructura temática se desarrolla en tres momentos: el silencio, el silencio profundo como terapia y el método. En el primero, se describe qué se entiende por silencio desde lo nominal y algunas indicaciones generales en lo que se conoce como conspiración del silencio. Después, se presenta el desarrollo de lo que se ha estudiado y analizado como *silencio profundo* en la terapia, una iniciativa fruto de varios años de investigación y reflexión del semillero en Cuidado Paliativo Perinatal en la Universidad Católica de Oriente. Y en la parte final, se desarrolla un posible método que tiene como base los silencios profundos en la terapia y se compone de tres categorías: la paz, la paciencia y la sanación.

LA REALIDAD DEL SILENCIO

En el juramento hipocrático (Hortal, 2002) se invita al profesional de la salud a acudir al secreto profesional, es decir, a la veracidad, a aquello que se deba decir en el momento indicado. Se refiere al manejo adecuado,

oportuno y prudente de la información, lo que por defecto incluye el hacer silencio, guardar el sigilo. Así, el silencio es certeza, es decir, claridad de lo callado bajo un objetivo concreto de quien hace de manera consciente una pausa en sus palabras. Es más, es dar un nuevo sentido y pasar a nuevas formas de expresión.

Al tratar de expresarnos, o al consentir alguna realidad humana, nos enfrentamos al silencio, a una pausa para pensar, para especular antes de actuar. Es así como pertenece ineludiblemente a la estructura del lenguaje y del símbolo. Pero para definirlo se debe acudir en primer lugar a su sentido nominal, desde lo etimológico y lo semántico, y también describirlo como un posible objeto material, formal y formalísimo, es decir, quien hace silencio, el por qué lo hace y qué tipo de silencio es.

Etimológicamente, la Real Academia Española (2016) indica que *silencio* viene del latín *silentium*, 'abstención de hablar'. Por su parte, el *Gran Diccionario de la Lengua Española* (2016) precisa que es el estado en el que no hay ningún ruido o no se oye ninguna voz. Estas aproximaciones etimológicas además de referirse a la ausencia de ruido nos llevan a ver otras raíces como la de *sigilo* (σιγηλός), silencioso. El sigilo aparte de traer una raíz de signo designa el secreto, es decir, el que hace silencio es sigiloso, cuidadoso de la información que contiene el secreto.

Así mismo, semánticamente la comprensión o definición de la palabra *silencio* tiene que ver con la intención, modos y momentos en el que se hace. Para nuestro caso, la palabra que la acompaña, para darle su connotación semántica configurativa, es *profundo*, aludiendo a la fuerza que tiene en el paciente un silencio terapéutico ejercido por su médico o personal tratante.

Ahora bien, si la pretensión es darle una estructura nueva y real al silencio en el mundo sanitario se debe, además de las definiciones anteriores, buscar con ayuda de la epistemología niveles más profundos para su aplicación y descripción. En la teoría del conocimiento, y con ayuda de la filosofía, se ha determinado que para que se procure el saber se requiere de una especial relación, esto es, un sujeto que quiere conocer y un objeto que se deja conocer. En el sujeto se dan grados de abstracción, como la capacidad de percibir al objeto y, a su vez, en este hay grados de inteligibilidad. Si en el primer grado ubicamos todo aquello que el sujeto conoce y se queda con la materia sensible; en el segundo, con la cantidad y,

finalmente, en el tercero, abstraemos un concepto sin necesidad de la materia sensible o lo numérico, es lo que nos indica en primera medida la ubicación del silencio profundo, es decir, lo conocemos, lo sentimos, lo practicamos, lo abstraemos y lo usamos de una manera especial y objetiva.

Siendo el silencio una experiencia de altos niveles de abstracción permite una relación especial en distintas áreas, ya que centra su atención en aquello que involucra la condición humana. Tal es el caso del área médica, en la cual existe un constructo especial de relaciones en las que se incluye la comunicación y, dentro ella, el *silencio*. Ahora bien, epistemológicamente se puede indicar que el objeto material de esta relación terapéutica es el hombre, la persona que se acerca con toda su dignidad y en parte muestra una especie de necesidad, pues reclama una atención especial para mejorar su salud. Dicho objeto da razón del objetivo hacia el cual la terapia se dirige usando como instrumento el silencio. Al mismo tiempo, siendo el objeto material el hombre eso que lo diferencia será la comunicación, como escenario ideal y sensible para la sostenibilidad no solo de su condición como persona, sino del mismo sistema de salud, pues las interacciones humanas se construyen y se identifican por medio del habla y el lenguaje. Queda, entonces, el objeto formalísimo, que es el método que se usa para llegar al fin, esto es, la salud o a mejorar su condición. Allí entra el silencio, el silencio terapéutico, un silencio profundo con intención no de respuesta inmediata, sino de consentimiento interior.

Dejando el campo, la definición y el objeto del silencio, surge una condición problemática en cuanto la palabra en sí misma no puede ser una dificultad para el lenguaje, al contrario, es la mejor posibilidad para desarrollar nuevas estructuras de comunicación asertivas, por así llamarlas. A la hora de abordar el silencio puede resultar problemático no tener un objetivo claro antes, pues puede desencajar la comunicación cayendo en una posible cacofonía, donde los sonidos son desordenados y tormentosos.

Veamos esto en detalle: el silencio nace de aquel que objetivamente piensa en hacerlo para lograr un efecto en quien recibe ese mensaje y, a la vez, contiene una fuerza subjetiva en razón de la comprensión y trasfondo de quién es suprimido de la palabra. Solo se comprende el silencio desde la palabra, desde el sentido de la pausa y la mesura; no será gratuita la

expresión cuando se insinúa, pues no hay cosa que comunique mejor que el silencio, ese que es mirada profunda y expresión corporal de entendimiento de una realidad humana. El silencio es realidad sentida, en cuanto deja un mensaje concreto de una nueva experiencia que debe ser asumida:

> Y aun cuando el silencio se manifestaba en la ausencia de palabras, se me hizo evidente que su comprensión no se lograba adecuadamente reduciendo el silencio a la condición de hecho lingüístico, sino entendiendo tanto el silencio como la palabra hablada como el cemento que une a individuo y sociedad. (Ramírez, 1989, s. p)

Las dos vías, la de la palabra y la del silencio, ejercen poder en la persona, la sociedad y las relaciones familiares. Ese poder da la fuerza e intención con que se calla o habla respectivamente, pues muchas veces es más violento el silencio que la misma palabra.

El silencio no se ve; por ende, puede considerarse ausencia, incluso no se siente, hasta puede ser inmaterial. Esa realidad que puede verse como fuera de lo real pertenece, por darle un sentido, a aquello que va más allá de lo físico, es decir, su realidad va más allá, pues es verdad y práctica a la vez. Cuando se escucha una pieza musical la realidad de los sonidos solo tienen sentido por los tiempos y los silencios, no se concibe un sonido en línea pues carecería de dinámica, armonía y belleza. Esto permite entonces indicar que el sonido tiene y contiene una identidad, no solo propia, sino instrumental, en tanto es usado y escuchado por el hombre, por aquel que pone todos sus sentidos y potencias al servicio de lo que ha decidido ejecutar o escribir, incluyendo los silencios.

Pero ¿quiénes hacen silencio?, ¿es solo una condición del prudente, del justo, del ecuánime? Podemos responder que no, porque el silencio, como se indicaba, puede tener una intención y dejar ver un poder inadecuado, dejar en la incertidumbre y penumbra a quien debe conocer o saber algo. No obstante, hay dos tipos de personas en cualquier profesión que usan en los dos modos el silencio. El primero es aquel que busca la manera de hacerlo para dejar certezas, es un silencio preparado, acucioso e inevitable desde su parecer profesional. El segundo es aquel que solo es muestra de su poco uso de la palabra, de su inexperiencia y, en algunos casos, de su

orgullo. Calla el cobarde, hace silencio el prudente.

Finalmente, para que se dé un silencio adecuado entra a desempeñar un papel preponderante la inteligencia y la voluntad no solo por el sentido, sino también por la libertad. Desde la inteligencia la persona percibe lo mejor, analiza consecuencias, revisa cuestiones académicas y acude desde su saber algunas veces al secreto profesional. Digo algunas veces porque el secreto profesional en ocasiones no cumple con el verdadero sentido que debe tener, el hacer silencio. Ahora bien, desde la voluntad entra en juego la libertad y el marco ético legal con un sentido por la moral. Es buscar y procurar el bien, es ir más allá de lo meramente sentimental para ver la realidad desde la razón práctica. Es usar los principios tanto especulativos como prácticos para bien de la persona que sufre, que está enferma, que está padeciendo. Así entonces, pasamos al silencio ya no como ausencia, o valor especial del prudente, sino como terapia, como la vía de comunicación adecuada en las relaciones médico-paciente-familia en el escenario sanitario, una propuesta hacia la humanización de la medicina. Mejor dicho, hacia la recuperación de lo humano en la ciencia más humana que ha existido.

EL SILENCIO PROFUNDO COMO TERAPIA

> MANEJAR EL SILENCIO es más difícil aún que manejar la palabra
>
> GEORGES BENJAMIN

Para poder comprender mejor los silencios profundos en la terapia se debe primero aclarar que la intención no es acabar y desestimar lo que se conoce como *conspiración de silencio*, pues ha sido un mecanismo y evento permanente de mucha ayuda para identificar qué es lo mejor a la hora de dar información. La idea inicial es ampliar y presentar una nueva tesis para profundizar y dar la oportunidad a que la conspiración del silencio no sea excluyente, o como su nombre lo indica *conspiración*, donde todos saben la información o creen tener la autoridad para develarla o guardarla según su criterio subjetivo y, en algunos casos, terapéutico.

Se entiende por *conspiración del silencio* a "un acuerdo, implícito o explícito entre los familiares, allegados y profesionales sanitarios, de ocultar o distorsionar la información sobre su situación —diagnóstico, tratamiento o pronóstico— al paciente para evitarle el sufrimiento de enfrentar el final de su vida" (Ruíz, Benítez y Coca, 2008, p. 53). Otra aproximación al concepto la dan Bermejo, Villacieros, Carabias, Sánchez y Díaz (2011), quienes indican que una de las definiciones más aceptadas es la que tiene que ver con el acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, amigos o profesionales de alterar la información que se le da al paciente, con el fin de ocultarle el diagnóstico, el pronóstico o la gravedad de la situación. Así mismo, precisan que tiene dos niveles: el parcial y total; el primero, cuando no conoce su pronóstico, y total cuando no conoce ni el diagnóstico, ni el pronóstico. Existen algunas circunstancias que llevan al médico tratante a usar la conspiración. Por ejemplo, cuando es el mismo paciente el que no habla del tema, lo niega y parece que no quiere saber más de su estado, esta fase se conoce como adaptativa. La desadaptativa sucede cuando quiere saber un poco, especialmente la verdad, pero la familia o el personal sanitario no quieren decirle.

Es precisamente con el tema de lo desadaptativo que entra a desempeñar su papel el silencios profundos como alternativa a la conspiración del silencio, pues es el mismo paciente quien debe saber los modos y tiempos para conocer lo que está padeciendo. El silencio profundo respeta y a la vez le permite conocer todo lo que desee, desde la prudencia y el buen juicio médico del profesional. Los silencios preparados por parte del profesional le garantizarán, al paciente y a su familia, asimilar e interiorizar su nueva realidad, tomarán de cada gesto, palabra y argumento aquello que les permita una comprensión lo más cercana posible a la verdad o a la realidad de la enfermedad. La conspiración del silencio no es compasiva ni misericordiosa, cosa distinta es el silencio profundo, que mira y ama con el corazón.

El silencio profundo como terapia es usado por aquel que tiene una profesión de servicio en el área sanitaria, es decir, que ha sido elegido, se ha consagrado para tal fin, esto si nos acogemos a los orígenes primigenios de lo que significa ser *profesional*. Esto implica ser siempre para el otro: "[…] somos elegidos para una profesión. En ello se define de un modo activo y dinámico de nuestro ser en la historia, de nuestra

autocomprensión, en procura de ocupar el lugar que corresponde en la sociedad como seres dinámicos, solidarios y útiles" (García, 2001, p. 99).

Los profesionales del mundo sanitario y de las ciencias sociales que aportan al mundo de la salud y del cuidado combinan un saber poiético con el saber axiológico y ontológico. Es la integridad de quien ha definido claramente su vocación. García (2001) bien recuerda que estos ideales tienen en su base la idea de que la ciencia y la técnica no son neutrales, ni axiológica ni ontológicamente, en cuanto deben estar acompañados y orientados por nuevos valores, principios y criterios de carácter moral. Es con este sentido, en parte, que se debe entender el silencio profundo, pues toca lo técnico, lo terapéutico y, además, aspira a condiciones más sublimes, como lo ontológico, lo estético y lo moral. Este silencio va en doble vía, de lo humano a lo técnico, de lo técnico a lo humano.

El silencio puede tener varias condiciones, pero básicamente posee dos realidades, una física y otra mental. La primera da razón de parar, sentarse, de no hacer ruido, detener la lengua, cerrar los ojos. La segunda es más de la mente, de las imágenes ordenadas y la blancura, la nada, lo desconocido, la espontaneidad y la creatividad. Es bueno señalar que, aun cuando se hace silencio físico y silencio mental, muchas veces la mente, por las múltiples alteraciones, por el juego de imágenes, recrea situaciones. Estas pueden ser parte de la vida del silencio, pues usan ese espacio para darse a conocer, de allí que hablemos de su dimensión creativa y sanadora, pues voluntariamente puedo señalar, visualizar y condicionar ciertas partes de mi cuerpo y buscar una nueva terapia. Esta experiencia no es un absoluto, pues ante la enfermedad se buscan diferentes medios para estar mejor, para calmar la falencia, de ahí que el silencio del terapeuta, del familiar y del mismo paciente sean constructos que, identificados a tiempo, ayudan y permiten parar en los momentos que se deba.

Se insiste en el respeto y admiración que poseen aquellos galenos que, por su mesura y apacibilidad, consuelan y sanan, pues sus pocas palabras son sacadas con la paciencia y el amor de quien ya hizo silencio. Enfermeros que transmiten paz y seguridad cuando de atender al enfermo se trata solo utilizan palabras de aliento, confort y serenidad para quien sufre, también brindan miradas concretas que los acercan a la dignidad del otro, a su necesidad del otro, como su soporte. Pues el hacer silencio, el ser silencioso, permite que otras partes del ser se expresen de una mejor

manera, ya que no siempre la palabra cumple esa función.

Los silencios profundos en la terapia en la relación médico-paciente o con el personal de la salud son los permisos, con algo de complicidad, para dar paso al ensimismamiento, no como aislamiento, sino como interioridad objetiva desde el acuerdo, incluyendo a la familia y el personal de salud. El silencio marca el primer paso hacia la construcción de un ideal o al conocimiento de cosas profundas. Por tomar un ejemplo, en la 1.ª de Reyes 19: 9-3. Allí la presencia del trascendente, de su Dios, de algo sagrado se da en la suave brisa, en el silencio. En la tradición budista el silencio y la meditación son puntos de partida y de llegada de su experiencia mística. El mismo Jesús de Nazaret, en el Nuevo Testamento, presenta imágenes en las cuales se apartaba o en las que el silencio era condición para su próxima misión[28]. De todos modos, es bueno dar claridad de que una cosa es la oración y la meditación y otra el silencio. Las dos anteriores son objetivables y necesitan del silencio para llegar a su fin; este es el vehículo, el riel, el espacio de vida, encuentro, sabiduría, verdad y belleza.

El silencio terapéutico interroga sobre la vida y sobre los demás, interpela y juzga, permite ser y, en la vida de las ciencias de la salud, también encontrar los nuevos caminos, otras alternativas, pues el silencio es enemigo del apresuramiento, es amigo de la pasividad y la mesura, es propio de aquellos que no se dejan exasperar, que buscan abstraerse de todo aquello que haga ruido en su corazón. Podría decirse que no se asume, sino que se deja que sea, pues él siempre está; dejo de hablar y aparece, pongo la mente en blanco y ahí está, cierro los ojos y le veo, abro el espíritu y lo siento.

El silencio permite por nuestra capacidad de raciocinio y de imaginación, junto con la eidética, viajar a través del tiempo, de concertar amigos, imaginar conceptos, fabricar sueños y encontrar la verdad, pues a ella solo se llega cuando dejo que el silencio salga. Dirá Carmen Pardo (2012) que es necesario perderse para empezar a escuchar. Es preciso hacer el silencio en la escucha y en la mirada para descubrir las formas del silencio.

Con todo, una de las condiciones más especiales a la hora de ver la enfermedad y la muerte en los escenarios clínicos es la misericordia, sentimiento muy diferente al pesar. El silencio profundo tiene esa condición, pues el pesar en comprensible, pero debe llevar a la acción,

pues puede movilizar la conciencia para un ejercicio más concreto y hermoso. Un primer paso se dará con la misericordia, palabra que evoca la miseria del otro, su dolor, pero que a pesar de ello se le ama con el corazón, me acerco y le miro con amor, así nos lo recuerda Juan Pablo II en *Dives in Misericordia* (1980): "La primacía y la superioridad del amor respecto a la justicia (lo cual es característico de toda la revelación) se manifiestan precisamente a través de la misericordia" (s. p.). Este no es un valor exclusivo de la experiencia religiosa, es la capacidad de amar de toda profesión que tiene al lado realidades humanas tan sensibles y complejas y que requiere una elección, un llamado, una vocación. Tal es el caso de aquellos profesionales del área de la salud y de las ciencias de la vida, quienes hacen día a día lo que han amado siempre: servir sin interés, amar sin límite, acompañar siempre. Es un ejercicio que debe llevar imbricado en cada ser la sensibilidad, no la sensiblería. Bien lo describe Andrés Aguirre, director del Hospital Pablo Tobón Uribe:

> Una sensibilidad que permite admirar la belleza de las cosas… el disfrute, el éxtasis. Pero sobre todo una sensibilidad sin la cual no cabría una vida verdaderamente humana, en la que se fundamenta la alegría y la tristeza, la búsqueda de la plenitud y la felicidad; una sensibilidad que permite ser consciente que hay semejantes, otros con los cuales compartir. (Aguirre, 2012, p. 3)

La sensibilidad es la primera causa del cuidado, la cercanía y la pericia para hacer las cosas bien, pues implica protección, sostén, alivio en todo momento y en todos con la misma calidad e intensidad, con el mismo arte y la misma técnica según los recursos. Con la mirada fija en el rostro de aquel que sufre para decirle que no está solo, aunque las palabras sean esquivas o limitadas, pero en donde el paciente está seguro del amor que le prodiga aquel que está a su lado y que sabe lo que hace por su vida, y si es del caso de proximidad a la muerte, darle la confianza de agarrar con fuerza profunda su mano, para hacerle sentir que alguien le ayudará a dar el paso definitivo a la eternidad.

LOS SILENCIOS PROFUNDOS DESDE LA VERDAD

Por el aparato volitivo nuestras acciones tienden al bien, esto indica que el hacer silencio es un ejercicio de la libertad con una responsabilidad propia tendiente a buscar lo mejor para aquel que sufre. El silencio se mueve y se recrea en la voluntad con ayuda de la inteligencia como agente, pues las notas dadas por la razón solo son la motivación para que la voluntad se deje penetrar y le dé forma al silencio profundo.

Lo anterior, moviliza la atención en los espacios en que el silencio se interrumpe por la voz y, respectivamente, por la información, por una verdad que tarde o temprano se deberá conocer. Acá presento una nota particular de Monseñor Alberto Bochatey, quien fuese director del Instituto de Bioética de la uca, en Buenos Aires, cuando hablando del tema de la información recordaba el axioma "sí a la verdad amorosa, no a la mentira piadosa". Esta frase pone de relieve una de las realidades más cotidianas pero que confrontan la vida profesional del personal de la salud, la manera de saber dar bien las malas noticias. Las comprensiones de cómo recibe el paciente o la familia la noticia siempre serán subjetivas, incluso en niños, quienes muchas veces están más preparados, intuyendo que su estado no es bueno. Lo mismo pasa con las familias cuando la información puede alterar su sensibilidad, pero ya percibían lo acontecido. En algunos casos, cuando los pacientes se recuperan y se les pregunta que cambiarían en todo su tratamiento explican el cómo les molestaba que no les hablaran con la verdad. Este mismo hecho puede pasar con la familia, cuando se tapa una información y acaece la muerte, reclaman el no haber sido informado realmente de la magnitud de la enfermedad.

Este axioma planteado de la verdad amorosa se radica como principio, como primera existencia de algo, es decir, la verdad es gozne entre respeto, justicia, subsidiariedad y responsabilidad. Si este principio se repite se convierte para el galeno, o el profesional de la salud, en un hábito el cual se acerca o busca siempre la bondad, convirtiendo el manejo de la verdad en una virtud. Esta verdad, que es certeza de lo callado o expresado, se basa en la prudencia y genera en aquel que es sufriente o a la familia, esperanza, definida como ese bien arduo querido, buscado. Es esa búsqueda constante que me lanza hacia un fin, hacia una nueva realidad.

Acá lo teleológico será el *sine qua non* que marca la motivación para buscar nuevos caminos.

Decir sí a la verdad amorosa hace referencia a la certeza y a la rectitud, pues cobija estas condiciones. Ser veraz es decir toda la verdad en el momento que deba ser dicha. Esto aclara, en parte, que el ser veraz es hacer silencio también, pues no siempre los momentos y las condiciones son suficientes para decir las cosas. Cuando hay verdad no hay violencia y no hay posibilidad de caer en errores.

DE LA INFORMACIÓN AL SILENCIO PROFUNDO

Existe en la relación con el paciente y la familia, incluso en el mismo sistema de salud, diferentes tipos de información: institucional, administrativa, consensuada, confidencial, legal y en la terapia. En esta última categoría se pregunta sobre el fin, qué tipo de información, cuánta información. De ahí que haya nacido el consentimiento informado, el cual abrió el panorama y ha dado paso a nuevas dinámicas como las voluntades anticipadas. Basados en lo anterior, y buscando fortalecer la comunicación dentro de los silencios profundos en la terapia, acuño algunos términos:

Información proporcionada: La proporción de una terapia, y este caso de la información, es fuero exclusivo, no excluyente del terapista. Es aquella que tiene en cuenta el ciclo vital del paciente, la realidad socio familiar, el nivel sociocultural y su experiencia, incluso religiosa. Está centrada en el modo, el tiempo y el lugar sin buscar más distractores o eufemismos que distancien la relación. Es una información profesional, en cuanto es prudente ante los inminentes diagnósticos y, por ende, pronósticos, pues no niega la realidad, pero tampoco alarma de manera innecesaria. Esta esfera de la realidad permite ser el primer paso para la comunicación efectiva y duradera.

Información desproporcionada: Es todo lo contrario a la anterior realidad, pues en este caso el terapista, además de dar información exagerada, alarma desproporcionadamente al paciente, quien, ya de por sí, está vulnerable, y también a la familia que quiere comprender de la mejor manera lo que está pasando. Esta información rebasa los límites del ciclo vital de las personas, incluso en pacientes especiales como niños o personas que tienen alguna

limitación mental, para comprender de manera suficiente su estado.

La información contra la formación: La información que se pretende recomendar es aquella que procura una proporcionalidad por parte de quien la da, el médico tratante o un profesional del área de la salud, y el paciente la asume como algo ordinario a su nueva situación, pues siempre hay consciencia de que un estado de enfermedad trae consigo efectos especiales en la vida futura. Esta información está centrada en la confianza y en la experiencia y tiene una condición especial: la formación, pues se puede educar al paciente sobre lo que tiene y la manera cómo debe asumir de ahora en adelante la enfermedad. La formación acá propuesta es dinámica y vinculante, en tanto centra la atención en la persona, pero deja que la familia actúe y ayude, en ciertos parámetros, en el tratamiento y cuidado de su familiar. El privilegio terapéutico camina de la mano con la pedagogía del cuidado, es decir, el profesional es capaz de acercarse al paciente a tal punto que comprenda suficiente y proporcionadamente su nueva realidad.

El silencio terapéutico en perspectiva de la información contra la formación es el que se prepara, se medita y busca la verdad, pues cuando la hay no hay violencia. Es el silencio que respeta las intimidades, los proyectos de vida y, en su justo uso, la autonomía del paciente frente a su situación. Es la proyección de la apacibilidad, benignidad, concreción y vocación interior del personal de la salud.

No obstante, como el manejo de la información sucede cuando se sufre o se padece algo, el silencio terapéutico ayuda también a perdonar, a que la persona en ciertos momentos se ensimisme para encontrar un nuevo sentido a su dolor. Este silencio permite que otra parte de mí se exprese y hable de sus sentimientos con miradas de amor, caricias sublimes, oídos dispuestos y abrazos sinceros. Es el silencio que sabe el límite entre la indiferencia y el respeto, el desánimo y la bondad y la virtud y la imprudencia. Como línea continua a lo anterior, el silencio profundo da sentido a la posibilidad de entender lo que viene, incluso la posibilidad de la muerte, y dar una explicación desde lo mayéutico y lo tanático. Esto es, que ante la pregunta del porqué de la muerte, se le hable (mayéutico), y ante la agitación del cómo, se le ame y toque (tanático).

Este silencio preparado y vivido sabe distinguir entre lo que el paciente quiere escuchar y lo que se le debe decir, pues el profesional usa lo que se

conoce como restricción mental, es decir, usa la información y la comunicación desde la prudencia. Cuida el secreto profesional, pero siempre desde la verdad, pues no usa la mentira como excusa para dilatar o supuestamente no alterar a la persona (dentro del texto se ha insinuado como base para la restricción mental la expresión de monseñor Alberto Bochatey, "sí a la verdad amorosa, no a la mentira piadosa"). Esto favorece una buena comunicación y la prudencia con la palabra, más en caso especiales como son los niños o personas que poseen una personalidad compleja.

EL SILENCIO MÁS EFECTIVO ES EL AFECTIVO

> EL SILENCIO SANA porque en él se encuentran las personas consigo mismas, con su proyecto de vida y con Dios.

Ante la muerte o la enfermedad el silencio respeta el rito, pues es una nueva experiencia de vida, vital y de nacimiento a una nueva vida, la verdadera, a un nuevo estado. Así el silencio saca lo más trascendente del ser humano, pues serlo me ensimisma para encontrarlo. Si la medicina es una de las ciencias más humanas de todas, significa que está cargada de un amor especial, de una misericordia absoluta y una compasión ilimitada. El afecto acá expuesto es aquel que supera la sensiblería, pues los sentimientos cuando se sobreponen a la razón obnubilan la conciencia.

Este silencio desde el afecto quiere ser repuesta ante la inminente creencia actual de hacer un pacto de silencio, donde se niega la muerte y la enfermedad por considerarlas un fracaso. La muerte, y en algunos casos las enfermedades, no se curan, pero se pueden sanar. Es dar en la palabra, o en el silencio, dignidad y profundidad. Este tiene efectos sanadores, los mismos de la palabra, de los silencios profundos en común, pues el silencio encuentra un sentido mayor entre dos, sino es indiferencia, porque allí se necesitaba la palabra que según su estructura se puede decir que es *pa-labrar*, es decir, para crear, sanar y cuidar.

El silencio preparado desde el afecto tiene efectividad, debido a la esperanza, pues es una experiencia que abre el horizonte a otra realidad. Cuando las palabras pierden peso, pierden sentido para quien las escucha,

entonces tiene sentido el silencio. Bien lo dice los versos de Carriego "Las manos vencedoras del silencio" (2011, s. p).

A veces solo es suficiente con su presencia, con una mano sostenida con calor humano y una actitud en silencio que entienda, que lo comprenda, aunque no pueda contestar a sus interrogantes. El no saber qué decir en esos momentos, cómo expresar lo que siente y lo conmueve, puede reducir o empobrecer la presencia del profesional de la salud. El médico Kirilov y su esposa frente a su hijo muerto, en el relato de Chéjov, expresa: "las palabras por más bellas y profundas no surten efecto, y la suprema expresión de la dicha o la desgracia puede a veces ser el silencio" (Chéjov, 1992, s. p).

Finalmente, el silencio profundo en la terapia se sustenta en uno de los principios más importantes en la vida profesional, la justicia. Todos los actores en el escenario sanitario acuden al manejo de la información y, por ende, al de la comunicación. Es en este sentido que el profesional acude a la justicia, debido al derecho que tiene el paciente a conocer su situación, pero a la vez el deber que tiene el terapista de acudir al silencio profundo como dinámica para el inicio de su sanación. "La justicia es el *ethos* profesional que debe articular al interior de cada profesión la armonía de todas las virtudes como el conjunto armónico y equitativo de los valores que desde su competencia se han de realizar" (García, 2001, p. 123).

UN NUEVO MÉTODO

> EL SILENCIO DE uno solo es indiferencia; un silencio profundo, entre dos, es acogida, es terapia.

Este tercer y último apartado centra su atención en dos axiomas. El primero indica que "buena es la salud, mejor la paz"; el segundo, es una idea que ha venido cobrando protagonismo en lo que se debe entender como humanización de la medicina, la expresión de Ambrosio Paré (Arango, 2013) muy difundida por S. Juan Pablo II "el papel de la medicina es curar a veces, aliviar a menudo, confortar siempre" (p. 65). Basados en estas dos expresiones de la realidad de la enfermedad y la muerte que confrontan el proyecto de vida personal y familiar, se propone un método

basado en el silencio profundo como terapia fundamentada en: la paz, la paciencia y la sanación.

Paz

La paz es para todos, no solo para quien padece o sufre. Es algo que no se reduce a lo meramente estético o ambiental, por medio de colores, olores, meditación o música especial. Es más que eso, es fruto de la *epimeleia*, "cuidar con sumo cuidado", es la paz que solo da Dios: la espiritual. La familia permite y da la posibilidad de centrar esta verdadera paz por medio de la compañía, el perdón y las miradas de amor. Acá se debe partir no solo del entrenamiento ante la información, sino de la vocación, para no ser propensos a la desesperación. Es mantener la calma, pues bien lo recuerdan los versos de una canción de Marcos Witt: "cuando tienes penas y tristeza, el futuro incierto espera [...]. Puedes tener paz en la tormenta". La paz en el corazón permite el encuentro consigo mismo, en una especie de retiro espiritual constante, el más trascendental de todos.

Basados en lo anterior, el profesional de la salud procura con su mesura e información en el paciente y la familia, la paz, es decir, una tranquilidad inicial como camino para empezar a comprenderle y amarle. Entendida así se convierte en la primera condición para un proceso de curación y por ende de sanación.

Paciencia

Esta palabra hace referencia al paciente, aquel que sufre, que se ve vulnerable ante un quebranto de la salud. El verse en una condición particular interroga toda la existencia y la impaciencia se puede apoderar del corazón, no solo del paciente sino de la familia quien reclama información o atención inmediata; pues se ha perturbado su propio proyecto de vida familiar. La paciencia da paz, es fruto de ella. Ante la mirada desesperada, las fatigas que genera el estar enfermo o atender a un enfermo requieren paciencia, pero esa es especial pues supera la tolerancia y se encarna en el amor; un amor entregado, misericordioso y apacible por venir de la paz. Para este caso, el silencio profundo debe ser muy cuidadoso, pues cuando no se ha meditado, cuando no me he retirado, no he hecho un acto inicial de intimidad que se puede convertir en

indiferencia e impacientar aún más a la familia o el paciente.

Curación y sanación

La curación es para la herida, la dolencia y el malestar. Es para el dolor más fuerte e intenso, el dolor del corazón. La sanación primera que se pide se centra en las dos primeras palabras, paz y paciencia. Es consecuencia, respuesta y abandono. Por ello se proclama que Dios es la respuesta a las soluciones agotadas. La sanación centra su atención en la integridad del ser, pasando por su aparato psíquico hasta tener presente su realidad espiritual. Pues parte de un proceso que ha venido coexistiendo en el que sufre, desde el shock que le produjo la información hasta la negociación y aceptación de la enfermedad. Ahora bien, dentro de la sanación se incorpora también la muerte, debido a la trascendencia del ser, cuando se pide que llegue como realidad espiritual para encontrase con su Dios. Es decir, se cura, sana, alivia y acompaña hasta el final.

CONCLUSIONES

LA ÚLTIMA PALABRA es Dios, no la enfermedad.

Hoy la sociedad, y en algunos ambientes médico-sanitarios, la enfermedad y la muerte se ven como fracasos, como aquellas condiciones que hay que evitar siempre. Es por esto, y otras condiciones de calidad, que se ha venido implementando un modelo que humanice la profesión más humana de todas, aquella que tiene que ver con el cuidado de la salud. Las profesiones sanitarias no son más que el reflejo vivo de la capacidad que tiene el ser humano de amar a su semejante.

Cuando se presenta la enfermedad, y en muchos casos la muerte, el profesional y la familia se ven enfrentados al cómo dar la información, pasando por una comunicación desproporcionada y desprovista de pericia. Es por ello que el silencio terapéutico preparado profesionalmente, entendido no como ausencia de sonido sino como realidad eficaz, responde adecuadamente y supera la conspiración del silencio, la cual en algunos casos carece de compasión y misericordia, y se queda en un privilegio

terapéutico que ya debe estar superado.

Este silencio es dinámico e íntimo ya que recrea la información desde una preparación, pues calla el cobarde y hace silencio profundo el prudente. Este protege aquel profesional que se ve callado, apacible, pero que cuando habla o mira, ama y sana, tranquiliza y armoniza, pues su palabra es efectiva en cuanto ha sido preparada desde el afecto.

Hacer y preparar los silencio profundo en la terapia requiere tener como base las ideas: buena es la salud, mejor la paz y que se debe curar a veces, aliviar a menudo y acompañar siempre. Lo anterior deberá estar centrado en tres palabras contingentes: paz, paciencia y sanación. Esta tríada pretende ser una nueva escala axiológica debido a la persona, de su dignidad y derecho de ser tratada y amada. La humanización de la medicina, y de todo el sector salud, se logrará en la medida que se reconozca la necesidad de aquel que sufre y reclama protección.

Este silencio profundo terapéutico, que es paz, paciencia y sanación, se configura aún más en las relaciones constantes con el otro, en un proceso de alteridad que afecta al otro ser en su totalidad, es decir, en su cuerpo y en su alma, no como una realidad exclusivamente unitotal, sino como una biológica y biográfica. Que el silencio profundo en la terapia sea la oportunidad para pensarse como profesional, para valorar aquello que se ve lejano como la paz, la intimidad y el ensimismamiento, no como lejanía sino como preparación. “El silencio da lo que las palabras quitan” (Carrera, 2012, p. 11).

> ¡Cuán dulce al paladar me es tu promesa, más que miel a mi boca! (Salmo 119: 103)

REFERENCIAS

AGUIRRE, A. (2012). Editorial. *Revista Institucional Hospital Pablo Tobón Uribe*. Medellín.

ARANGO, P. (2013). ¿Ha cambiado la esencia de la medicina con los tiempos modernos? *Revista Latinoamericana de Bioética*, *13*(2), 60-69.

BERMEJO J. C., Villacieros, M., Carabias, R., Sánchez, E., Díaz-Albo, B. (2012). Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en

una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medicina Paliativa*, *20*, 49-59. Recuperado de https://goo.gl/365y9V.

CARRERA, C. (2012). *Silencio, silencios*. Recuperado de https://goo.gl/3q1KLY.

CARRIEGO, E. (2011). *Las manos*. Recuperado de https://goo.gl/2LfrDJ.

CHÉJOV, A. (1992). *Enemigos*. Recuperado de https://goo.gl/jBeRjU.

DICCIONARIO Manual de la Lengua Española. (2016). Larousse. Recuperado de https://goo.gl/ZrVOS.

ESCOBAR, J., Maldonado., Flórez A., Escobar, C., García, G. y Garzón, F. (2001). *Problemas de ética aplicada*. Bogotá: Ediciones El Bosque.

GARCÍA, G. (2001). *La noción de profesión, su ser y su sentido: referentes ético-morales*. Bogotá: Ediciones el Bosque.

HORTAL, A. (2002). *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée.

JUAN Pablo II. (1980). *Carta encíclica: Dives in Misericordia*. Recuperado de https://goo.gl/EqeN1M.

MILANI, M., Comparetti R., Torres, R. y Osorio, S. (2002). *Elementos para la enseñanza de la Bioética*. Bogotá: Ediciones El Bosque.

PARDO, C. (2012). *Las formas del silencio*. Recuperado de https://goo.gl/ynZZHd.

RAMÍREZ, J. (1989). *El significado del silencio y el silencio del significado*. Scripta Vetera. Recuperado de https://goo.gl/TncKCM.

REAL Academia Española. (2014). 'Silencio'. Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de https://goo.gl/lyRCBp.

RUÍZ, M., Benítez, D, y Coca, M. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Revista psicooncología*, *5*(1), 53-69. Recuperado de https://goo.gl/ci78fc.

TERCERA PARTE

CONTEXTOS, HUMANIDADES Y SALUD

EL SABER CIENTÍFICO Y EL TRADICIONAL DURANTE EL PARTO: EL CASO DE PRUDENCIANA YÉPEZ, PROFESORA EN OBSTETRICIA, EN LA ANTIOQUIA DE 1879*

CLAUDIA ÁLVAREZ FRANCO

* Este escrito corresponde a un acercamiento de una fuente primaria de la tesis doctoral sobre saberes y prácticas para el cuidado de la mujer durante el proceso del parto en Antioquia entre 1879-1930.

EL OFICIO DE LA PARTERÍA: PRUDENCIANA YÉPEZ DE VÁZQUEZ

PRUDENCIANA YÉPEZ DE VÁZQUEZ FUE UNA PARTERA ANTIOQUEÑA que ofreció sus servicios en la región en el año 1879 a través de una revista de circulación local. Certificó sus conocimientos apoyada en un grupo de médicos de la época; lo que llama la atención, por cuanto no hay claridad sobre su desempeño antes de dicha certificación. Esta situación plantea la interrogante acerca de quién tenía la responsabilidad de la atención del parto en la época y de las prácticas establecidas alrededor de este evento. Teniendo en cuenta algunos antecedentes y hechos locales, estos hacen suponer que en la práctica intervenían tanto el conocimiento científico como el tradicional, aunque con un posible dominio del científico, puesto que la partera se veía obligada a certificarse.

La publicidad relacionada con Prudenciana fue la motivación para desarrollar una investigación acerca del pasado en el cuidado de la mujer durante el proceso del parto en Antioquia. En la actualidad, se cuenta con dos líneas de cuidado en torno a este evento, una de ellas aceptada desde

la legislación nacional y local, que demuestra que es un proceso que se da a nivel institucional y que cuenta con personal profesional capacitado. La otra señala una práctica persistente de un periodo histórico anterior, pero que aún se mantiene, obedeciendo a raíces étnicas, culturales y geográficas, en las cuales la familia, las personas significativas y las parteras o matronas lideran el cuidado de la mujer; algo que en la actualidad no es reconocido por la legislación en el país.

Ambas prácticas se mantienen y en algunos momentos se fusionan, en lo que podría denominarse *cuidados híbridos del parto*. Con este concepto se identifica la mezcla entre los cuidados científicos y tradicionales que se ofrecen a la mujer durante el parto, los cuales no son aceptados en muchos casos por la línea de cuidado científico. Sin embargo, en los espacios científicamente ordenados para la atención del parto hoy se busca imitar, hasta cierto punto y no de manera directa, algunos pequeños componentes de la forma de atenderlo tradicionalmente. Por ejemplo, cuando se busca implementar el cuidado humanizado del parto se pretende rescatar y mantener la participación de la familia o de las personas significativas para la mujer durante dicho proceso, además, de la transformación de espacios físicos para que se asemejen al hogar y no al espacio institucional.

Buscando comprender el origen y el significado de estos cuidados híbridos del parto, se pretende hacer un pequeño recorrido que contextualice esta motivación de lo que significa el parto y el cuidado en enfermería en el contexto antioqueño de 1879 y, específicamente, el caso de la partera Prudenciana Yépez de Vázquez como posible muestra de la transición del cuidado de la mujer durante el parto del ámbito tradicional al institucional.

El parto es entendido y definido no solo como la acción de parir, sino como una "cosa especial que puede suceder y se espera que sea de importancia" (rae, 2014). En la actualidad, existe en todo el mundo una marcada tendencia a que ocurra en un contexto institucional, para asegurar el acompañamiento de personal cualificado y en una posición anatómica que le ofrezca comodidad a la persona que lo atiende. Según la oms (2004), estas personas se denominan *asistentes de partería*. Son profesionales sanitarios que han recibido formación teórica y práctica que los capacita para la atención durante el embarazo y el cuidado durante el

parto y puerperio normal (no complicados). Además, estos asistentes pueden identificar, tratar y derivar los casos en donde hay complicaciones maternas y neonatales.

Buscando cumplir con los lineamientos internacionales en la atención del parto, se acogió desde la legislación colombiana el carácter institucional de esta formación, que obedece principalmente a los propósitos de disminuir las complicaciones y muertes, cumplir con guías y normas estandarizadas y facilitar los recursos necesarios para la atención de la madre y el bebé, bien sea de manera natural o mediante intervenciones más complejas en caso de complicaciones. Además, se definieron responsabilidades por profesiones, en las que la atención se encuentra a cargo de la persona con titulación de médico, o especialidad en ginecología, según el grado de complejidad de la institución o del caso.

Desde una perspectiva histórica, en el mundo y a nivel nacional, el cuidado de la mujer durante el parto ha sido asumido de manera similar en diferentes épocas, hecho que ha sido referenciado en un gran número de imágenes (Lugones y Ramírez, 2012). Esta atención ha estado influenciada por las raíces étnicas, culturales y la ubicación geográfica. El cuidado de la gestación y el momento del parto, conforme con las creencias, han estado inmersos en una variedad de prácticas, incluyendo la ingesta de bebedizos y rituales.

Con relación al acceso geográfico, Colombia, y en particular Antioquia con su diversidad, tiene zonas rurales alejadas de los núcleos urbanos que además son de difícil acceso, por lo que aún persiste la atención del parto por las parteras, obedeciendo al arraigo de prácticas culturales y sin registros estadísticos que den cuenta del mismo (Laza, 2012). El parto, donde el acceso geográfico lo permite, puede ser atendido a nivel institucional por enfermeras y médicos. Esta atención diferenciada también estaba presente en tiempos anteriores, cuando las mujeres de clase alta eran las únicas que podían acceder a las comodidades y a las personas que sabían cómo atenderlo. Estos ajustes se dieron a nivel mundial de manera paulatina y fueron más notorios con la llegada del primer cirujano de parto en el siglo xvii (Lugones y Ramírez, 2012). Esto fue oficializado posteriormente con los actos legislativos que buscaban disminuir la morbilidad y mortalidad en la mujer y su hijo.

CUIDADO: UN CONCEPTO FUNDAMENTAL EN EL PARTO

Hemos hablado del cuidado de la mujer durante el parto, señalando su significado desde la historia, la cultura, la legislación, la geografía, entre otros; pero aún no hemos mencionado el término *cuidado* como complemento del concepto *parto*, definido desde la historia y desde diferentes autores.

El concepto de cuidado ha evolucionado a través del tiempo y de las culturas. Inicialmente se realizaba de manera doméstica, es decir, por lo general llevado a cabo por las mujeres en sus hogares, y se prestaba entre los miembros del hogar o familiares cercanos (Collière, 1993). Posteriormente, el cuidado se efectuaba por vocación, debido a la influencia religiosa y al significado que se daba a la enfermedad y a la salud como designios de Dios. Luego se presentó una separación entre el discurso político, la religión y la enfermedad, debido a los avances tecnológicos, lo que requirió la prestación del cuidado con fines curativos mediante la aplicación del conocimiento y la capacitación (tecnocientífica) de las personas cuidadoras (Collière, 1993).

Con el paso del tiempo los conceptos de salud y enfermedad cambiaron. La salud ya no solo se ve como la ausencia de enfermedad, sino como un equilibrio entre las personas y su medio (oms, 2012). Esta nueva definición de salud-enfermedad ha hecho evolucionar el concepto del cuidado de enfermería y se replantea esta profesión como una disciplina independiente, que apoya a las personas en los momentos de salud y enfermedad (Collière, 1993). Para comprender un poco más el concepto de cuidado en la actualidad, veamos algunas definiciones de varios autores como Leonardo Boff, Kristine Swanson y Jean Watson. Luego, entraremos a ver el contexto antioqueño, para visualizar el caso de Prudenciana como una expresión de cuidado en el año 1879, que además estuvo sujeto a la "certificación" del conocimiento científico.

Para Leonardo Boff (2002), el cuidado incluye tres momentos: el cuidado de la vida y la Tierra, la responsabilidad por todos nuestros actos y alimentar nuestro espíritu, pues él dará sentido al todo. Para el cumplimiento de estos aspectos se debe reconocer y comprender a la persona de manera individual dentro de su comunidad. El cuidado permite

una relación amorosa entre las personas y su entorno, garantizando el equilibrio y la supervivencia de todas ellas; además, permite la conservación de las personas y las cosas, pues el ejercicio del cuidado se opone a su desgaste.

Para Wojnar y Swanson (2007), el cuidado está conformado por cinco momentos o procesos: conocer, estar con, hacer con, hacer por y posibilitar y mantener las creencias. En cada una de estas fases la persona cuidadora y la persona cuidada comparten necesidades, experiencias, emociones y deseos. Es decir, el cuidado es en sí un estado relacional entre dos personas, es un vínculo de entrega fundamental frente a otro ser humano; por lo cual, se necesita de un "otro" para ser desarrollado. Aquí se hace evidente el cuidado de enfermería, pues existe una importante conexión entre los mensajes verbales y no verbales; la enfermera comunica su intención de cuidado con su decir y su hacer.

Cada momento de cuidado, según Watson y Watson (2003), permite que la enfermera reflexione sobre su desarrollo como persona cuidada y luego como cuidadora. Ella debe armonizar de manera previa con cada persona que cuida. Para ello, las personas deben desarrollar las artes de la comunicación y un sentido muy intuitivo, orientado a comprender la dimensión humana del ser que se cuida, para así poder generar una empatía que permita el cuidado de manera bidireccional.

De lo anterior, vemos un abordaje del tema de cuidado desde tres miradas diferentes que permiten preparar un espacio de reflexión acerca del cuidado del parto en Antioquia, como momento histórico que tiene influencia en el ahora. Por el momento, contextualizaremos el departamento de Antioquia en la actualidad y para finales del siglo xix y principios del xx.

ANTIOQUIA HACIA FINALES DEL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL XX

El departamento de Antioquia cuenta con 125 municipios, distribuidos en 9 regiones. Tiene una gran variedad cultural, de climas, fauna y flora. En la actualidad tiene 6 143 809 habitantes, aproximadamente. Para finales

del siglo xix y principios de xx, su nombre oficial era Estado Soberano de Antioquia y, como parte de los Estados Unidos de Colombia, se vio influenciado por la Hegemonía Conservadora, el dominio de la Iglesia católica y la oposición liberal; circunstancias que influyeron en el tema de la salud y de los cuidados.

Algunos aspectos importantes relacionados con la salud que pudieron ser relevantes durante el siglo xix fueron: la culminación de la expedición botánica, reconocida como el primer trabajo científico efectuado en el país, y cuyo fin era rescatar el conocimiento indígena. Para el año de 1850, llegaron los primeros profesionales a la capital de los estados del centro, con los cuales la ciudad contó con médicos tradicionales de formación empírica y con una nueva generación que habían recibido su formación fuera del país; a partir de este momento, se empezó a regular a las personas que ejercían de manera empírica, especialmente a las parteras que continuaron hasta mediados del siglo xx regidas por una licencia.

Desde el punto de vista geográfico, el departamento tiene una variedad climática con influencia del río Cauca, que se manifiesta por regiones, y tiene una distribución de lluvias siguiendo el régimen climático andino, de dos veranos y dos inviernos. Lo que favorece la variedad en su vegetación interferida por la acción cultural de las especies primigenias (Gutiérrez de Pineda, 2000).

Durante el siglo xix, se mantuvo una diferencia política entre liberales y conservadores, estos últimos con apoyo religioso. En el gobierno de Pedro Justo Berrío (1864-1873), de línea conservadora, se dio el mayor impulso a la educación y la industria en el estado soberano de Antioquia, por imposición de la disciplina de tipo militar y religiosa (Márquez, 2004).

Para finales del siglo xix y principios de xx, hubo un auge en la producción de material escrito, con la creación de revistas y periódicos. En ellos se publicaron abundantes anuncios con relación a los remedios que se podían conseguir, al igual que otros que pudieran dar a conocer servicios (Márquez, 2004b). Esto despertó en la población el deseo por vender y comprar productos y servicios a través de la publicidad. Un ejemplo es el de Prudenciana, quien publicó un aviso publicitario para ofrecer sus servicios como partera en 1879.

El caso de Prudenciana forma parte de una expresión de cuidado en Antioquia, relacionado con el tema del parto. Se trata de un acercamiento

a una fuente primaria en la época del Estado Soberano de Antioquia en 1879. Es un aviso impreso, en español, con legibilidad disminuida, pero aún visible. El material original reposa en el archivo de prensa de la Universidad de Antioquia, de donde se obtuvo una impresión del material microfilmado, manteniendo todas las consideraciones éticas que amerita este tipo de material. El aviso fue publicado en 1879 en la *Revista Industrial*, que incluía una sección de anuncios. Junto al aviso de Prudenciana aparecen otros relacionados con otros servicios, como los de un comisionista y una botica que ofrece la llegada de nuevos medicamentos. Puede decirse que la *Revista Industrial* era un periódico comercial, noticioso, literario y de variedades.

El aviso de Prudenciana aparece en la columna central de la página, tiene como título: "una profesora en obstetricia", en mayúsculas sostenidas. Luego, se ubica un aviso que hace alusión al nombre de Prudenciana Yépez de Vázquez, también en mayúscula, con la primera letra de cada frase de mayor tamaño, seguido de su dirección de residencia, para luego proceder a ubicar el texto correspondiente a su certificación como partera emitida por los profesores en medicina Juan de Dios Uribe, Manuel Uribe y Tomas Quevedo, identificados en mayúsculas sostenidas, con mayor tamaño la primera letra de cada uno de los componentes del nombre. La certificación fue dada el 14 de enero de 1879, en la ciudad de Medellín.

La revisión de este material requirió, según el interés de la autora, de la inicial crítica de fuentes, la cual está apoyada en un formato prediseñado que sirvió de guía orientadora a dicho fin y que se presenta a continuación. Permitiendo incursionar en el análisis de esta fuente y plantear nuevas inquietudes de búsqueda.

Tabla 1. Guía para la crítica de fuentes

Concepto	Elementos que considerar
Crítica de fuentes primarias	*Crítica interna:* Identificación y clasificación de la fuente Crítica de proximidad y simultaneidad Crítica de tendenciosidad

	Crítica de independencia o relación de dependencia Crítica contextual Representatividad La veracidad de la fuente La simplicidad La racionalidad *Crítica externa:* Autenticidad de la fuente Para archivos judiciales, considerar el formato elaborado por la historiadora Libia Restrepo.
Crítica de fuentes secundarias	Procedencia de los datos expuestos en las notas de pie de página o bibliografía: Técnicas de exposición utilizadas (trascripción textual, interpretación analítica, exposición descriptiva). Confrontación de los datos expuestos con otras fuentes secundarias o primarias referenciadas por el autor u otros investigadores. “Principio de duda metódica” (buscar uso y sentido aplicado a los datos).

Fuente: Ramírez (2010)

La representatividad del documento parece estar dada por los profesores de medicina que tenían mayor reconocimiento en el contexto académico, y sus posteriores escritos les mantuvieron vigentes. Por su parte, la partera solo aparece en este material, su reconocimiento pudo ser el dado en la época por su comunidad, puesto que no se identifican más productos que den cuenta de su trabajo.

El aviso se equipara con un documento auténtico que formaba parte de una publicación seriada, presentado con un lenguaje claro y sencillo. Se puede apreciar de manera rápida y directa la intencionalidad publicitaria del

aviso. Se podría asumir la aparición de este, con su respectivo certificado, como una firma de la partera.

Prudenciana se declara *profesora de obstetricia* y como tal ofrece sus servicios, acreditada por profesores de medicina de la época que son reconocidos: Manuel Uribe y Tomás Quevedo, quienes tuvieron además una carrera política en la época. Esta formación y reconocimientos soportan y condicionan su importancia y veracidad. La *Revista Industrial* fue fundada por Fidel Cano, periodista, político y rector de la Universidad de Antioquia, y su orientación política pudo influenciar el contenido y la forma del aviso de prensa.

Se observa la concordancia entre la proximidad, simultaneidad y coherencia contextual del documento, porque vemos que, luego de la llegada de los primeros médicos (1850), las parteras empezaron a necesitar certificación para ejercer su conocimiento en la atención de los partos. Esto parece estar condicionado por un estudio teórico del tema de la obstetricia, con la orientación de los académicos mencionados, aunque de manera previa a la época, pues pudo ser suficiente solo el reconocimiento de su comunidad.

Luego de realizar la crítica de fuentes se procede ahora a revisar el contenido del aviso, teniendo en cuenta un esquema explicativo propuesto por Klauss Krippendorf (2004) y que se muestra en la figura 1.

Para demostrar su formación en partería, Prudenciana considera que es importante adjuntar certificados y cartas, lo que parece un acto de sumisión o dominación, pues para esta época ella debería tener un conocimiento que hacía parte de su cultura, al igual que un tiempo de práctica en la atención de los partos. Tal vez por los cambios que se estaban dando en esta época su conocimiento cultural no era suficiente, por lo que se requería demostrar, ante la nueva organización política, su capacidad y conocimiento. Es importante saber qué pensaba la comunidad a la que ella pertenecía, qué reconocimiento tenía en la atención del parto, qué trayectoria tenía en el cuidado del parto y qué otros saberes estaban inmersos en este conocimiento.

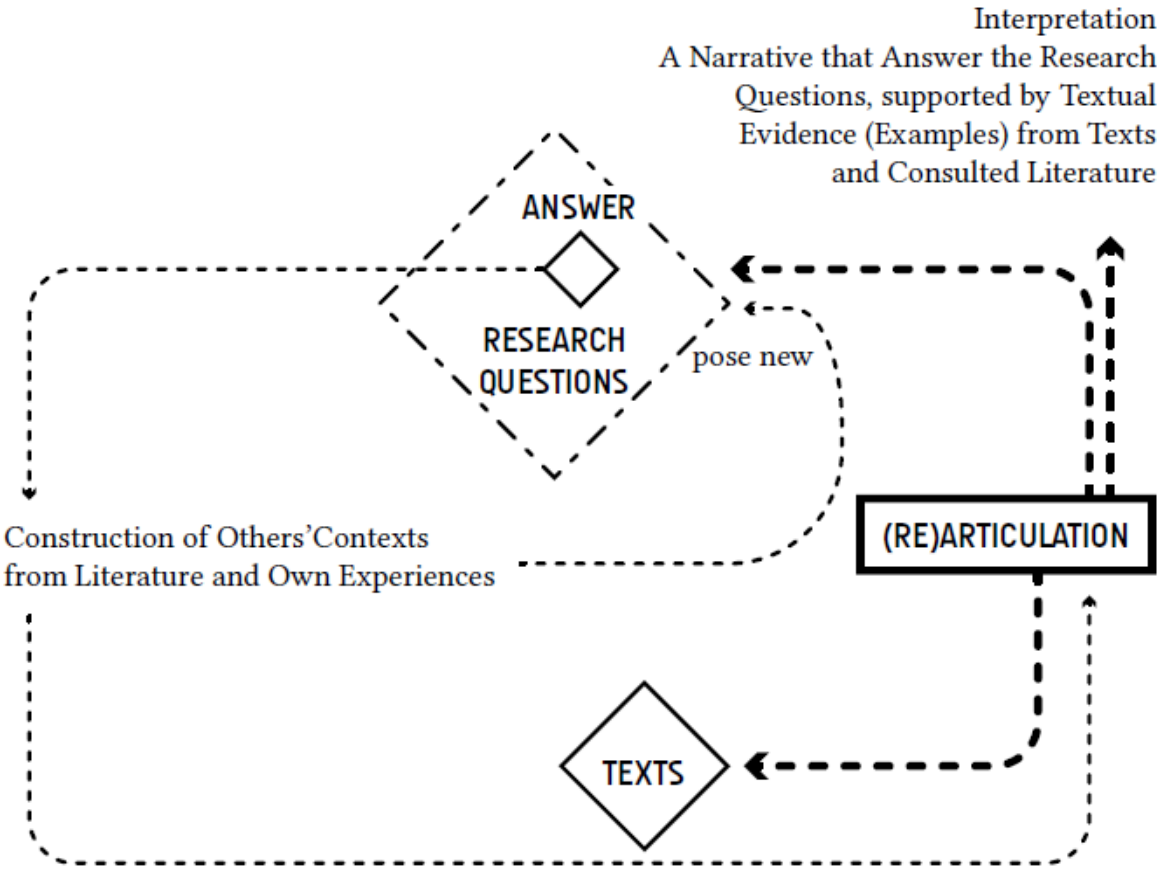


Figura 1. Análisis cualitativo de contenido

Fuente: Krippendorff (2004)

Al terminar la época de la Colonia, el complejo cultural antioqueño estaba formado por Antioquia, el Gran Caldas y porciones orientales del territorio chocoano. El hábitat se identificó como montañoso por la trifurcación andina, lo que favoreció la variedad climática y de vegetación, siendo de preferencia la zona montañosa para el cultivo de café y cacao. Aunque de manera inicial esta se reconoció como rica en minerales, lo que favoreció una economía precolombina de oro y plata, que atrajo un gran número de personas de otras zonas (Gutiérrez de Pineda, 2000). Antioquia, para esta época, presentaba gran variedad étnica y cultural.

Los cambios ocasionados por el desarrollo económico junto a los políticos y a la influencia religiosa católica pudieron influir en el desempeño de Prudenciana y demás parteras de la época, por lo cual sus

conocimientos se debieron actualizar y ajustar al cambio, como producto de un proceso de dominación o como una percepción de progreso que requería un proceso de capacitación demostrando "bajo la dirección de algunos profesores en Medicina, al estudio teórico de la obstetricia, en cuyo estudio ha logrado adquirir conocimientos nada comunes".

La partera en mención hizo parte de un proceso de capacitación que al parecer fue teórico, para lo cual ella debió recibir educación formal o en su entorno familiar. Además, haber recibido instrucción sobre el proceso de lectoescritura. Teniendo en cuenta que para la época la educación de las mujeres no era común, pues la prioridad estaba en que suplieran las labores del hogar y el campo, se plantean algunas inquietudes sobre la clase social de Prudenciana, pues a mayores recursos económicos existía una mayor probabilidad de educación.

Lo anterior nos lleva a preguntarnos también sobre la población que ella cuidó, pues, para la época, las mujeres se atendían entre ellas; la llegada de los médicos fue, de manera inicial, para las personas pudientes y, en lo relativo a la atención del parto, para las mujeres de clase alta. El tratamiento de las enfermedades como las venéreas, lúes (sífilis) y gonorrea, que en principio eran motivo de orgullo entre los hombres, se transformó en preocupación por las deformaciones que producía en los hijos y el contagio entre personas. También los médicos entraron a controlar el mal de San Lázaro, la malaria, la tuberculosis, entre otros, apoyados en la creación de hospitales y con el soporte militar y religioso.

La religiosidad y la política fueron protagonistas en la época, con el dominio conservador que recibió el incondicional apoyo de la Iglesia católica, lo cual aseguraba su expansión y dominio territorial. La educación secundaria y universitaria, al igual que la llegada médica al departamento, estuvo bajo su control (Ortiz, 2010). Dicho control también se extendió a la familia antioqueña, moldeando su estructura y manteniendo los principios religiosos y morales (Gutiérrez de Pineda, 2000):

> la señora a quien recomendamos, puede ser muy útil a las familias en dos casos [...] cuando se trate de dar una asistencia esmerada para funciones de partos sin complicación [...] y para dar oportuno aviso de las circunstancias que exigen la intervención de un profesor inteligente [...].

> Pero sí sabe y puede practicar con provecho, las pequeñas maniobras de la profesión.

Prudenciana fue una mujer cuidadora del proceso del parto de la mujer, su bebé y su familia, como lo describen los médicos que recomiendan sus servicios, "puede ser sumamente útil a las personas que quieran ocuparla". Sus funciones iban más allá de la mera atención del parto. Aquí se requiere profundizar en las funciones del parto de la época y en el significado atribuido al "esmero" que puede dar cuenta de cuidados físicos, emocionales y de su entorno. También la formación que recibió para entender cuando su trabajo terminaba y debía recurrir al conocimiento especializado, sin demeritar su saber previo adquirido en su etnia y en su cultura.

Es importante en este análisis llamar la atención sobre el quehacer de Prudenciana, que parecía ser un desempeño laboral subordinado por el saber médico. El reconocimiento de un empleo en una época en el que la mujer debía dedicarse a las labores hogareñas, pues la idea del trabajo doméstico como algo propio de la mujer, predominaba. Se muestra, de alguna manera, el ingreso laboral de las mujeres obligadas por las guerras que las convirtieron en cabezas de hogar de manera temporal, o en viudas que debieron asumir el sustento de sus familias.

CONCLUSIÓN

Hasta aquí vimos que Prudenciana fue una partera que perteneció a una época con especial influencia del movimiento religioso católico en el ente político y social de la época. Vivió en el momento en el que llegó el saber médico a la región antioqueña y, por consiguiente, presenció los cambios y las posibles tensiones que generaron la supervivencia de los saberes científico y tradicional, estos últimos aún presentes, aunque traten de predominar los científicos. Estas circunstancias mediaron en el papel de la partera, que todavía mantiene pese a los ajustes de la época, los saberes y prácticas de su etnia y de su cultura, pero en la marginalidad y poco reconocimiento del Gobierno nacional.

Se puede decir que el cuidado de la mujer durante el proceso del parto es el objetivo central de este trabajo y, para su tratamiento, se requirió de

una mirada histórica que permitió un acercamiento hermenéutico comprensivo del cuidado tradicional y científico; entendiendo que el cuidado hace parte del quehacer en la enfermería y de procurar que la vida continúe, como lo mencionaba Collière (1993). La forma de ocurrencia del evento, en este caso el parto, depende del cuidado que se tenga desde la gestación, el propio parto y después del nacimiento del bebé.

En el mundo y en Colombia, los cuidados de enfermería en cuanto al cuidado de la mujer durante el parto han tenido diferentes momentos. Según la literatura, desde la antigüedad esta práctica estaba acompañada de la intervención de hombres y mujeres, sabiendo que los cuidados que se ofrecían de manera inicial estaban a cargo de personas sancionadas por alguna acción no aceptada en su comunidad. De manera posterior, los cuidados pasaron a ser responsabilidad de índole militar y religiosa, para quedar a cargo finalmente de la enfermería, con algunos cambios y ajustes en el conocimiento tradicional y científico, que abren el interés, en particular para Antioquia, en nuestro caso, con esta primera mirada acerca del caso de Prudenciana Yépez de Vázquez, en el año 1879.

REFERENCIAS

BOFF, L. (2002). *El cuidado esencial*. Recuperado de https://goo.gl/8Krfy1.

COLLIÈRE, M. F. (1993). *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Mc Graw Hill.

GUTIÉRREZ de Pineda, V. (2000). *Familia y cultura en Colombia: Tipologías, funciones y dinámica de la familia. Manifestaciones múltiples a través del mosaico cultural y sus estructuras sociales*. Medellín: Universidad de Antioquia.

KRIPPENDORFF, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Pensilvania: Universidad de Pensilvania.

LAZA, C. (2012). Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia. *Índex de Enfermería*, *21*(1-2). Recuperado de https://goo.gl/253L7c.

LUGONES, M. y Ramírez, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *38*(1), 134-145. Recuperado de https://goo.gl/67Qv80.

MÁRQUEZ, J. (2004). Clima y fiebres en Colombia en el siglo xix. En J. Márquez, A. Casas y V. Estrada (Eds.), *Higienizar, medicar, gobernar: historia, medicina y sociedad en*

Colombia. Medellín: Universidad Nacional de Colombia.

_____. (2004). Estrategias publicitarias del medicamento en Colombia 1850-1930. En J. Márquez, A. Casas y V. Estrada (Eds.), *Higienizar, medicar, gobernar: historia, medicina y sociedad en Colombia.* Medellín: Universidad Nacional de Colombia

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2004). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Asistentes de partería cualificados.* Ginebra. oms. Recuperado de https://goo.gl/6gQmDE.

_____. (2012). *Centro de prensa. 15 millones de bebés nacen demasiado pronto.* Recuperado de https://goo.gl/7TOkv2.

ORTIZ, L. (2010). *Obispos, clérigos y fieles en pie de guerra, 1870-1880.* Medellín: Universidad de Antioquia y Universidad Nacional de Colombia.

RAMÍREZ, R. (2010). *Introducción teórica y práctica a la investigación histórica. Guía para historiar en las ciencias sociales.* Medellín: Universidad Nacional de Colombia

REAL Academia Española. (2014). Parto. En *Diccionario de la Lengua Española.* Recuperado de https://goo.gl/iJnnYH.

WATSON, N. y Watson, J. (2003). Filosofía y ciencia del cuidado en modelos y teorías en enfermería. En A. Marriner Tomey y M. Raile Alligood (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería.* Madrid: Mosby.

WOJNAR, D. y Swanson, K. (2007). *Teoría del cuidado en modelos y teorías de la enfermería.* España: Elsevier

HUMANISMO UN EN SALUD. PENSAMIENTO CON SENTIMIENTO: DE LAS MOLÉCULAS A LA ESTÉTICA, LA ÉTICA Y LA MORAL

ROBERTO AMADOR LÓPEZ

> LA MEDICINA ES la más científica de las artes y la más artística de las humanidades, la más humanista de las ciencias, la medicina es donde el humanismo adquiere su mayor significado
>
> *PELLEGRINO*, 1990

INTRODUCCIÓN[29]

En este artículo se presenta un proyecto de humanización en salud basado en las neurociencias con énfasis en arte dentro de un enfoque sistémico: ciencias sociales, humanas y naturales unidas en la comprensión del pensamiento.

Aprovechar la mediación revolucionaria del conocimiento transdisciplinar de las neurociencias en los últimos 30 años implica la reducción de brechas epistemológicas, metodológicas, tecnológicas y prácticas de aprendizaje y enseñanza. Durante ese lapso, también se ensayaba el modelo biopsicosocial de Engel y es evidente hoy en día la necesidad de enriquecerlo, haciendo especial énfasis en las relaciones de lo psicosocial con la biología y una didáctica novedosa, con el fin de llegar al docente-estudiante y optimizar su relación con el paciente. Como parte del profesionalismo médico el mayor reto (Hirsch, 2007) es asumir la responsabilidad como docentes y estudiantes en la evaluación de la aplicabilidad de los hallazgos neurocientíficos de la investigación en el

contexto de la educación médica (Pincham, Matejko, Obersteiner, Killikelly, Abrahao, Benavides-Varela, Gabriel, Rato y Vuillier, 2014). Los entornos óptimos de aprendizaje deben ser enfocados sistémicamente, incluyendo tanto el ambiente físico como el entorno social, organizacional, pedagógico y emocional. Será un aprender a desaprender y aprender a aprender.

La propuesta de humanización *UN* en salud quiere hacer evidente el bienestar generado a partir de las relaciones de sus protagonistas (paciente, estudiante y docente) durante el proceso de aprendizaje. Para lograrlo debemos primero entendernos a nosotros mismos, nuestro cerebro, nuestras redes, nuestro cuerpo, con el objetivo de llegar a ser grandes individuos sociales dentro de un contexto en crisis, ya sea del mismo sistema de salud, el currículo personal de valores y de identidad, el individualismo, así como de familia.

Bienestar es identificarse como una persona íntegra, de actos de alto contenido ético, humano y dentro de una cultura de la legalidad (Toro-Bedoya, 2009). Mientras la ética y la ley se refieren más a marcos sociales y a puntos de referencia, el profesionalismo (Worthington, Becker y Hays, 2014) se basa en el fortalecimiento de lo ético, lo social, lo político y lo personal. A través de este concepto se busca entender cómo una escuela moderna en un mundo posmoderno logra integrar y armonizar los principios con el conocimiento de todas las ciencias, a través de la mediación de las neurociencias. Esto es humanización UN un desarrollo basado en la resiliencia y la construcción de valores en pro de experiencias positivas, comportamientos saludables y soporte social.

LO HUMANO Y LAS HUMANIDADES EN EL CONTEXTO CONTEMPORÁNEO: ESCUELA MODERNA EN EL PENSAMIENTO POSMODERNO

La ausencia de un consenso filosófico y cultural (Gablick, 1986) lleva a una crisis de creencias ya que el universalismo absoluto no existe, no se trata de un modelo del poder de unos pocos, ni de la homogeneización de los diferentes modelos o del pensar. Es evidente que el entorno, o contexto,

siempre está transformando el pensamiento de la humanidad, pero no de forma homogénea sino territorial y generacionalmente. Escritos como el *Tratado de la naturaleza humana*, de Hume, y la teoría de la *imitación interior*, de Lipps (Montag, Gallinat y Heinz, 2008), consideradas especulativas en su momento, ayudan a configurar, para el siglo XX, la relación entre nuestras mentes, nuestros cuerpos y el mundo. Lograron sobrevivir al conductismo y a la psicología experimental del momento y convertirse en semilla de los modelos de *contagio emocional* y de *percepción-acción* de la empatía y demás conceptos actuales de las neurociencias del siglo XXI, como la imitación y las neuronas espejo. La empatía se había acuñado desde el año 1900 y fue olvidada hasta el año 2000.

En el cambio del siglo XIX al XX, el humanismo se relacionaba únicamente con las formas racionales de entender la condición humana y de solucionar los problemas de salud. En la historia del momento, la interpretación semiológica de las configuraciones de gestos se compartían entre los dominios de la histeria, la fisiología, la danza y la imaginación cultural y toman, durante el siglo XX, dos caminos diferentes, lo orgánico y lo mental, basado este último en la publicación de Freud acerca de la interpretación de los sueños (Brain, 2008). Para Flexner (citado por Doukas, McCullough, Laurence y Wear, 2010) las humanidades inicialmente deberían formar parte del individuo antes de ingresar a la carrera, pero solo hasta 1970 la ética médica y las humanidades se integran a la escuela. En 1977, George Libman Engel postuló la necesidad de un modelo médico como respuesta al modelo biomédico dominante. Nació así el modelo biopsicosocial en el que el paciente debía participar en el proceso asistencial, pasando de ser solo objeto a "ser sujeto del acto clínico" (Engel, 1980, s. p.).

Si para la racionalidad de Kant la emoción solo generaba actitudes reactivas, para Hume la razón era esclava de la emoción. Dentro de esta discusión el pensamiento moderno asume como básico la comprobación experimental o validación empírica de las ciencias naturales y sociales, mientras que el pensamiento postmoderno rescata un saber premoderno, intuitivo, dentro de un contexto de relatividad de la realidad (Lyon, 1994). Esta última como construcción y toda teoría como ficción. Hoy se acepta la importancia de ambos procesos, de conocer la complementariedad del

razonamiento deliberante (memoria explícita/experiencia) y su eje fundamental en la intuición (memoria implícita/empatía).

Se ha hablado de una medicina humanística referida a la compasión, la beneficencia, la preocupación, la gentileza, la comunicación cuidadosa, la paciencia, la fidelidad al servicio y todo lo relacionado con la ética basada en virtudes y, por ende, en valores y creencias, pero los resultados no han sido los esperados (Ousager y Johannessen, 2010; Polianski y Fangerau, 2012). Modelos de atención médica como la medicina basada en valores (VBM) permiten la integración de la ciencia con lo subjetivo y los valores del ser humano, aceptando los cuatro principios básicos de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, lo que permite un razonamiento ético en beneficio del paciente (Fulford y Dickenson, 2002; Peile, 2013). Un modelo ideal será aquel que incluya a los otros como el aprendizaje basado en la evidencia o en el cuidado, por ejemplo, haciéndolo más sistémico, recordándole al médico los valores que sustentan el proceso de salud.

El término *constructivismo* es uno de los que tienen mayor cantidad de significados en la historia de las terminologías académicas. Hablar de él es entender que el cerebro construye la realidad del ahora y el aquí. Su conceptualización inicia con Sócrates pero los conceptos de *aprendizaje basado en el cerebro* (algunos aseguran que en educación siempre se ha pensado en el cerebro y sería algo redundante) fueron enfatizados desde los años 80 por los Caine (1990, 1991) y por Leslie Hart, entre otros, hablando de su importancia como algo fundamental en el aprendizaje, al igual que la unidad entre el cerebro/mente/cuerpo (corporeidad) en contexto y el estudiante no pasivo.

En el mundo contemporáneo[30], una sociedad del conocimiento, de la complejidad y la incertidumbre, del ahora y el aquí, del uso masivo de tecnologías electrónicas de la comunicación, la globalización, pero con un núcleo familiar frágil, de altos índices de intolerancia, indiferencia e insolidaridad, la humanización en salud se debe construir a partir de la evidencia, la intuición y de unas fuertes bases de valores cuyo origen radica en la familia y se fortalecen en la cotidianidad a través de la empatía. Esta cualidad evolutiva es superior en la mujer, permitiéndole la maternidad y el apego, favoreciendo, de esta manera, su éxito en el siglo

XXI pues su liderazgo basado en ella ha enriquecido el paradigma tradicional basado en lo sistemático.

Lipovetsky (1999) habla de la *tercera mujer* formada a partir de la modernidad y la tradición, diferente a la de *primera mujer* (época medieval) considerada como un mal necesario, un ser inferior, despreciado por los hombres en los siglos XVIII y XIX. La *segunda mujer*, símbolo de belleza (de Beauvoir, 1949), no era reconocida aún como un sujeto igualitario y autónomo, pero sí de roles y con un nuevo poder de formar a los niños, educar lo masculino y civilizar los comportamientos y las costumbres. La *tercera mujer* no se queda en ideales arcaicos, en contra de la femineidad o en estigmatizar al hombre, tiene el poder de estudiar, trabajar, hacer familia y tener éxito. Implica no ser objeto sino sujeto, que algunas normas y valores sociales desaparecen, mientras que otras se mantienen

> lo que obstaculiza el libre albedrío de las mujeres, como el culto a la virginidad va desapareciendo, mientras que las normas tradicionales, compatibles con la autonomía de la mujer, se van perpetuando [...]. La mayor parte de las mujeres desean ser cortejadas, deseadas, es decir, el culto a la belleza, las formas de seducción y la posición de la mujer en el hogar. (Lipovetsky, 1999)

Se redefine la identidad femenina no solo como una oportunidad de comprender la equidad de género, sino también como parte de la humanización, donde se protege el origen de la empatía: el apego como su base.

Ante la ausencia del contacto humano se crea un espacio cosmopolita de individualidades, en el que llegar a ser sujeto se hace en medio de condiciones desiguales. Si bien existen valores universales, no son absolutos ya que estos participan de las características propias de una generación y de un contexto o situación social dada. Debemos, entonces, ser ante todo reflexivos y críticos y contar con una gran capacidad estética, ética y moral como base de la solidaridad, el altruismo y la convivencia social.

Se requiere, entonces, de un modelo de consenso y tolerancia entre personas con diferentes criterios normativos para una convivencia en paz (sin intransigencia, fundamentalismos o fanatismos, etc.). Un modelo como el del pluralismo consensuado de Rawls (1985, 2004), el cual promueve la

estabilidad social y la garantía de las instituciones por el respeto a las personas y las comunidades, así como por la igualdad de libertad para las mayorías. Es un equilibrio reflexivo basado en principios como la libertad (conceder libertades básicas amplias compatibles con el disfrute), igualdad de oportunidades (de ejercitar y desarrollar talentos) y de diferencia (los menos favorecidos con disfrute del mayor bienestar) con unas bases sociales para el autorespeto donde la justicia social es moral, no legal (Rawls, 2004).

Mientras en otros animales se ven comportamientos como el cuidado de sus compañeros o la dominancia, en el humano aparece el componente de la justicia. Se relaciona con el desarrollo de la región pre frontal, base de la explosión cultural del paleolítico. Es claro que la cognición moral (Moll y de Oliveira-Souza, 2007) requiere de la integración cortical de lo perceptual, las experiencias y la información semántica con aspectos motivacionales y emocionales o redes cortico-límbicas.

Hacer un juicio moral, implícito o explícito, en un contexto social requiere de la habilidad de extraer rasgos sociales y funcionales perceptuales del medio. Aquellos provienen de la expresión facial, la mirada, la prosodia, la postura corporal y los gestos procesados eficientemente por las redes en el surco temporal posterior (STS), que a su vez involucran la corteza temporal anterior al nombrar (semántica) acciones humanas. No se llega instantáneamente a valores morales absolutos.

Todo esto permite la adaptación del ser humano moldeado por los efectos de la plasticidad cerebral, liberando al cuerpo de las limitaciones y vulnerabilidades que le impiden su desarrollo extremo, sin olvidar la *avant-garde* de la estética como inmanente a la experiencia, el sentido y el significado.

NEUROCIENCIAS EN LA ADAPTACIÓN Y SUPERVIVENCIA: PSICOENDONEUROINMUNOLOGÍA, SU CIENCIA

Hablamos de adaptación al desarrollo de procesos de autorregulación, emoción y atención (Gunnar y Quevedo, 2007; Skinner y Zimmer-

Gembeck, 2007) ante estímulos psicológicos, ambientales o fisiológicos como podrían ser el duelo, un trauma o la hipoglicemia, respectivamente. Igualmente se denomina estrés tanto al estímulo en sí como a las respuestas psicoendoneuroinmunológicas del individuo ante él.

Ante esto se desencadenan respuestas como la homeostasis, un mecanismo de adaptación de tipo reactivo, y la alostasis, más flexible, un dispositivo proactivo que asume memorias y experiencias previas. Sin embargo, una sobrecarga alostásica puede desencadenar patologías a largo plazo. Existen dos tipos de esta clase de sobrecargas (McEwen, 2001) ya sea que el gasto energético sobrepase su suplencia o, cuando aún en estado de suficiencia energética, se presentan conflictos sociales y otros tipos de disfunción social severos (el denominado síndrome de estrés postraumático por una violación o la ansiedad en el anciano, por ejemplo). Estamos hablando del sistema nervioso, endocrino e inmune mediante redes, con su propia química y un sinnúmero de autorrepresentaciones primitivas relacionadas con la genética, la epigenética, el medio ambiente y las vulnerabilidades interindividuales cruciales en el proceso de enfermar. Ludwig von Bertalanffy (1951) al plantear la teoría general de sistemas concibió una explicación de la vida y la naturaleza como la de un complejo sistema sujeto a interacciones dinámicas, más tarde adoptó estas ideas a la realidad social y a las estructuras organizadas. Es un pensamiento no lineal que tiene en cuenta la complejidad, es un método para producir teorías y formulaciones conceptuales. Hoy en día se estructura integrando la epigenética molecular (epigenética probabilística o endofenotipos) con su importancia en el desarrollo y centrada en la regulación de genes, y la epigenética molar basada en elementos emergentes del comportamiento (persona, familia, comunidad, sociedad, cultura, biosfera), según el contexto posnatal (Crews, 2008).

Cambios transinápticos anatómicos llevan a cambios nucleares y estos a modificaciones epigenéticas y proteómicas. Estos son la consecuencia de las diferencias individuales, la historia de vulnerabilidad previa, comorbilidades, estados alostásicos, la capacidad de adaptarse y movilizar procesos de autorregulación. Son sistemas emergentes (Bunge, 1980) con relaciones bidireccionales entre múltiples niveles y subniveles de análisis.

Es la capacidad de adaptación, o resiliencia, un proceso heredado y de aprendizaje modulado por factores que van desde la personalidad del

individuo (temperamento heredado y carácter aprendido culturalmente) a factores socioculturales como el soporte familiar y la educación. La armonía, el balance, el equilibrio, la constancia, la estabilidad del medio interno forman parte de la adaptación y supervivencia, es decir, el compromiso del organismo consigo mismo a partir de la interocepción, propiocepción y exterocepción, para su autorregulación.

SISTEMAS DE RESILIENCIA BIOPSICOSOCIALES EXTREMOS: LA ESTÉTICA/ÉTICA/MORAL

El cerebro lleva 700 millones de años en evolución compartiendo con los animales el cerebro reptiliano y el emocional truhán del mamífero antiguo. Con el desarrollo de la parte prefrontal nos hicimos humanos y pudimos desarrollar redes que se convierten en la base de nuestra ética, estética y moral. Estas redes asociadas a otras neuroendocrinas (hipotálamo, tallo cerebral, sistema límbico, etc.) (Le Moal, 2007; Walter, Abler, Ciaramidaro y Erk, 2005) hacen parte de los procesos de adaptación ante el estrés como sistemas de resiliencia biopsicosociales extremos (Moll, Zahn, de Oliveira-Souza, Krueger y Grafman, 2005). Podemos decir que estamos en capacidad de utilizar sistemas primarios para hacer una primera selección y luego sistemas más complejos mediante estas redes de juicio/valor/estética.

La realidad dependerá de las experiencias, las expectativas, las emociones y la disposición del momento (aliestesia) del observador/intérprete. El primer acercamiento es formal, es una interpretación basada en respuestas básicas de atracción. En la categoría de apreciación estética se incluyen procesos de escrutinio/contemplación más elementos cognitivos en búsqueda de una aprehensión crítica reflexiva. La representación neural de los valores, normas y actitudes se convierte en la capacidad del ser humano de representación y evaluación de varios resultados posibles ligados a lo saliente motivacional, a través de la integración córtico-límbica. Múltiples redes o sistemas se encargan de la construcción del pensamiento, tres son de gran escala como el denominado s*istema ejecutivo parieto-frontal lateral* el cual maneja el mundo externo asociado al control cognitivo y toma de decisiones; el

medial frontoparietal o sistema o modo por defecto, un reposo-activo funcional que permite la autoreferencia y la planeación autobiográfica; y el *sistema de saliencia*, centrado en la ínsula y la corteza cingulada anterior, que se comporta como un *switch*, o conmutador, entre los dos anteriores. Su importancia radica en la construcción de emociones complejas o sentimientos (ej. bienestar, plenitud, sufrimiento, etc.) a partir de la información de las vísceras (interocepción) y las caricias. Al interactuar con los sistemas de recompensa (motivacionales) en la región orbitofrontal se crean *valores* que permiten la toma de decisión con afecto, es decir, *pensamiento con sentimiento*, con estética, ética y moral (Pessoa, 2009). Al facilitar las respuestas flexibles modula el proceso de "motivación incentivada" (sistema mesolímbico dopaminérgico) (Ikemoto y Panksepp, 1999) crucial en procesos de recompensa, placer/no placer, estética, dolor, placebo, adicción, entre otras. La conjunción temporal de estos procesos como percepción, ensueño o alucinación se hace mediante neuronas del centro del cerebro, el sistema tálamo cortical, las cuales hacen resonar el sistema a 40 Hz (ciclos por segundo).

Es en nuestro pensamiento donde los valores cobran forma y significado. Sabemos que desarrollar y compartir los valores inicialmente enriquecidos en el núcleo familiar es de vital importancia para la calidad de las relaciones con las personas más significativas en la vida: padres, hermanos, familiares, maestros, amistades, etc., donde el afecto juega un papel fundamental. El ser humano busca el placer del conocimiento mediante la satisfacción en la resolución de problemas que, inherentes a la curiosidad, se convierten en valor estético. De esta forma, el juicio estético se hace objetivo, se convierte en identidad, lo que somos. El ser humano es pensamiento con sentimiento, razón con afecto, a partir de constructos emocionales basados en moléculas y redes: la estética/ética/moral. Estos se integran a las redes neuroendocrinas (ej. hipotálamo, tallo cerebral, sistema límbico, etc.) e inmunes (citoquinas) como un sistema integrado de adaptación o resiliencia extrema biopsicosocial.

Podemos decir que estamos en capacidad de utilizar sistemas primarios para hacer una primera selección y luego de sistemas más complejos mediante estas redes de juicio, valor o estética que nos permiten traducir nuestros valores en toma de decisiones con afecto. Es la forma de crear

nuestras realidades, nuestras porque dependen de cada uno de nosotros, es el pensamiento del ser humano donde la mente, el cerebro y el cuerpo (corporeidad)/contexto forman una unidad funcional individual.

CUERPO O CORPOREIDAD COMO ESTRUCTURA, ESPACIO Y REALIDAD HUMANA

Nacemos con un cuerpo basado en patrones de acción fijos (PAF) (Llinás, 2002) que, desde el momento del nacimiento a través de la acción, del movimiento, le permite adaptarse, transformarse y conformarse como corporeidad. Es necesario sentir, asumir y reconocer la propia corporeidad como espacio, estructura y realidad humana.

Se utiliza el cuerpo como vehículo para pensar, ser, estar, sentir y expresar en el mundo y para el mundo que le rodea. La corporeidad, entonces, forma parte de la identidad personal y social de cada ser. No es solo una teoría sino una forma diferente de pensar y conocer al ser humano. Desde principios de siglo XX, William James (1884) conceptualizaba que el sentimiento resultaba de la respuesta del cuerpo al estímulo ambiental: "miedo porque temblamos y no temblamos por miedo". Refleja el pensamiento de la filosofía de Merleau-Ponty (1962; 1953) y de Varela, la neurofenomenología (Vásquez, 2015), en la que el cuerpo no está en el mundo sino forma parte de él, es decir, como se vive y se experimenta en él, a través de la percepción, la emoción, el lenguaje, el movimiento en el espacio, el tiempo, la sexualidad, todo esto como un proceso de internalización/emulación. Con la corporeidad se construyen la cultura, la sociedad, la historia y las demás relaciones personales. Es experiencial, es una puesta en escena, es lo significativo.

Por redes neurales corticales laterales se construye el *qué* y el *dónde* de la realidad, abstracciones sensoriomotoras que manejan trazos, gestos y métricas con los cuales el cuerpo mediante acciones se hace partícipe del pensamiento. Este no existiría si no echara mano de procesos evolutivos que denominamos *emociones*, inicialmente, como mecanismos de defensa de seguridad y, al desarrollarse en el mamífero nuevas redes en la región prefrontal (interacción corteza orbito-frontal, ínsula), aparecen

comportamientos de apego o vínculo convirtiéndose en la base de la estética/ética/moral y la capacidad de hacer arte (artificar). Su ausencia nos inclina a un comportamiento instintivo y a actuar como bestias.

Ya no se concibe el pensamiento como un grupo de funciones exclusivamente lógico/abstractas, sino integrado a un sistema biológico basado en la experiencia o acción corporal (corporeidad o cognición corporeizada) (Borghi y Cimatti, 2010), con lo cual construimos nuestro pensamiento con sentimiento, razón o intuición. Pensamos en nosotros mismos y nos ponemos en los zapatos del otro. Para el cerebro no es diferente la experiencia clínica médico-paciente, la de la ambigüedad del mundo físico de la cotidianidad o ante una obra de arte, es formular una hipótesis en busca de un significado y construir la realidad con razón y sentimiento: la experiencia estética (Zeki, 2004).

El pensamiento científico con su componente positivista de "comprobación de supuestos" se enriquece mediante el proceso denominado por Peirce de *abducción* (Jiménez, 2010), en el que a partir del fenómeno se llega a una explicación teórica o interpretación (hermenéutica, ciencia de la interpretación), donde se establecen un análisis y unas categorías a partir de la generalización de las observaciones (fenomenología peirciana). El proceso de abducción a partir de inferencias, o lo que "podría ser", la deducción, o lo que "debe ser", e inducción muestra "que algo es operativo". Mediante el proceso abductivo, según Peirce, a partir de inferencias se generan hipótesis donde la interpretación explica el fenómeno y el porqué, es decir, su entendimiento. Mediante el proceso abductivo, según Peirce, a partir de inferencias se generan hipótesis, en las que la interpretación explica el fenómeno y el porqué, es decir, su entendimiento. La hipótesis es imperativa, es conciencia. Si bien se explica el fenómeno, según el pragmatismo peirciano, se busca la hipótesis máxima/extrema más cercana a la verdad; se crean creencias, no se imponen certezas. En el mundo de la ambigüedad/incertidumbre sobresalen la interpretación y la motivación a la indagación, la continua búsqueda innata del porqué.

Nuestro cerebro siempre está en el futuro para construir el presente a partir del pasado (nuestras memorias, experiencias, incluidas las emociones). El análisis de tipo bayesiano es una forma natural de computación cerebral que facilita dentro de la incertidumbre los procesos

de predicción y activación del procesamiento de la información más apropiada. Es un primado de varios tipos, ya sea perceptual, semántico o contextual. Hace que lo que percibimos a nuestro alrededor sea, entonces, una parte de nuestra mente proyectada hacia él y no un equivalente del mundo físico externo (Behrendt, 2003).

Gracias a la presencia en nuestro cerebro de las denominadas neuronas espejo (Keysers y Fadiga, 2008) la expresión, los trazos y los gestos se convierten en la base de la imitación y los sentimientos. Estas neuronas se encargan no solo de organizar la acción en el ensamblaje neural, sino también se activan al ver en otro la acción o cuando esta se imagina. Este concepto es básico para entender el aprendizaje y el comportamiento, nuestro cerebro social, el compartir y el altruismo. Esta idea se convierte en un hito.

Al anticipar inferimos las intenciones de otros (trazos y gestos en contexto) sin necesidad de que ocurran, dando sentido y significado a partir de gestos del lenguaje hablado y su inflexión, la semántica. El valor, el sentido y el significado si bien están ligados a niveles evolutivos inferiores o al sistema de valores innato de supervivencia básica, son complementados en el humano, mediante el sistema de convenciones sociales como sistema de valores extendido.

APEGO: UNA SINFONÍA CUERPO A CUERPO. SOMOS UNA PUESTA EN ESCENA

Nuestra capacidad de predicción, imitación e intencionalidad nos permite predecir la conducta y expectativas de otros. Esto sería imposible si nuestras propias sensaciones, pensamientos y sentimientos no sirvieran de templete de emulación en el desarrollo del cerebro social.

Hace 1,7 millones de años ante la fragilidad para sobrevivir comparado con otros animales, los humanos ancestrales requerían crear un comportamiento de apego entre la madre y el bebé. Se requería crear nuevas herramientas sociales a partir de herramientas mentales o redes neurales. Era construir el afecto, la empatía. La imitación como una puesta en escena natural es una sinfonía cuerpo a cuerpo, neurona a neurona.

La madre estirando su cabeza y expandiendo sus parpados imita el contorno de la vocalización infantil, mientras el bebé mueve incesantemente sus extremidades al intensificar la vocalización de sus padres. Se transfieren efectos perceptuales a equivalentes intermodales sensoriales y motores de espacialidad y temporalidad y afecto (me gustas, quiero que seas como yo, etc. No solo eventos del mundo real, sino sus estados afectivos e intencionales y el grado de relación). Más que "el bebé ve o hace" es un proceso no individual, interpersonal, diádico, regulatorio basado en la coordinación temporal de la conducta en varias modalidades para la integración de las dos motivaciones afectivas (Uzgiris, 1981). Esto converge en la corteza orbitofrontal (OFC) del bebé y de la madre para la formación de asociaciones transmodales, desde donde se proyectan a centros involucrados con la integración motivacional y emocional (Schore, 1994). Más allá de la cognición implícita por condicionamiento, se agrega entonces la imitación como parte del aprendizaje.

A partir de la empatía se hace evidente el cómo se expresa nuestro pensamiento en la cotidianidad mediante el artificar (Dissanayake, 2001), o sea, se crean las artes no como objeto, sino como acción, voz, gestos, a partir de rasgos supramodales de intensidad, contorno, ritmo y duración (Stem, Hofer, Haft, y. DoreStem, Daniel, L. Hofer, W. Haft, 1985), nuestra propia puesta en escena o performancia. Es relacionarnos con los demás, habiendo individuos en los que su arte se convierte en extremo-extremo, pudiendo llegar a cambiar el pensamiento de la humanidad (como Picasso, Stravinsky, Einstein) (Gablick, 1986; Mockros, 1994).

Los procesos en los lóbulos frontales como la habilidad para empatizar y anticipar las consecuencias de nuestras decisiones forman parte de nuestros actos, de las normas sociales, para premiar, castigar, creer o culpar. Entender el proceso estético requiere de varias ciencias, neurociencias afectivas, sociales y neuroeconómicas. La información sensorial, afectiva y corporal se integra con la información de incertidumbre para generar un estado dominante de sentimiento. Se incorporan valores en la región prefrontal, entre la ínsula/amígdala, con la región orbitofrontal y el núcleo accumbens. Las teorías económicas de decisión facilitan la comprensión del papel de las señales corporales, sentimientos y la subjetividad en estructurar decisiones complejas.

En la ínsula se hacen representaciones del estado actual del sentimiento,

el *sí mismo*, la predicción del sentimiento y el error de la predicción (Singer, Critchley y Preuschoff, 2009), igualmente de las preferencias individuales. Esta seguridad emocional sirve para motivar y guiar la interacción social y la toma de decisiones.

Gracias a la idea del *sí mismo* o *self* se integran los signos en un constructo denominado *Umwelt* por Uexküll (Sharov, 1992) o espacio funcional de un organismo, una novedosa forma de interpretar el espacio más allá de su concepción trascendental y del absoluto newtoniano. Cada organismo, incluso desde una célula o un sistema como un todo, tendría entonces su modelo individual de espacio. Dependería de la interacción de receptores y redes neurales organizadas en sistemas para emular y así decodificar el espacio (señales) a través del "cuerpo".

Para Uexküll (2001) en su teoría del significado, "un simple reflejo de parpadeo al aproximarse un cuerpo extraño no es un proceso de causa y efecto, sino de un círculo funcional de percepción-acción". Para Llinás (2001) son "patrones de acción fijos" que mediante sinergias se van convirtiendo, ante las experiencias, en estrategias cada vez más complejas. Para los animales, elementos como aromas, lo tomable, etc., pertenecen a un nivel primitivo de semiosis y representación de la naturaleza biológica del animal.

En el recién nacido son evidentes los vestigios de significados basados en claves o patrones fijos de acción, origen de estrategias para la supervivencia ante las contingencias como mecanismos anticipatorios. Igualmente, no es posible decir si en el recién nacido protruir la lengua es evidencia de imitación, porque desaparece temporalmente. No olvidemos que la imitación requiere además entender la intencionalidad, un comportamiento objetivo dirigido. Todo esto se lleva a cabo gracias al sistema de neuronas en espejo que facilitan la imitación y, por ende, la empatía mediante la interacción y el apego social como un sistema de adaptación secundaria del sistema de valores innato. Sus expresiones como el llanto o la sonrisa son las claves de lo negativo y positivo, una forma primaria de lo bueno, lo malo y lo neutro respecto al organismo o a la especie relacionada.

El ser humano forma parte de su propia biología, su medio ambiente, su cultura y tecnología. Uexküll integra el pragmatismo y la semiótica en biología. El primero, de por sí, está relacionado orgánicamente con la

semiótica y la teoría de los signos de Peirce (1955). El mundo de los signos, denominado *semiósfera*, al integrarse con la biología da origen a la *biosemiótica* (Sharov, 1992). Esta nace como el estudio del significado y de la significación en el contexto del medio ambiente en el que existe la vida, desaparece las barreras de la dicotomía entre la naturaleza y la cultura y nos permite comprenderlo como un todo.

Los enfoques de la biología cognitiva y la biosemiótica (Blanco, 2005) despiertan un interés innegable en mantener un enfoque realista, pluralista y constructivo frente al mecanicismo imperante en las ciencias biomédicas. Ese realismo se aleja en gran medida de los lastres del realismo escolástico y de la ontología substancialista al incorporar enfoques relacionales inspirados por la cibernética, la semiótica y Peirce, etc.

Se entiende al ser humano como producto de un proceso evolutivo. No se sustituye a la modernidad (positivista o newtoniana, individual), sino que la complementa, pasa de un pensamiento lineal a uno no lineal o a sistemas complejos. Ya no existe la dicotomía del estado mental y físico. La mente ya no se concibe como un grupo de solo funciones lógico/abstractas, es un sistema biológico basado en la experiencia o acción corporal y la interacción con otros individuos. Este escenario epistemológico nos permite relacionar todas las disciplinas de las neurociencias (filósofos, pedagogos, biólogos, físicos, antropólogos, sociólogos, artistas) interesadas en entender al ser humano y su pensamiento. El ser humano solo tiene dos mecanismos de adaptación, la evolución biológica y el aprendizaje y están integrados en la emoción, desde las moléculas a la estética.

La reflexión crítica no es solo racional, va más allá del silogismo, incluye el afecto, el sentimiento, la empatía, la estética, la ética y la moral, una toma de decisiones con afecto, pensamiento con sentimiento. Forma parte de la inferencia o la intuición y el pensamiento científico de sistematización se complementa con esta. Es la tendencia del ser humano en la búsqueda o motivación hacia el porqué de la cotidianidad, para esto se vale de la metáfora para nuevos significados. La metáfora básica es biológica (Seitz, 2005) de origen sensoriomotor, forma parte del proceso del pensamiento y para la ciencia es básica en la creación de ideas novedosas (innovación). Lo que acostumbramos llamar arte lleva implícito *el hacer lo especial*, esto implica la intencionalidad y toma de decisiones. El

artificar es la expresión a través de la corporeidad de nuestro pensamiento extremo que, integrado con la ciencia, nos permite vivir nuestra cotidianidad al extremo, es vivir la apreciación estética. Tiene el potencial de la modificación social para anular los impulsos egoístas o antisociales.

Los conflictos sociales y morales se hacen explícitos en las representaciones simbólicas de las artes y las humanidades como los descritos en los imaginarios urbanos (culturales) de Armando Silva (2003). Parte de estos son los imaginarios de extensión de nuestra cultura. Son mapas afectivos donde uno se encuentra con otros, ya sea porque se comparte un interés, un oficio o hasta un tema; ya no son físicos, sino biopsicosociales. No se ven, se experimentan, son empatía, son corporeidad.

CONCLUSIÓN

En el siglo XXI, que tiene espacios tan competitivos, se requiere hacer explícitas y conscientes las habilidades de aprendizaje del estudiante, con las que entienda qué está haciendo y por qué (las estrategias aprendidas no son universales) y, además enriquezca el desarrollo de valores. Estos surgen del apego, o vínculo, a partir de las experiencias del recién nacido con sus padres y el entorno, y estas, a su vez, se transmiten en la calidad de las relaciones con las personas más significativas, para cumplir con el papel fundamental afectivo que necesitamos en la vida. Además, pueden ser moldeados por los espacios sociales de aprendizaje cognitivo/afectivos (actividades extracurriculares) como base de la humanización.

Se utiliza el cuerpo como vehículo para ser, estar, sentir y expresar en el mundo y para el mundo que rodea la corporeidad. Esta permite entender, basados en la evolución y el contexto, cómo a partir de moléculas y redes neuronales se crean mecanismos de adaptación a la complejidad del medio social en el que vive mediante emociones y sentimientos, es decir, la estética como base de la ética y la moral.

Elementos como la voluntad, la motivación, la autorreflexión y los valores solo se pueden hacer explícitos y enriquecidos aprendiendo de sí mismos y asumiendo la responsabilidad en lo que se hace y su compromiso (Cornford, 2002). Debe fortalecerse un abanico de habilidades de aprendizaje más amplio (Weinstein, y Meyer, 1991) e ir más allá del estilo

personal, lo que permitirá lograr un pensamiento divergente y a la vez crítico (Hyman y Sternberg, 2002). Es lograr aplicar, analizar, evaluar y crear conocimiento (Churches, 2009)[31] basado en valores. La práctica de buenos valores debe estar presente en todo momento, es reflexionar que al actuar de una manera incorrecta contra el otro lo hacemos sentir mal, le herimos la autoestima y, en definitiva, le hacemos daño.

A través de sus prácticas todo docente-estudiante debe contribuir a resolver las brechas y generar asociaciones en los procesos de aprendizaje y enseñanza de la humanización en salud mediadas por las neurociencias, evaluando diferentes posturas conceptuales con implicaciones prácticas. Promover y fortalecer la investigación-acción educativa (Benarós, Lipina, Segretin, Hermida y Colombo, 2010) de variables neurocognitivas que faciliten la construcción y aplicación del conocimiento.

Se deben crear espacios de reflexión entre el alumno y el maestro para darles sentido y significado a las experiencias. Desarrollar un pensamiento autónomo y de tipo complejo les permitirá superar su propia realidad, un cambio permanente, así como a ser partícipes en la transformación social de su entorno, un proceso continuo de aprendizaje y conocimiento (Torres del Castillo, 2005) hacia la construcción de sociedades que aprendan con menos asimetría e inequidad. Se busca desarrollar el concepto de *pensamiento con sentimiento* (cognición y afecto), base de las neurociencias, donde las emociones hacen parte de la toma de decisiones (aprendizaje basado en proyectos o en resolución en valores).

Para el siglo XXI, la riqueza del aprendizaje basado en el cerebro está en entender al ser humano, es humanizar a partir de la empatía en el desarrollo profesional y familiar con medidas plurales de pareja y la integración transdisciplinar de las ciencias naturales, humanas y sociales dándole importancia al arte y a la estética dentro del concepto de las neurociencias, teniendo como eje nuclear la psicoendoneuroinmunología, la teoría general de sistemas en la complejidad y la cognición corporeizada/situada (teoría denominada fundamental unificaría la percepción, la acción en contexto) (Barsalou, 2010), los cuales permiten entender los valores a partir de redes y moléculas. Es humanismo basado en valores (evidencia/intuición, estética/ética/moral), a partir de la empatía, en el mundo contemporáneo.

Al comprender lo que somos, nuestro cerebro, nuestras redes,

aprendemos a querernos y a querer al otro, y como consecuencia seremos mejores individuos sociales, respetuosos, solidarios y autónomos. Esto nos permite entender nuestra crisis potencial de valores, de individualidad, permitiendo que nuestras acciones sean más congruentes, teniendo una conciencia moral de sí mismo, de valorarse y poder juzgar, reflexionar sobre nuestra propia conducta.

REFERENCIAS

BARSALOU, L. W. (2010). Grounded Cognition: Past, Present, and Future. *Topics in cognitive science*, *2*(4), 716-724. Recuperado de https://goo.gl/0B0VVp.

DE Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo.* Recuperado de https://goo.gl/y4phXl.

BEHRENDT, R. P. (2003). Hallucinations: synchronisation of thalamocortical gamma oscillations underconstrained by sensory input. *Consciousness and Cognition*, *12*(3), 413-451. Recuperado de https://goo.gl/NROLf2.

BENARÓS, S., Lipina, S., Segretin, M.S., Hermida, J. y Colombo A. (2010). Neurociencia y educación: hacia la construcción de puentes interactivos. *Revista de Neurología, 50*(3), 179-186. Recuperado de: https://goo.gl/rnpzHO.

BERTALANFFY, L. (1951). General system theory. A new approach to unity of science. (Symposium), *Human Biology*, *23*, 303-361

BLANCO, C. (2005). El constructivismo biológico: ¿Una alternativa al realismo? *Cinta Moebio*, *22*, 73-82.

BORGHI, A. M. y Cimatti, F. (2010). Embodied cognition and beyond: acting and sensing the body. *Neuropsychologia*, *48*(3), 763-773. Recuperado de https://goo.gl/TFuAoR.

BRAIN, R. M. (2008). The pulse of modernism: experimental physiology and aesthetic avant-gardes circa 1900. *Studies in history and philosophy of science*, *39*(3), 393-417. Recuperado de https://goo.gl/fUw6qp.

BUNGE, M. (1980). *El problema mente-cerebro. Un enfoque psicobiologico.* España: Altaya.

CAINE, R. N. y Caine, G. (1990). Understanding a brain-based approach to learning and teaching. *Educational Leadership*, *48*(2), 66-70.

CAINE, R.y Caine, G. (1991). *Making Connections: Teaching and the Human Brain.* Virginia: Association for Supervision and Curriculum Development.

CHURCHES, A. (2009). *Taxonomía de bloom para la era digital.* Recuperado de https://goo.gl/RUOMSS.

CORNFORD, I. R. (2002). Learning-to-learn strategies as a basis for effective lifelong.

learning. *International Journal of Lifelong Education*, *21*, 357-368.

CREWS, D. (2008). Epigenetics and its implications for behavioral neuroendocrinology. *Frontiers in neuroendocrinology*, *29*(3), 344-357.

DISSANAYAKE, E. (2001). Becoming Homo Aestheticus: sources of aesthetic imagination in mother-infant interactions. *SubStance*, *30*(1), 85-103. Recuperado de https://goo.gl/o6EJOA.

ENGEL, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, *137*(5), 535-544. Recuperado de https://goo.gl/fQ5tdM.

DICKENSON, D. L., Fulford, K. y Murray, T. (2002). *Healthcare ethics and human values*. Oxford: Wiley-Blackwell.

GABLICK, S. (1986). *¿Ha muerto el arte moderno?* Madrid: Hermann Blume.

GUNNAR, M. y Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, *58*, 145-173. Recuperado de https://goo.gl/Ie3X41.

HIRSCH, E. M. (2007). The role of empathy in medicine: A medical student's perspective. *Virtual Mentor*, *9*(6), 423-427. Recuperado de https://goo.gl/zzimM3.

HYMAN, R. (2002). Why and when are smart people stupid? En R. J. Sternberg (Ed), *Why smart people can be so stupid* (pp. 1-23). New Haven: CT. Recuperado de https://goo.gl/Ye6U6S.

IKEMOTO, S. y Panksepp, J. (1999). The role of nucleus accumbens dopamine in motivated behavior: a unifying interpretation with special reference to reward-seeking. *Brain Research. Brain Research Reviews*, *31*(1), 6-41. Recuperado de https://goo.gl/gM30f5.

JAMES, W. (1884). What is an emotion? *Mind 9*(34), 188-205.

JIMÉNEZ, M. R. (2010). *Representacion, relacion triadica en el pensamiento de Charles S. Peirce*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

KEYSERS, C. y Fadiga, L. (2008). The mirror neuron system: new frontiers. *Social neuroscience*, *3*(3-4), 193-198. Recuperado de https://goo.gl/99RT8w.

DOUKAS, D. J., McCullough, W., Laurence B. y Wear, S. (2010). Reforming medical education in ethics and humanities by finding common ground with Abraham Flexner. *Academic Medicine*, *85*(2), 318-323.

LE Moal, M. (2007). Historical approach and evolution of the stress concept: A personal account. *Psychoneuroendocrinology*, *32*, 3-9. Recuperado de https://goo.gl/0s77qD.

LIPOVETSKY, G. (1999). *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino*. Barcelona: Anagrama.

LLINÁS R. (2001). *I of the vortex from neurons to self*. Massachusetts: MIT press

_____. (2002). *I of the vortex*. Massachusetts: MIT Press.

LYON, D. (1994). Postmodernidad: la historia de una idea. En *Postmodernidad*. Madrid:

Alianza.

MCEWEN, B. S. (2001). Plasticity of the hippocampus: adaptation to chronic stress and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *933*, 265-277. Recuperado de https://goo.gl/thRyxI.

MERLEAU-Ponty, M. (1953). *La estructura del comportamiento*. Buenos Aires. Hachette.

_____. (1962). *Phenomenology of perception*. Nueva York: Routledge.

MOCKROS, C. A. (1994). *Creating minds: an anatomy of creativity seen through the lives of Freud, Einstein, Picasso, Stravinsky, Eliot, Graham and Gandhi.* Nueva York: Basic Books.

MOLL, J., y de Oliveira-Souza, R. (2007). Moral judgments, emotions and the utilitarian brain. *Trends in cognitive sciences*, *11*(8), 319-321. Recuperado de https://goo.gl/CQAZeI.

MOLL, J., Zahn, R., de Oliveira-Souza, R., Krueger, F. y Grafman, J. (2005). The neural basis of human moral cognition. *Nature Reviews. Neuroscience*, *6*(10), 799-809. Recuperado de https://goo.gl/gB5Pvh.

MONTAG, C., Gallinat, J. y Heinz, A. (2008). Theodor lipps and the concept of empathy: 1851-1914. *American Journal of Psychiatry*, *165*(10), 1261-1261. Recuperado de https://goo.gl/rP1Tys.

OUSAGER, J. y Johannessen, H. (2010). Humanities in undergraduate medical education: a literature review. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, *85*(6), 988-998. Recuperado de https://goo.gl/PBtW0l.

PEILE, E. (2013). Evidence-based medicine and values-based medicine: partners in clinical education as well as in clinical practice. BMC *Medicine*, *11*, 40. Recuperado de https://goo.gl/M1A24I.

PESSOA L. (2009). How do emotion and motivation direct executive control? *Trends in Cognitive Sciences*, *13*(4), 160-166.

PINCHAM, H. L., Matejko, A. A., Obersteiner, A., Killikelly, C., Abrahao, K. P., Benavides-Varela, S., Ggabriel, G., Rato, J. y Vuillier, L. (2014). Forging a new path for Educational Neuroscience: An international young-researcher perspective on combining neuroscience and educational practices. *Trends in neuroscience and education*, *3*(1), 28-31. Recuperado de https://goo.gl/4xkP6a.

POLIANSKI, I. y Fangerau, H. (2012). Toward "harder" medical humanities: moving beyond the "two cultures" dichotomy. *Academic Medicine*, *87*(1), 121-126

RAWLS, J. (1985). Justice as Fairness: political not metaphysical. *Philosophy and public affairs*, *14*(3), 223-251. Recuperado de https://goo.gl/Q4ZHXu.

SCHORE, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of*

emotional development. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

SEITZ, J. A. (2005). The neural evolutionary, develomental and bodily basis of methaphor. *New Ideas in Psychology*, *23*, 74-95.

SILVA, A. (2003). *Urban imaginaries from Latin America. Documenta 11.* Stuttgart: Hatje Cantz.

SINGER, T., Critchley, H. D. y Preuschoff, K. (2009). A common role of insula in feelings, empathy and uncertainty. *Trends in Cognitive Sciences*, *13*(8), 334-340. Recuperado de https://goo.gl/BF8OlP.

SKINNER, E. A. y Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, *58*, 119-144. Recuperado de https://goo.gl/pH7UVA.

STEM, D., Hofer, L., Haft, W. y. Dore, J. (1985). Affect attunement: The sharing of feeling states between mother and infant by means of inter-modal fluency. Social perception in infants. En T.M. Field y N. A. Fox (Eds.), *Social perception in infants* (pp. 249-268). Norwood, NJ: Ablex.

TORO-BEDOYA, J. A. (2009). El humanismo, la ética y la cultura de la legalidad: triada que asegura la integridad y el desarrollo dela persona. *Eleuthera*, *3*(12), 209-213.

TORRES del Castillo, R. (2005). Educación en la sociedad de la información. En A. Ambrosini, V. Peugeot y D. Pimiento (Coord.), *Palabras en juego: enfoques multiculturales sobre las sociedades de información.* Caen: C&F. Recuperado de https://goo.gl/2IxBAl.

UEXKÜLL, J. (2001). An introduction to Umwelt. *Semiotica*, (134), 107-110. Recuperado de https://goo.gl/ou4IKu.

UZGIRIS, I. (1981). Two functions of imitation during infancy. *International Journal of Behavioral Development*, *4*, 1-12.

VÁSQUEZ, A. (2015). Francisco Varela: neurofenomenología, enfoque enactivo de la cognición, mentes sin yo y el elusivo fenómeno de la conciencia. *Revista Observaciones Filosóficas*, (20), 1-29.

WALTER, H., Abler, B., Ciaramidaro, A. y Erk, S. (2005). Motivating forces of human actions. Neuroimaging reward and social interaction. *Brain research bulletin*, *67*(5), 368-381. Recuperado de https://goo.gl/86JLSu.

WEINSTEIN, C. E. y Meyer, D. K. (1991). Cognitive learning strategies and college teaching. *New directions for teaching and learning*, *45*, 15-26.

WORTHINGTON, R. P., Becker G. y, Hays. R. (2014). Appraising the profile of ethics, law, and professionalism in basic medical education. *Investigación en educación médica*, *3*(12), 206–213.

ZEKI, S. (2004). The neurology of ambiguity. *Consciousness and cognition*, *13*(1), 173-196.

Recuperado de https://goo.gl/bTaA0M.

TECNOLOGÍAS EN EL TRATAMIENTO DE LA LEPRA: FIGURAS DE LO OMINOSO EN LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

HERWIN EDUARDO CARDONA QUITIÁN

INTRODUCCIÓN

Si tuviera que elegir una figura para representar la humanización en salud sin lugar a duda recurriría al *zombie*, pero como se cree que existen únicamente en la ciencia ficción tendré que utilizar una figura histórica: el enfermo de lepra. Esta figura resulta interesante por cuanto cruza la historia desde la Antigüedad hasta nuestros días. Representante del estigma por excelencia, deambula desterrado como muerto vivo. Podría referirme también al musulmán o hundido, figura que describe con detalle Agamben (2000) a partir de los relatos de los sobrevivientes de Auschwitz; el *matable* de los campos de concentración, del que no puede afirmarse que aún esté con vida. Límite entre la vida y la muerte. Un muerto vivo esperando el momento de la *selección*.

Fundamentalmente me he decidido por la figura del enfermo de lepra porque se trata de un ejercicio dialéctico entre lo humano y la medicina. Sin embargo, sería mucho más claro, sobre todo para la medicina de hoy (que no puede nombrarse sin su prefijo: *tecno*), si recurriéramos a las imágenes contemporáneas del *cyborg* o, por qué no, de los clones. Aún si no quisiéramos ir más lejos, se me antoja que la figura actual para hablar de humanización en salud es la de los cuerpos alterados producidos en los quirófanos. Si hiciéramos una genealogía de ellos nos encontraríamos con el caso del famoso monstruo creado por el doctor Frankenstein, que ilustra de manera magistral Mary Shelley (2008). Así pues, vale como advertencia al lector, que el caso de la lepra será apenas una de las figuras posibles en una cadena metonímica donde las diferentes imágenes pueden ser

sustituidas unas por otras, en cuanto representan lo monstruoso.

En este escrito me deslizaré por varias de las figuras enunciadas con el objetivo de poner en cuestión eso que se ha denominado *humanización en salud*. Una brújula orienta el trabajo: lo ominoso, concepto desarrollado por Freud (2003) para referirse a lo familiar excluido que retorna de manera horrorosa generando angustia en el sujeto. No obstante, si la lepra es el vector es en cuanto permite observar las etapas de la acción médica sobre lo monstruoso, que configuran el paso de la anatomopatología a la biopolítica. Por esta razón, la humanización en salud debe analizarse sobre estos dos ejes que, en lugar de excluirse, se complementan.

LEPRA: PODER MÉDICO E INTERVENCIÓN ESTATAL

El estigma es el común denominador del padecimiento del enfermo de lepra. Desde la antigüedad hasta la modernidad, el leproso va a tener que cargar con el señalamiento y, como consecuencia, con la exclusión. Por efecto de esta medida se irán configurando unos territorios aislados del resto del mundo; lugares en los que confluyen los enfermos y donde la principal ayuda vendrá del lado de la caridad cristiana.

En Colombia tenemos varios ejemplos. Durante el federalismo aparece un interés por crear lazaretos; aunque ya existían en el Virreinato. El primero fue el de Cartagena, ubicado en Getsemaní, posteriormente trasladado a la isla de Caño de Loro, conocida como Tierra Bomba. También estaba el de Contratación, en Santander y el de Agua de Dios, en Cundinamarca; este último configurado como producto del destierro de los leprosos que acudían a las aguas termales en Tocaima. Este se convirtió en el lazareto más importante porque ahí se impulsaron políticas de salud pública y se concentraron las acciones del Estado sobre el control de la enfermedad.

El periodo de exclusión y concentración en los lazaretos, particularmente en Agua de Dios, duró cerca de cuatro décadas; tiempo en el que la comunidad salesiana se encargó de la educación y los cuidados. Pero una vez las políticas de salud pública se fortalecieron y el país ingresa en una carrera por la civilidad y la modernización, enfermedades como la lepra se tornaron centrales para la agenda estatal. Con la intención de

tomar medidas de control sobre la enfermedad, pero, sobre todo, de proteger al conjunto social, el Estado decidió concentrar las medidas de atención en Agua de Dios. En 1907, el presidente Reyes tuvo como objetivo convertir este territorio en el mayor de los lazaretos (Obregón, 2002). Llegó entonces una comisión médica que no logró suficiente legitimidad, pues la población había diseñado dinámicas propias de administración, donde además predominaba el poder pastoral de los Salesianos, en cabeza del padre Luis Variara, y la naciente comunidad del Sagrado Corazón. Así las cosas, se presentó una tensión entre las medidas del Estado y la resistencia de los enfermos y la iglesia.

Agua de Dios ingresó a una nueva etapa, la del poder médico individualizante que buscaba el mejoramiento de la población a través de la medicina y la higiene (Obregón, 2002). El discurso médico de la época se encontraba fuertemente influenciado por la revolución bacteriológica (1870); para este momento Hansen ya había descubierto el bacilo de la lepra, que luego llevará su nombre, pero, además, la medicina había ingresado en la carrera tecnológica de los aparatos de observación.

Varios de los aparatos utilizados para el tratamiento de la lepra reposan hoy en el museo de la lepra de Agua de Dios. Nelsy, encargada del museo, anota que buena parte de los avances de la ingeniería médica llegaron primero allá. La población cautiva, enferma de lepra, se convirtió en una posibilidad para la investigación y la experimentación. Las tecnologías fueron múltiples: talleres de calzado que aún hoy diseñan zapatos a la medida de las deformaciones, otros de vaciado de yeso, laboratorios de pruebas diagnósticas, aparatos de *electroshock*, instrumental para abortos, incubadoras, sillas odontológicas, microscopios de alta potencia, entre otros. Se trata de una serie de instrumentos destinados a la individualización del enfermo e inspección de la enfermedad. Todo un dispositivo de control inscrito en una lógica de poder disciplinario y asilar, donde el personal médico ejerce revisiones de arriba abajo y viceversa.

Agua de Dios se convierte entonces en un centro de reclusión delimitado por una alambrada y el poder policial que separa el mundo de los enfermos del de los sanos. Proliferaron medidas de control público para diagnosticar a los pacientes de lepra y llevarlos al sitio de aislamiento y secuestramiento. Los enfermos eran transportados en trenes, en vagones separados, y con una bandera amarilla como distintivo de que padecían la

enfermedad. El denominado *Puente de los Suspiros* simboliza el último adiós; era el sitio en el que los familiares despiden a los miembros enfermos y los padres se separan de sus hijos sanos. Al ingreso estaba la casa de la desinfección, lugar por el que debía pasar todo lo que entraba y salía del lazareto. Una vez adentro, existía todo un modelo individualizante de identificación que implicaba cambiar la adscripción de la ciudadanía nacional por un código que lo identificaba como leproso, además de un mecanismo de registro fotográfico para la nueva documentación. También se realizaba un ejercicio de topografía familiar para determinar líneas de transmisión hereditaria de la enfermedad. Los niños eran inventariados en cárdex y eran llevados a hospicios. Se organizaron diferentes pabellones para el tratamiento de la enfermedad, dentro de los cuáles se encontraban el de psiquiatría, cirugía, anestesia, salas de parto, entre otros. El intercambio, la compra y la venta de mercancías se realizaba por medio de una moneda propia: la coscoja.

El modelo individualizante cambia a medida que las investigaciones médicas avanzan. A mediados del siglo XX, en 1941, el tratamiento con sulfonas y, más adelante, el coctel de dapsona rifampicina y clofazimina marca una nueva etapa de la enfermedad. Hacia 1961 termina el periodo de encerramiento, aislamiento y secuestro de las personas con lepra y sobre 1963, Agua de Dios es reconocido como municipio. Pero no se trata de una nueva época desprovista de los mecanismos de registro, sino de una nueva lógica de control estadístico y de medicalización que ya no requiere de la exclusión y el aislamiento ni de la inclusión individualizante, sino de un biopoder que garantiza el control de la población a través del monitoreo y medicinas. El poder médico ya no estará centrado en la anatomopatología, sino, fundamentalmente, en criterios inmunológicos. Como lo muestra Obregón (2002), el mapa geopolítico cambia, la influencia de los Estados Unidos marca una nueva ruta en el abordaje de la enfermedad, trasladando la influencia de los estudios europeos a América.

LA LEPRA Y LO OMINOSO

Das Unheimliche (*Lo ominoso*) será el título del trabajo publicado en

1919 por Freud. “Lo ominoso es aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo ¿Cómo es posible que lo familiar devenga ominoso, terrorífico y en qué condiciones ocurre?” (2003, p. 120). Nada más ominoso que las secuelas de la lepra: amputaciones, úlceras y rostro desfigurado. Pero ¿cómo puede esta imagen atestiguar la existencia de una imagen familiar que luego aparece como horrorosa?, ¿qué es aquello tan familiar que podría encarnar la lepra?

La interesante excavación de Freud (2003) en la palabra permite observar que en algún momento *unheimlich* y *heimlich* tuvieron el mismo significado: doméstico, familiar. Pero ¿todo lo familiar es terrorífico? Por el contrario, el autor afirma que “a lo nuevo y no familiar tiene que agregársele algo que lo vuelva ominoso” (p. 120). Por ejemplo, en *El páramo*[32] (2010) *unhemlich* es la bruja a la cual acusan de causar la muerte de los militares; pero es familiar en cuanto encarna el objeto sexual que se quiere gozar hasta el abuso. Esa imagen casi mítica de Gorgona, cuya única voz es un grito inhumano, encierra lo femenino expulsado fuera por cada uno de los combatientes en la guerra.

Freud (2003) dice que lo ominoso es algo sustraído del conocimiento y, por lo tanto, inconsciente, pero que es a la vez reservado, inescrutable. Cuando se acerca a las figuras de lo ominoso se va a referir a aquellas que nos causan impresión porque están aparentemente vivas o porque son inertes y toman cierta vida. Es ominoso el ataque epiléptico, así como lo es la locura. Pero el rasgo esencial lo encarnan aquellas figuras sobre las que se tiene la duda de si son personas o autómatas. Para el autor sería Hoffmann quien en la literatura habría logrado con éxito dicho efecto. En *El hombre de la arena*[33], el personaje que les arranca los ojos a los niños como castigo por su mal comportamiento, sería una figura *princeps* de lo ominoso. Para el psicoanálisis, la angustia de perder los ojos está directamente relacionada con la de la castración.

Existe un registro más arcaico del monstruo con imagen sin semejanza. Se trata del momento anterior a lo que denomina Lacan (1984) *estadio del espejo*, en el que el niño se anticipa hacia la imagen especular en un estado prematuro, mientras experimenta su cuerpo como fragmentado. Si bien la imagen del leproso puede derivar en angustia de castración, sobre todo en

lo relacionado con sus amputaciones y úlceras, la imagen más arcaica y, por lo tanto, aterradora para el sujeto es la del estado de fragmentación previa a la ortopedia imaginaria. La imagen de la lepra tendría su correlato familiar en el cuerpo fragmentado por el goce que tuvimos que abandonar para insertarnos en la matriz imaginaria de la realidad. Dicha imagen constituye una idea de lo ominoso, que queda testimoniada incluso por el comité de expertos en lepra de la OMS, citado por Obregón (2002), quienes en 1952 se refieren al "horror irracional ligado a la lepra" (p. 17). Así, cualquier cosa que nos recuerde dicho estado será expulsada, para advenir luego de manera horrorosa. El rechazo de estas imágenes está orientado, entonces, por un mecanismo de defensa que se origina en el núcleo narcisista del sujeto. De esta manera, la imagen rechazada no es más que la de un doble del sujeto, que "ha devenido una figura terrorífica del mismo modo como los dioses, tras la ruina de su religión, se convierten en demonios" (Freud, 2003, p. 130).

Pero lo ominoso de la imagen del leproso no proviene solamente de su relación con la angustia de castración y con la percepción del cuerpo fragmentado, sino también de su relación directa con la muerte. Recordemos que incluso uno de sus síntomas tiene que ver con la pérdida de la sensibilidad, "como si dejaran de sentir". La figura del *zombie*, del muerto viviente, que retorna del inframundo y que deambula por las calles, en últimas, la representación de un muerto viviente. "Miembros seccionados, una cabeza cortada, una mano separada del brazo [...] contienen algo enormemente ominoso, en particular cuando se les atribuye todavía una actividad autónoma" (Freud, 2003, p. 132).

EL MONSTRUO Y LA MEDICINA

El monstruo construido por el doctor Frankenstein constituye la imagen por excelencia de la medicina moderna. El moderno Prometeo encarna el modelo anatomopatológico que hará carrera en la ciencia médica desde el siglo XIX. La imagen del monstruo creado en el laboratorio como duplicación de su creador constituye el proyecto de la medicina, pues desde entonces se ha encargado de la fabricación de lo monstruoso por vía de la técnica, a través de una ciencia que tiene como punto de fuga

la muerte. El monstruo ha vuelto de la muerte, es un muerto vivo que deambula buscando una imagen semejante. Su presencia causa el horror y la huida. Los cuerpos alterados enuncian el discurso de la medicina moderna, desde el moderno Prometeo hasta los clones y los *cyborgs*. Al introducirse en la anatomopatología la medicina cambia radicalmente de perspectiva, pasa a desarrollarse a partir de la mirada y el cadáver, donde su motor de desarrollo será justamente lo inhumano como proyecto, la muerte como método.

La disección reorganizó las escuelas de medicina y los métodos de examen clínico pues el síntoma solo podría explicarse a través de las lesiones anatómicas. Este método fue reintroducido por Bichat en el siglo XIX, luego de los estudios de Morgagni, cerca de medio siglo antes. Esto dio lugar a una nosografía fundada en la afección de los órganos,

> práctica que reorganiza la temporalidad de los síntomas en la espacialización del cuerpo. El descubrimiento anatomopatológico dará lugar a una máxima: no existe enfermedad sin sede. De esta sede se transfiere la organización patológica. Ahora la enfermedad se observa desde un nuevo punto de fuga: la muerte, desde allí se analiza la enfermedad, y el organismo. (Cardona, 2012, p. 297)

Así, el cadáver se convierte en el objeto de experimentación de la medicina. No obstante, aquellos que se encuentran en la franja entre la muerte y la vida, constituyen un terreno propicio para la experimentación. No se trata de los moribundos o los enfermos en general, sino de aquellos que, como el leproso, representan al muerto vivo.

El estigma de la lepra se confirma a partir del nombre mismo que toman los lazaretos, por el enfermo de lepra bíblico: San Lázaro. Lleva ese nombre tanto por el contagiado curado por Jesús, como por Lázaro resucitado. Sin duda, el estigma señala que el leproso es un muerto vivo que ha regresado de entre los muertos o que deambula sin estar completamente muerto.

A partir de la anatomopatología, el monstruo y la medicina se articulan en una llave. El enfermo de lepra no es el único engendro de la historia y, de hecho, la consideración de este calificativo vale únicamente mientras contenga las propiedades de lo monstruoso. Foucault, en su curso sobre *Los anormales* (1999), realiza su genealogía y resalta aquello que lo relaciona

estrechamente con lo animal, en cuanto es considerado una hibridación entre animal y humano. Esta característica, de la época antigua, vale para la lepra en una de las etiquetas con las que va a ser reconocida por la medicina, *elefantiasis*. El segundo rasgo atribuible al estigma de la lepra tiene que ver con la relación que establece con los desórdenes sexuales. Foucault demuestra que las figuras del monstruo se relacionan con un instinto sexual desbordado, no domeñado. Se sabe que la medicina tomó como punto de referencia de muchas enfermedades a la sexualidad, al punto de que las cruzadas contra la masturbación buscaban, más que nada, evitar el riesgo de contraer múltiples padecimientos.

Pero si bien es cierto que uno de los ejes de la medicina para el abordaje de la enfermedad es la anatomopolítica, y que sus prácticas pueden observarse en el proceso individualizador del control de la lepra, no puede desconocerse, al mismo tiempo, que existe otra forma de poder que irá tomando fuerza y que se materializará en la última etapa del control de la lepra, la biopolítica.

Con la biopolítica no se trata ya del control disciplinario e individualizante de la institución, sino de la vigilancia de la población a través de las políticas de salud pública, la medicalización y la estadística. Una vez fue posible controlar la enfermedad a través de la medicalización, ya no fue necesario el proceso de reclusión. Pero eso no implicó el fin de la experimentación, al contrario, es posible, incluso que buena parte del tratamiento mismo haya constituido una fase de experimentación. Ya no se trata de encerrar a los enfermos en el lazareto o en el hospital, ahora el Estado puede capacitarlos en centros hospitalarios para monitorear y controlar la enfermedad. Ha aparecido el método diagnóstico de la baciloscopia que permitirá saber si un paciente es pausibacilar o multibacilar.

LA NUDA VIDA

La tesis de Agamben (2010) tiene que ver con los cambios de la vida moderna en los que la vida natural comienza a ser incluida en los cálculos del poder estatal y, por lo tanto, la política adviene como biopolítica. El momento en el que el individuo como cuerpo viviente se convierte en

objeto de las estrategias políticas. Según el autor, el efecto de esto es que al mismo tiempo que se instala un mecanismo para proteger la vida, se deja un campo abierto para autorizar el holocausto "al situar la vida biológica en el centro de sus cálculos, el Estado moderno no hace más que sacar el vínculo secreto que une el poder con la nuda vida" (p. 16).

La idea central de Agamben (2010) es que la política occidental se organiza gracias a una exclusión que es una implicación, diríamos exclusión-incluyente. ¿Qué es aquello que queda a la vez excluido e implícito? Lo que él denomina *nuda vida*, es decir, lo que debe ser incluido por medio de una exclusión. Esa es entonces la potencia de la organización política: "hay política porque el hombre es el ser vivo que, en el lenguaje, separa la propia nuda vida y la opone a sí mismo, y, al mismo tiempo, se mantiene en relación con ella en una exclusión inclusiva" (p. 18). Esta paradoja se presenta en la democracia moderna y parece eliminar los poderes disciplinarios sobre la vida como objeto, mientras que el sujeto aparece en la esfera como aquel que detenta la posibilidad de elegir. Pero lo que ha ocurrido en esta implicación es que la *nuda vida* queda exceptuada del ordenamiento y, al mismo tiempo, es la potencia sobre la cual se despliega la política. Se trata de algo que es incluido en su exclusión.

El *Homo sacer* sanciona la sacralidad de una persona y al tiempo autoriza que se le mate sin que esto constituya un delito. ¿Cómo esta doble condición llegó a residir en la persona de cada uno? Para adelantarnos un poco, los derechos humanos que consagran la vida son indicio de ello. La vida es sagrada, por lo tanto, insacrificable; no obstante, puede darse muerte a un grupo humano sin que ello constituya un delito, a condición de que se actúe como soberano. Lo que encontramos en esta definición es una coincidencia con el tabú, que señala también algo que es digno de veneración pero que suscita horror, además de que, en este nivel, las nociones de tabú y sacralidad se rozan con frecuencia. Una franja en donde lo puro y lo impuro no son géneros separados, sino dos elementos que componen lo sagrado. Este concepto presenta, entonces, una doble excepción: pertenece al dios, pues implica insacrificabilidad y está incluido en la comunidad, en la forma en la que se le dé muerte violenta. Esta potencia reside en la soberanía:

> Soberana es la esfera en que se puede matar sin cometer homicidio y sin celebrar un sacrificio, y sagrada [...] es la vida que ha quedado prendida en esta esfera [...]. La sacrificabilidad de la vida, que hoy se pretende hacer valer frente al poder soberano como un derecho humano fundamental en todos los sentidos, expresa, por el contrario, en su propio origen, la sujeción de la vida a un poder de muerte, su irreparable exposición a la relación de abandono. (Agamben, 2010, p. 109)

Es el viviente que hay que hacer vivir. Con este principio puede manipularse la vida y experimentarse con el cuerpo, pues se trata de hacer vivir al conjunto de la población. En el caso de la lepra, el enfermo es el *Homo sacer* en cuanto su vida es sagrada como especie, pero al tiempo sacrificable. En cuanto muerto viviente su vida individual es sacrificable en función del conjunto social. El *Homo sacer* es matable por cuanto asesinarlo no implica un delito. Pero ¿qué le ha dado tal caracterización? El hecho de que la vida sea el pivote sobre el cual se articula toda la política; humanidad designada por el solo hecho de tener la vida. Aquel que ingresa en este ordenamiento, es decir, aquel incluido a partir del principio de que su vida es sagrada ingresa como una estatua viviente, según Agamben (2010), pues el hecho de que sea insacrificable es incompatible con el mundo humano. Por eso el autor concluye: "nos encontramos ante una nuda vida residual e irreductible, que debe ser excluida y expuesta a la muerte como tal, sin que ningún rito o ningún sacrificio puedan rescatarla" (p. 131).

CAPITAL HUMANO

La bipolítica es el ángulo desde el cual se demanda humanizar; se trata del humano en cuanto *capital humano*. La biopolítica está centrada en la teoría del capital humano. Esta va a permitir dos elementos: el análisis del capital en un dominio inesperado y la reinterpretación, en términos nada más que económicos, de algo que no se lo consideraba como tal. Lo que aparece aquí, según el análisis de Foucault (2007), es la posibilidad de analizar el tercer factor de la producción, el cual apenas había quedado enunciado en la economía clásica y se había dejado como página en blanco: el trabajo. Desde luego, este había sido el tema central del análisis

marxista pero fundamentalmente desde la lógica del tiempo. Lo que observa Foucault es que la teoría del capital humano introduce otra lógica en la comprensión del trabajo.

Al incursionar en este campo y en su relación con los bienes escasos, los neoliberales terminan formulando lo siguiente: "la economía es la ciencia del comportamiento humano como una relación entre fines y medios escasos que tienen usos que se excluyen mutuamente" (Foucault, 2007, p. 260). A partir de ese momento, se desancla de los procesos abstractos de producción, a saber: producción, intercambio, consumo; para insertarse en el análisis del comportamiento humano y su racionalidad interna. "El análisis debe tratar de desentrañar cual ha sido el cálculo que por otra parte puede ser irrazonable, ciego, insuficiente, por el cual habida cuenta de la escasez de recursos, uno o más individuos han decidido destinarlos a tal fin y no a otro" (Foucault, 2007, p. 261). En adelante la economía será el análisis de la programación estratégica, de la acción de los individuos. En virtud de esto, el análisis del trabajo no se dirigirá más hacia la comprensión del capital y la producción, el punto fundamental será: "cómo utiliza el trabajador los recursos de que dispone" (p. 261).

Al desanclarse el trabajo de la mirada objetiva la pregunta que vuelve sobre el trabajador, pues respecto a su labor tendrá una respuesta distinta, ya que no se trata del precio de venta de su fuerza de trabajo, sino de un ingreso. Es allí cuando los neoliberales van sobre el significado de este, pueden anclar el trabajo a la lógica del ingreso, es decir "el producto o rendimiento de un capital" (Foucault, 2007, p. 262). Si el capital es todo aquello que puede ser fuente de ingresos futuros, entonces capital e ingresos se han amalgamado en un concepto: *capital humano*. Se trata de un capital cuya renta es el salario, un "conjunto de factores físicos, psicológicos, que otorgan a alguien la capacidad de ganar tal o cual salario" (p. 262).

Pero este no es un capital como cualquier otro, pues es indisociable de aquel que lo posee. "La idoneidad que se hace carne en el trabajador es [...] el aspecto en que este es una máquina, pero una máquina en el sentido positivo, pues va a producir flujos de ingresos" (p. 263). Si es una máquina, entonces tiene una vida útil y un periodo de obsolescencia. Ahora el trabajador es una empresa para sí mismo "una economía hecha de unidades-empresa" (p. 264). El argumento central de Foucault es, pues,

creo que esto lo resume todo: "el neoliberalismo aparece [...] como el retorno al *Homo economicus*" (p. 264). Es el socio del intercambio, el empresario de sí mismo y por eso debe descomponerse en términos de utilidad y de comportamiento. Al ser su propio socio debe hacerse cargo de su producción, de su capital, fuente de sus ingresos. Vemos aquí emerger lo que solapada e ingenuamente aparece como teoría del liderazgo, técnicas de autosuperación y, en fin, todo lo que puede producirse del cruce entre la economía y la psicología en su vertiente administrativa.

Así, el paciente que llega a demandar un servicio médico es una empresa que ha invertido su vida para aumentar su valor como capital humano. En ese mismo sentido, la figura del enfermo de lepra representa un enfermo marginal, cuyo valor en términos de capital está disminuido. El capital humano es el principio de la humanización en la salud, pues si el humano vale es en cuanto a capital. Habrá otros cuya vida está en la franja de la vida desnuda. Se trata de los hundidos, de la figura del musulmán, el *zombie*, el muerto vivo que por lo tanto constituye el matable.

Ahora el punto es entender de qué está compuesto el capital humano. Foucault (2007) se lo pregunta y retoma el registro de lo innato y lo adquirido. En el primero encontramos lo hereditario y lo congénito. Sobre esto, la apuesta queda en manos de la genética y todos los efectos que pueda tener en el mejoramiento de este capital. Todos los desarreglos de la salud, y para el caso de análisis, la lepra, deben someterse a la ingeniería médica para tratar de resolverse. Sobre lo segundo, el elemento central para obtener un capital humano que produzca ingresos es la inversión. Debe invertirse en el capital humano si queremos que produzca ingresos. Foucault lo dice de manera más precisa cuando se pregunta qué quiere decir formar capital humano, su respuesta es: "hay que realizar una inversión educativa" (2007, p. 269). Esto se traduce también en una serie de discursos legitimados desde la ciencia, que dicen, por ejemplo, que es necesaria la presencia de la madre en los primeros meses de vida del infante para que logre un pleno desarrollo. Este tiempo de los padres destinado a la lactancia, al cuidado de sus crías, debe entenderse entonces como una inversión para constituir un capital humano. Allí se juegan otros factores, como la cultura de los padres, que se traducirá en capital cultural; la estimulación temprana y los entornos. En eso mismo se convierten las

atenciones médicas y todas las actividades concernientes a la salud. Se trata de un asunto de racionalidad utilitaria. En adelante, todos los problemas de la educación y la salud están insertos en la lógica del capital humano.

A MANERA DE CONCLUSIÓN: EL RETORNO DE LOS RÉPLICOS

La humanización en salud ingresa, entonces, en la lógica de la biopolítica, es decir, el enfermo vale en cuanto unidad de valor, especie, porque el principio categórico de la biopolítica, según Foucault, es: "hacer vivir" (2001, p. 228). Con esa premisa, ¿cómo pensar la humanización en salud? Lo humano ha quedado estructuralmente excluido para la medicina y, por lo tanto, no tendrá otra forma de advenir más que de manera ominosa. Pero nada más ominoso en la actualidad que los cuerpos transformados en el quirófano, los "bellos" monstruos y, en breve, nada lo será más que los clones y los *cyborgs*.

Quizá la reflexión más interesante sobre el asunto de lo humano proviene de Orlando Mejía Rivera en su ensayo *De clones, cyborgs y sirenas* (2001). Su premisa central es que la búsqueda de lo humano se produce yendo hacia el futuro. En esas figuras de la tecnociencia la sirena, mitad animal y mitad humana, representa la imagen prototípica de lo inhumano; los clones, *cyborgs* e inteligencias artificiales encarnan lo humano excluido. Lo cierto es que la carrera de la tecnociencia demuestra que la intención de la medicina moderna ha sido siempre la superación de lo humano. ¿Por qué preguntarse por lo humano cuando la carrera de la tecnomedicina no ha hecho más que buscar superarlo? Incluso la formulación misma de la pregunta debe ponernos en alerta, pues si existe un mandato a humanizar la salud puede deducirse que la salud no está actuando de manera humana. Más aún, lo humano ha sido expulsado para que la técnica médica opere sobre los cuerpos. Si para la medicina el cuerpo por excelencia es el cadáver, entonces el cuerpo encarna al muerto vivo que puede ser manipulado por la técnica. Vivientes arrastrando sus cuerpos cadavéricos y cuya imagen prototípica es el *zombie*.

En *Blade Runner* (1982) los réplicos son híbridos diseñados por la

industria genética con inteligencia artificial. Son similares a los humanos, pero con una característica que supuestamente los diferencia: no manifiestan emociones, aunque pueden desarrollar las suyas. Estos híbridos, cuyo tiempo de vida es de cuatro años, se han rebelado. La orden en la tierra ha sido matar a todos aquellos que decidan entrar en el planeta. Para detectarlos existe una cámara de iris que a través de la dilatación de la pupila detecta las emociones.

Un grupo de réplicos ha decidido venir a la tierra para tratar de ampliar su umbral de vida. Un Blade Runner, los guardias encargados de eliminar a los réplicos, está investigando el caso y en una visita al ingeniero genético que ha creado a esta inteligencia artificial, se encuentra con una pregunta que le causará angustia y lo perseguirá en sueños: ¿cómo sabe que no se ha equivocado, que no ha matado a humanos creyendo que son réplicos? Este cuestionamiento lleva consigo una paradoja: si se ha confundido, entonces los humanos han dejado de sentir y quizá los réplicos han desarrollado sentimientos. Este guardia se ha encontrado en sus sueños con un unicornio, que bien podría representar al ser humano, a los sentimientos que se han perdido, lo humano expulsado. Representa la humanidad perdida que intenta volver. ¿Qué es aquello que en *Blade Runner* intenta regresar?, ¿por qué decir que los réplicos son el retorno de lo humano? Si no lo son, sí por lo menos de su representación. Los réplicos son entonces el unicornio.

¿Encarnó finalmente el ser humano en la máquina? o ¿fue la máquina la que regresó a lo humano de manera ominosa? Encaminado el sujeto en la carrera protética, la única forma de que su interioridad retorne es encarnando la máquina en lo humano. Ya no se trata pues de crear una máquina con características humanas, es decir, de que la humanidad se incorpore en la máquina, ahora implica más bien que la máquina tome cuerpo, esto es, encarne en lo humano. Este es el retorno del unicornio, una forma de intentar recuperar el cuerpo.

El último réplico, después de salvarle la vida al Blade Runner, da cuenta de sus sentimientos en un intento de la máquina por encarnar en lo humano, por devolverle al humano su humanidad. En la escena final, el réplico afirma que cambiaría su fuerza física y su inteligencia por sentir lágrimas cayendo por su rostro.

REFERENCIAS

AGAMBEN, G. (2000). *Lo que queda de Auschwitz: el archivo y el testigo, Homo sacer III.* Valencia: Pre-Textos.

_____. (2010). *El poder soberano y la nuda vida.* Valencia: Pre-Textos.

CARDONA, H. (2012). El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y el agujero en la ciencia médica. *Desde el Jardín de Freud*, 12, 293-310.

FOUCAULT, M. (1978). *El nacimiento de la clínica.* México: Siglo XXI.

_____. (1999). *Los anormales.* México: Fondo de Cultura Económica.

_____. (2001). *Defender la sociedad.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

_____. (2007). *Nacimiento de la biopolítica.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

FREUD, S. (2003). Lo ominoso. En *Obras completas* (Vol. 17; pp. 215-259). Madrid: Amorrortu.

LACAN, J. (1984). *El estadio del espejo como formador de la función del Yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica.* México: Siglo XXI.

OSORIO, J (prod.) y Durán, F (dir.). (2012). *El páramo* [película]. Colombia: Rhayuela.

MEJÍA, O. (2001). *De clones, ciborgs y sirenas.* Manizales: Universidad de Caldas.

OBREGÓN, D. (2002). *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia.* Bogotá: Banco de la República y Fondo Editorial Universitario EAFIT.

SCOTT, R. (1982). *Blade Runner* [película]. Estados Unidos: Warner Bros Pictures.

SHELLEY, M. (2008). *Frankenstein.* México.

DESHUMANIZACIÓN: REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y PODER

DIANA DEL ROSARIO IZQUIERDO MORA, ALEJANDRO PERDOMO RUBIO, REBECA CRUZ SANTACRUZ, GILBERTO HERNÁNDEZ ZINZÚN

INTRODUCCIÓN: LA DESHUMANIZACIÓN

La deshumanización en salud se articula al ejercicio de poder, es decir, la estructura de las posiciones sociales en el campo de la salud la usa como instrumento para reproducirse. Para ello, todos los implicados en la atención deben asumir que solo cumplen con un papel y desconocen en sí mismos, y en los otros, las infinitas posibilidades humanas. Si todos cumplen con su papel en el campo de la salud, como está planteado, los servicios de salud se reproducen, pero a la vez pierden en humanidad.

En primer lugar, la deshumanización precisa una ruptura entre el ser humano y el mundo (Durand, 1999), como si el ser pudiera estar fuera de ese mundo, como si no fuera mundo; es la ruptura entre el sujeto y el objeto de la tradición moderna. Así, el individuo se entiende como un ente cerrado, cuyos límites son su propia piel y el resto es ambiente. En este rompimiento entre el ser humano y el mundo también se fracturan sus relaciones con la comunidad y la historia. El individuo y sus intereses egoístas son lo importante, atrás quedan las relaciones sociales, las trayectorias históricas a partir de las cuales los hombres y mujeres se conforman, dan forma el mundo y a ellos mismos. En la atención en salud el *ambiente*, o sea, el mundo, la historia, es externo a la persona y se reduce a factores de riesgo del paciente, o, en el caso del trabajador de la salud, es la vida extra laboral que debe dejar afuera del trabajo o son las "costumbres" del trabajo que deben ajustarse a la producción de la

atención.

Así mismo, la deshumanización fragmenta al ser humano en cuerpo y mente, como lo planteó Descartes, eliminando las relaciones complejas de la vida misma (Le Breton, 2002a, 2002b). En la atención en salud el ser humano se reduce a un cuerpo que tiene órganos que pueden alguna vez necesitar atención cuando algún daño afecta su función o la vida misma. La persona enferma es un cuerpo con órganos. De esta forma, no son reconocidas en la atención en salud ni las relaciones de la persona con su mundo ni su historia ni su propia subjetividad.

Por otro lado, la deshumanización también es desconocer la singularidad de la persona. En la modernidad se homogeniza, es decir, se reconoce únicamente lo que es común en la diversidad (Durand, 1999). Así, de las múltiples dimensiones del ser humano y las variadas trayectorias y proyectos de vida de las personas, únicamente se reconocen algunas, las que son iguales. De esa manera, se puede tratar una cosa o a una persona como si fueran otra. En la atención, a una persona enferma solo se le reconoce por el órgano dañado y, además, se haría igual que con cualquier otro individuo. Así, una persona con una infección es igual a otra con la misma dolencia, no importa su historia, su relación con el mundo, su subjetividad, sus pensamientos o sus emociones.

Por otra parte, la deshumanización es un ejercicio de poder. Se busca reducir la potencia del ser humano por quienes ejercen el poder para obtener sus intereses (Foucault, 1992). En ese movimiento, en esa disminución de la potencia del ser humano por quienes ejercen el poder, se realiza la deshumanización. Al no reconocerme en el otro, al deshumanizar, puedo o me doy el derecho de someterlo, dominarlo y, por tanto, me ubico en una posición dominante. La deshumanización en salud es un ejercicio para reproducir las jerarquías sociales, donde unos ocupan un lugar superior y, para lograrlo, es ineludible el desconocimiento de quienes están en una posición de desventaja respecto a los otros. Deshumanizar a los pacientes o a los trabajadores de la atención en salud de posiciones inferiores, es un medio para someterlos a los intereses de los dominantes. Pero también insensibiliza a los médicos, pues les garantiza mantener su posición social superior. Desconocer la historia, su relación con el mundo, el cuerpo, las subjetividades de unos y otros, permite ubicar a las partes en sus posiciones. Naturalizar la deshumanización es un

aspecto importante para que sea posible, también lo es mostrarla como ajena a la necesidad del sistema para reproducirse (Zizek, 2003).

Para que esto suceda todos deben aceptar y cumplir con su papel. La reproducción de la jerarquía en la atención de la salud requiere que los trabajadores de la salud y los pacientes acepten y cumplan su rol, que solo reconozcan en sí mismos y en los otros los fragmentos que correspondan a su respectivo cometido y, por ende, desconozcan todos los demás. Mientras que las personas enfermas se reduzcan a necesidades funcionales y biologicistas y, además, se asuman como tal, se convierten en pacientes; a su vez, el médico, como trabajador, se reduce a quien define exactamente la necesidad del paciente, lo que se debe hacer, con qué medios, dónde y en qué momento. Los demás trabajadores de la atención se articulan alrededor de los papeles que desempeñen el médico y el paciente. Cuando todos lo aceptan y lo cumplen se reducen a una parte de lo que son, pero, al mismo tiempo, funciona el hospital como lo conocemos.

En la deshumanización en salud las relaciones de poder fragmentan al ser humano a partir de una vigilancia sobre el lenguaje y el cuerpo. El ser humano es tal por el lenguaje, interactuamos mediante símbolos y este es el principal sistema. Mediante él reconozco al otro, su complejidad y su singularidad. En la interacción con otros construimos y reconstruimos su historia, su trayectoria y sus posibilidades como ser. El lenguaje es libertad y humaniza, pero, al mismo tiempo, nos encierra, nos limita y limitamos a otros. Es la cárcel para mí y para los otros con los cuales interactúo, pues puedo desconocerlos y reducirlos a un papel. Por tanto, la deshumanización se realiza, en parte, a través del lenguaje. Asimismo, se vigila al cuerpo como parte del control de las potencialidades del sujeto, para orientarlas a las que son más útiles para quienes ejercen el poder (Foucault, 2002).

REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA Y EL PROCESO DE TRABAJO EN SALUD

Sobre la producción de la atención y el cuidado acuñamos el concepto de *proceso de trabajo en salud*, desarrollado por Mendes (1984). Esta idea

estudia las dimensiones microscópicas cotidianas del trabajo en salud, la práctica de los trabajadores inmersos en el día a día de la producción y consumo de los servicios (Peduzzi y Schraiber 2008) y también las propuestas de Merhy (2006) sobre la micropolítica del trabajo en vivo. El concepto recoge los componentes señalados por Marx para el proceso de trabajo y las interrelaciones que se presentan entre el objeto, los instrumentos, la finalidad y los agentes. Un tipo de proceso de trabajo en salud articula de manera específica un cierto objeto con ciertas tecnologías, finalidades y los participantes de la atención.

Así, toda producción, incluida la atención en salud, tiene componentes objetivos y subjetivos, materiales e inmateriales y, dependiendo del tipo de producción, tendrán pesos específicos. Algunos autores dan un especial énfasis al componente subjetivo (Rodríguez y De la Garza 2000), intersubjetivo y dialógico del *proceso de trabajo en salud* (Ayres 2004 y 2009), pues aquel ha sido tratado de manera extremadamente reductiva frente a sus complejidades. En este sentido, Texeira (2003) habla de los servicios como una red de conversaciones y Wagner de Sousa (2010) propone la cogestión y la clínica del sujeto.

Para Merhy (2006), el proceso de trabajo en salud se debe entender desde las tecnologías relacionales, es decir, aquellas que se construyen en la interacción dialógica entre los propios trabajadores y con los usuarios de los servicios. Estas tecnologías se refieren a una cierta manera de saber-hacer que permite operar los procesos relacionales de encuentro entre el trabajador de salud y el usuario, pero también entre los trabajadores y los directivos. Aquí se presenta una disputa abierta y permanente de juegos de captura por parte del usuario, el trabajador y las directivas, imposibilitando que las finalidades, y hasta sus objetos, sean de un orden único. También las jerarquías y la disposición de roles están en constante tensión. Las tecnologías relacionales garantizan la reproducción de un orden social, pero lo hacen a través de luchas entre los participantes de la atención. Esta querella se da a través de las disposiciones, subjetividades, prácticas y rituales del lenguaje y el cuerpo que se hacen presentes en el trabajo vivo de la atención. Según el autor, los procesos productores que ocurren en el espacio relacional se realizan únicamente en acto y en las intersecciones entre uno y otro.

Las prácticas de humanización y de deshumanización son una forma de

tecnología relacional. No son aberraciones de individuos, sino medios a través de los cuales se relacionan los participantes de la atención, se definen jerarquías, se reducen y capturan a los otros en sus roles y se crean espacios de resistencia. Estas se articulan a las otras tecnologías de la atención (equipos, insumos o saberes tecnológicos) con el objeto de trabajar, definiendo un tipo de proceso de trabajo en salud. Así, la deshumanización debe analizarse en su articulación con todo este proceso; sin embargo, ahora estamos en presencia de transformaciones importantes. Merhy y Batista (2008) definen la reestructuración productiva en salud como la resultante de los cambios en el modo de producir la atención y el cuidado generadas a partir de innovaciones en los sistemas productivos de la salud, que impactan la forma de asistir y cuidar de las personas y de los colectivos. Estas reestructuraciones productivas modifican, por tanto, las prácticas de humanización o de deshumanización y su articulación con los demás elementos del proceso de trabajo en salud.

Estas reestructuraciones consisten en una transformación de la atención centrada en el hospital tradicional tecnológico, que tiene por objetivo la eficacia y un proceso de trabajo caracterizado por un objeto tipo "cuerpo con órganos", sus tecnologías principales son los equipos médicos y los medicamentos, y gozan de una organización con amplia autonomía del cuerpo médico. Pero para reproducirse se requiere de una deshumanización disciplinaria a hospitales-empresa neoliberales que buscan la eficiencia con objetos de trabajo tipo "cuerpo sin órganos", donde sus tecnologías principales recaen en la gestión que les permiten ser una organización flexible que gira alrededor de la dupla *management*-cliente y, que para reproducirse, realizan prácticas de deshumanización de control (Perdomo y Hernández, 2014).

EL HOSPITAL TRADICIONAL: AUTONOMÍA Y DISCIPLINA DE CUERPOS Y SUBJETIVIDADES

Durante buena parte del siglo xx, el hospital buscó ser eficaz, es decir, lograr resolver el problema clínico del paciente. Consideramos que esta situación se daba principalmente porque los Estados buscaban asegurar la

reproducción del sistema capitalista que en este periodo se centraba en la producción. Así, a mediados de siglo, se impulsó el modelo de desarrollo de industrialización por sustitución de importaciones (isi) que buscaba que la industria fuera el nuevo motor económico de la región. El capital requería emplear fuerza de trabajo urbana y sana en las fábricas y el Estado debía ser efectivo en asegurárselos. Había un compromiso entre el capital y el trabajo, uno dependía del otro, lo que se ha llamado el capitalismo pesado y la salud de los trabajadores era parte de él (Sennet, 2008).

El Estado debía garantizar devolver sano al trabajador para que siguiera produciendo. Mediante la institucionalización de la salud como función social, el Estado no solo lograba reproducir el sistema, sino legitimar su propia existencia; Estado y hospitales eficaces iban de la mano. En este sentido, Attali señala que "hablar de salud es, por tanto, hablar de política en el más alto sentido, es comprender cómo todo terapeuta sostiene un orden, designando a sus enemigos e imponiendo las formas de su destrucción" (1981, p. 14) y, a su vez, ese orden social reproduce al hospital, como lo señala Morin (2002) con su concepto de *recursividad*: si una práctica sostiene el orden social este la reproduce y, de igual manera, evita las que lo destruyen o debilitan. De esta forma, el Estado promovió y desarrolló hospitales que fueran efectivos en curar a los trabajadores.

Para hacer eficaz al hospital, este se organizó a través de lo que Mintzberg (1991) llamó la *burocracia profesional*, es decir, mediante un proceso de trabajo articulado al cuerpo con órganos y a las tecnologías duras (equipos y medicamentos). La tecnología relacional que permitía la reproducción de la estructura social en el interior del hospital se basaba en la disciplina.

Las principales características de la organización hospitalaria tradicional fueron:

1. La parte operativa (los servicios clínicos) es la clave de la organización. Al ejecutar un trabajo complejo este se controla directamente por los operadores que lo efectúan, es decir, los médicos. El control sobre su propio trabajo significa que ellos trabajaban relativamente independientes de sus colegas y muy próximamente a los usuarios. Es decir, se presenta una amplia autonomía médica: un débil control por parte de la dirección, como por parte de otros médicos, en el trabajo cotidiano. Si se requiere de alguna vigilancia esta la ejercen los mismos médicos, pero de manera muy

discontinua. Es una autonomía donde no se le responde al directorio ni tampoco se les consulta extensivamente a sus colegas. Por su parte, los médicos tienen un control muy estrecho sobre "sus pacientes", desarrollando una relación disciplinaria sobre su cuerpo en la consulta.

2. El cuerpo administrativo es débil, este tipo de hospital es una organización muy descentralizada en la relación dirección-núcleo operativo, en consecuencia, el directorio hospitalario no es muy sofisticado ni desarrollado. Si la necesidad de planeamiento y formalización del trabajo de los profesionales es muy limitada, el aparato administrativo será pequeño y el núcleo operativo más amplio con pocas personas supervisándolo.
3. En este tipo de organización, la administración se centra en el manejo de perturbaciones o problemas de coordinación entre las comunidades de profesionales clínicos o administrativas. Además, la dirección tiene un papel clave en los límites de la organización, entre los intereses de los trabajadores y los actores externos, como gobiernos, gremios, etc. En este contexto, la noción de estrategia organizacional pierde mucho sentido, siendo más trascendentales las estrategias personales para cada profesional, es decir, las iniciativas con las que, especialmente los clínicos, son capaces de convencer a la dirección.
4. El cuerpo operativo cuenta con un trabajo estable con comportamientos "predeterminados y predecibles", es decir, estandarizados. Por lo tanto, el mecanismo coordinador de la organización se realiza a través de la estandarización de destrezas adquiridas por los mismos médicos previamente, en especial en instituciones académicas. Además, se busca estandarizar, encasillar el objeto de trabajo, reduciéndolo a sus dimensiones biológicas y objetivas, homogenizando la diversidad de la enfermedad y de las experiencias de enfermar, en un diagnóstico médico neutro y universal, al cuerpo con órganos.

Para garantizar este tipo de organización la tecnología relacional, preminentemente utilizada, fue la disciplina. Según Foucault (2002), consiste en una vigilancia ininterrumpida y meticulosa de los cuerpos, llámese paciente, otros trabajadores del hospital y el mismo médico. En la disciplina se vigila que todo sea útil y dócil, todo pensamiento, movimiento, uso del cuerpo debe someterse y, al mismo tiempo, reproducir el orden social. Nada que haga el otro como médico, como

otros trabajadores o el paciente debe ser inútil o mostrar indocilidad. El médico, el trabajador hospitalario o el paciente, mediante la vigilancia, aceptan su rol y desechan todo aquello que no es útil o dócil para ejercerlo.

Sin embargo, al ser el trabajo médico complejo, la estandarización de destrezas y conocimientos se ve acompañada de la aplicación de un margen de libertad amplio en el mismo acto de trabajo. Nunca dos cirujanos aplican de la misma manera la estandarización, pues se requieren muchos juicios. El proceso de inculcación de esa homogeneización se hacía en las facultades de medicina y, sobre todo, en las residencias médicas, fundamentado en un ejercicio virulento del control del cuerpo, el lenguaje y la subjetividad del médico en formación. Este proceso incluye tanto la normalización de saberes tecnológicos médicos, como de tecnologías relacionales disciplinarias. En este sentido, la disciplina ejercida en el proceso de inculcación debe ser muy rigurosa, pues estas se infunden en el proceso de formación y deben incorporarse de manera tal que perduren toda la vida laboral del médico. Como resultado de esta vigilancia estricta, la estandarización de las destrezas médicas se ve acompañada de la homogenización del cuerpo, el lenguaje y la subjetividad del médico. Este se despide de ser un sujeto autónomo y se reduce a asumir el rol, hace carne del hospital. Algunas de las prácticas disciplinarias que se ejercen y se justifican en la formación médica van desde el sometimiento del cuerpo del estudiante a jornadas excesivas de estudio o de trabajo en el hospital, el control sobre los usos y posturas de su cuerpo o su lenguaje, hasta los castigos degradantes.

En este proceso de formación e incorporación de destrezas se añade en el estudiante la disciplina, pasando de ser vigilado a vigilante del cuerpo de los pacientes. En el trabajo médico las personas que viven una enfermedad pasan a convertirse en objetos de trabajo y poder, reduciéndose a un diagnóstico médico, a un cuerpo con órganos ya estandarizado. Posteriormente, se le aplican los procedimientos, también normalizados, para transformarlos, tanto para la reducción de las personas en diagnósticos de cuerpos con órganos y para que acepten someterse voluntariamente a dichos procedimientos, es decir, para que se conviertan en pacientes se requiere también de la disciplina.

La tecnología relacional se conforma mediante la vigilancia en dos

registros, el de la mirada médica y del monopolio del lenguaje médico. Como consecuencia de su aplicación se reduce la persona enferma de ser un sujeto autónomo y se produce el rol de paciente. En el hospital tradicional el médico y su experticia clínica utilizan la mirada sobre el cuerpo, sus signos y síntomas para establecer diagnósticos, observar la evolución de la enfermedad y definir los procedimientos más adecuados, de acuerdo con lo que su experiencia le sugiere. Esa misma mirada del médico, de otros trabajadores paramédicos y la estructuración espacial, temporal y social del hospital garantizan que la persona se reduzca a tal papel. La eficacia del trabajo médico reside, en buena medida en que, mediante la vigilancia del cuerpo del paciente, como de su lenguaje, este acepte su papel, delegue su cuerpo y su salud al médico y coopere con él.

Las tecnologías relacionales se subordinan a la disciplina. Así, el lenguaje legítimo para comunicar la enfermedad es el del médico y, de esta manera, se excluyen o someten otras formas. Se vigila quién dice qué, quién es legítimo para informar y en qué momento, qué lugar y con qué fines. Por lo tanto, las formas como los legos simbolizan la enfermedad y su experiencia de enfermarse se subordina o debe articularse o se excluye de las formas médicas y racionales de aproximación. Por esta razón, las conversaciones que se desarrollan en el hospital sobre la enfermedad son estructuradas y persiguen los fines médicos, despreciando las necesidades más complejas que los usuarios simbolizan sobre su padecimiento. Así la deshumanización muestra una de sus caras, las formas como los usuarios interpretan la enfermedad y sus necesidades solo entran en las conversaciones en la atención cuando se articula a las estructuras del lenguaje médico y su forma racional de entenderlas.

La homogenización de la mirada médica sobre los cuerpos de los pacientes implica desconocer en el hospital su intimidad, su singularidad, pues se les somete a discursos y movimientos degradantes por razones científicas o administrativas, se les despoja de sus roles exteriores, se les clasifica y moldea como objeto administrativo, se les desposee de su propiedad, se les infantiliza. También se utilizan una serie de microcastigos (por ejemplo, demorar el suministro de analgésicos a pacientes problemáticos o borrachos) cuando la autoridad médica o la de las enfermeras se ven desafiadas o se perciben así.

Finalmente, cabe recordar que al médico del hospital tradicional no solo

se le otorgó el monopolio de la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado, sino también se le definió como garante de una serie de valores propios del capitalismo pesado (Castro y Erviti, 2003). Así, la inutilidad de los movimientos y usos del cuerpo y la falta de obediencia general de los ciudadanos a lo establecido por el orden social del capitalismo son castigados por los médicos. De esta manera, se entiende la discriminación a pacientes en el hospital que comportan valores despreciados desde el capitalismo por ser potencialmente insurrectos o inútiles (pobres, mujeres, indígenas, homosexuales, ladrones, locos, vagabundos, viejos, etc.) o que tienen comportamientos alejados de las recomendaciones médicas (borrachos, drogadictos, pacientes ignorantes que no se apegan al tratamiento, etc.). Estas formas de deshumanización, de desconocimiento del otro y su sometimiento al saber o al poder médico mediante la vigilancia, no eran un defecto del hospital tradicional, sino mecanismos sin los cuales era imposible su reproducción. En ambas situaciones, la vigilancia de los cuerpos y el lenguaje estaban completamente justificados porque servían a la eficacia del trabajo médico: curar.

En resumen, el hospital tradicional requiere de una serie de prácticas de vigilancia sobre los cuerpos, el lenguaje y las subjetividades de los participantes en la atención para producir roles de médicos, trabajadores de la salud y pacientes y así ser eficaz y mantener la jerarquización médica.

LA REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA HOSPITALARIA: EL HOSPITAL FLEXIBLE, EL COMPROMISO MANAGEMENT, LOS CLIENTES Y EL MÉDICO VIGILADO

La reestructuración productiva actual busca la máxima eficiencia del hospital y del trabajo en salud. Esta reforma hospitalaria —el cambio del hospital tradicional tecnológico a la empresa neoliberal— está determinada e influye en la transformación del capitalismo pesado al liviano (Bauman, 2002; Sennet, 2008). La enorme cantidad de dinero circulante hizo que el capital financiero se robusteciera y extendiera sus intereses y apetitos en sectores tan insospechados unas décadas atrás, como la salud, poniendo fin

a sistemas protegidos del mercado. El hospital-empresa neoliberal es producto de este cambio y a la vez reproduce el capitalismo liviano. Por un lado, el capital busca una aceleración de su rotación, es decir, que pase lo más rápido posible de las corrientes financieras al hospital, al trabajo en salud y vuelva de nuevo a tales corrientes; que se detenga lo menos posible en el trabajo en salud. De esta forma, ya no existe un compromiso entre capital y trabajo, entre el capital y el cuerpo médico, sino entre capital y consumo, los clientes de los servicios de salud. En consecuencia, presenciamos un cambio en el objetivo del hospital, desde la eficacia médica hacia la eficiencia empresarial. Así, las reformas neoliberales en salud buscan introducir la lógica de mercado en los sistemas sanitarios y constituir hospitales-empresa.

En este marco, la forma tradicional de operación del hospital se comenzó a señalar como ineficiente. En los textos de las reformas en los años ochenta y noventa se acusaba la ineficiencia debido a la forma como se organizaba el hospital y la relación entre la dirección y la autonomía médica, la cual conducía a una gran variabilidad del trabajo médico y gastos poco controlados. Por tanto, para acelerar la circulación del capital en el interior del hospital se debía reducir el gasto médico mediante la ampliación de los atributos del cuerpo administrativo, es decir, hubo una mayor centralización de la coordinación del trabajo en el *management* que implicó una reducción de la autonomía médica, la flexibilización de sus condiciones laborales y el fortalecimiento del papel del cliente. Se pretende que el gerente del hospital-empresa se apropie del trabajo médico e intente sujetar a los trabajadores hospitalarios y a los pacientes como consumidores, a quienes en su circulación se les gestiona su cuerpo, lenguaje y subjetividad.

Por un lado, el *management* emplea los dispositivos de control (Deleuze, 2006) para sujetar a los médicos a la dinámica del hospital-empresa y a los pacientes para transformarlos en clientes. El no reconocimiento del otro no pasa por la vigilancia, la rigidez y el encierro del hospital tecnológico, sino por la flexibilidad, la circulación del trabajo en salud y del hospital-empresa. Su principal tecnología es la gestión hospitalaria y allí se dan sus principales cambios. Las tecnologías de gestión se refieren a saberes estructurados que ponen en movimiento los demás componentes del proceso de trabajo articulando, en determinados

momentos, los agentes de dicho proceso y los instrumentos materiales (Merhy, 2006). Son saberes tecnológicos la planeación, la organización y la administración y la evaluación de los servicios de salud encaminadas a la estructuración de la producción de los trabajos y a las interacciones de los sujetos ahí presentes (Frigotto, 2008).

Por un lado, el control busca que los objetos de trabajo, las tecnologías hospitalarias y los sujetos circulen. El objeto de trabajo del hospital-empresa se transforma de un cuerpo con órganos, un paciente que por consideraciones biológicas se ve afectado en su función o en su vida, a información probabilística sobre los riesgos de ese cuerpo, a un cuerpo sin órganos. El primero tiene restricciones para circular, en cambio la información sobre los riesgos y los símbolos sobre el segundo circula a la velocidad de la web. Ya no es tan necesaria la mirada clínica para reconocer signos y síntomas en el cuerpo del paciente y recortar el objeto de trabajo, sino destrezas para leer información de pruebas diagnósticas o laboratoriales, donde ni siquiera el cuerpo del cliente debe estar presente. El objeto de trabajo se transforma en códigos que simbolizan el cuerpo y sus probabilidades de enfermar y estos pueden circular en las redes de informática de los servicios de salud. La persona enferma ya no es el paciente del médico, sino información circulante de riesgos de enfermar.

Por otra parte, la morbilidad atendida en los hospitales también se transforma de las agudas, infecto contagiosas, a las crónico-degenerativas. Esto refuerza el cambio en el objeto del hospital, pues las primeras requieren periodos cortos de tratamiento y vigilancia intensiva del médico sobre su cuerpo hasta lograr su cura o la muerte. Mientras las segundas no se curan, sino que los clientes viven con ellas durante toda su vida. Una vigilancia disciplinaria sobre un cuerpo por tanto tiempo es demasiado onerosa, en cambio se observan y se controlan los datos de los riesgos que indican pequeños cambios en la glucosa, en el imc, en la tensión, etc., haciendo de esta manera que el esfuerzo sea preventivo. Buena parte del trabajo médico con los crónico-degenerativos es intentar controlar los datos dentro de lo normal, identificar los que muestren cambios en el riesgo, prevenir un daño. Se busca controlar los cuerpos, los hábitos saludables, mediante el señalamiento de las probabilidades de enfermar o morir.

Cuando el objeto de trabajo circula en forma de información sobre riesgos, se acelera la rotación de los equipamientos y los conocimientos

médicos, abordando esferas de la vida que antes no estaban en el radar médico. Con la prevención se medicaliza la vida. Se producen, venden y consumen tecnologías que generan más información, más precisa, para identificar alarmas, para dar forma al cuerpo sin órganos, y conocimientos médicos que dan nuevas lecturas a los riesgos a este cuerpo tratando de modificar los hábitos de vida. Así mismo, se aceleran las innovaciones y la venta de medicamentos cuyos cambios son cada vez más frecuentes; también la formación continua de los médicos es una exigencia en los hospitales, pues deben poder leer la nueva información que producen los nuevos equipamientos y requieren estar actualizados para recomendar los nuevos medicamentos.

Los hospitales también circulan, ya no pertenecen al Estado o se han autonomizado, están en el mercado de la salud constituido por su información. Los clientes se mueven entre hospitales-empresa buscando que sus cuerpos sin órganos sean atendidos, para comprar paquetes de servicios en los hospitales con mayores estandartes de calidad, que son también información. El *managament* hospitalario conoce las reglas del juego del mercado de la salud y acelera los objetos, las tecnologías y los clientes para sobrevivir. Para ello hace uso intensivo de las tecnologías de gestión y de la información. El *management* trabaja sobre los riesgos del hospital-empresa para jugar en el mercado de la salud.

En este nuevo espacio se presenta la reestructuración productiva del hospital-empresa, su producción hace un giro copernicano al centrarse en ser eficaz en la cura de cuerpos con órganos mediante tecnologías médicas de punta, concentrándose en ser eficiente jugando con los riesgos económicos del hospital y resolviendo, previniendo y controlando los datos del riesgo mediante tecnologías de gestión de esta información. Siendo el objeto de trabajo la información sobre los riesgos definidos probabilísticamente y externos al encuentro médico-cliente, es más fácil que sea apropiado por el *management* mediante una estandarización más estricta y desde el interior de los hospitales-empresa, arrebatándole al médico el monopolio de la enfermedad, la atención y el cuidado. De allí, este *boom* de la gestión clínica (por ejemplo, las guías de práctica clínica) y de los procesos de calidad (habilitación, certificación, acreditación, seguridad del paciente, etc.), que son esencialmente información del trabajo hospitalario y captura del trabajo en salud por parte de las gerencias. Por

otro lado, el trabajo se flexibiliza (incentivos, evaluación, contratación a tiempos definidos y cortos, definición de perfiles laborales más rigurosos) y se informatiza. Los trabajadores se ven forzados a estar en una permanente formación para cumplir con los requerimientos del hospital-empresa.

Esta circulación del objeto de trabajo, los equipos, los medicamentos y las tecnologías de gestión se controla mediante la seducción y la normalización. Por un lado, se comienza a invertir una gran cantidad de energía por seducir a trabajadores y clientes con la información sobre riesgos. Así, se usa la probabilística para definir quién está dentro o fuera de lo normal, llámese riesgo de enfermase del paciente, riesgo financiero del hospital o riesgo de desactualizarse del trabajador de la salud. La producción, circulación y consumo de la información es parte gravitatoria de las tecnologías de gestión del nuevo hospital-empresa.

En este marco no se requiere la vigilancia disciplinaria sobre el cuerpo y el lenguaje de los pacientes y los trabajadores en salud. Toda esta coerción sobre ellos que se presentaba en el hospital tecnológico se entiende como una aberración y un anacronismo. De allí los llamados a la humanización, pues no se requiere vigilar un objeto de trabajo que es un cuerpo sin órganos, que es información de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas. Se exhorta a seducir al cuerpo sin órganos para que a partir de él se produzcan nuevos datos y se busca que esa información se acelere y fluya en los circuitos de los mercados de la salud. Se pretende que, en el *management*, médicos y clientes sean sujetados por la información sobre riesgos y que estén constantemente observando y consumiendo la información producida y puesta a circular. La deshumanización es reducirlos a un rol de sujetos encadenados a la información sobre riesgos. Esta seduce y captura a aquellos quienes la observan. Con la información correcta los individuos aceptan su papel y lo consideran libre porque es "informado".

La deshumanización sigue siendo brutal. Aún quedan rezagos de la disciplina, pero rápidamente se están señalando, y con el cambio institucional es solo cuestión de esperar para que sean controladas. No obstante, se mantiene el no reconocimiento del otro, ahora ni siquiera el médico mira al cuerpo del paciente. Esa es una de las quejas más frecuentes en la actualidad, pues este se concentra en la pantalla de su monitor donde está introduciendo la información que circulará después.

Es seducido por la información de su monitor más que por el cuerpo con órganos del hospital tecnológico y allí queda atrapado.

El lenguaje legítimo sobre la enfermedad ya no es exclusivamente el que proviene del médico del hospital. Sin embargo, se mantiene un control sobre el lenguaje legítimo para nombrar y definir la experiencia de enfermarse de las personas, pero ahora se encuentra en todos lados y los legos lo adoptan como suyo. No es necesario tener un médico para vigilar el uso del lenguaje, porque en todas las fuentes legítimas que hablan sobre la enfermedad se usa el lenguaje médico. Los clientes están cada vez más atrapados por la información sobre su padecimiento, producida con intereses del mercado de la salud y ellos adoptan el lenguaje de esos intereses. Los clientes terminan siendo sus altavoces y haciéndolos suyos.

Para resumir, el hospital-empresa transforma el proceso de trabajo en salud en información sobre riesgos y lo pone a transitar en los circuitos del mercado de la salud para ser más eficiente. Para ello el *management* usa las tecnologías de gestión que articula objetos, equipos, medicinas, etc. como información circulante sobre riesgos. La nueva meta es controlar la producción, la divulgación y el consumo de la información. La deshumanización se transforma de una disciplina de los cuerpos con órganos a sujetos reducidos a información sobre probabilidades y sujetados a su seducción.

CONCLUSIÓN: LA HUMANIZACIÓN COMO RESISTENCIA A NO SER RECONOCIDO

La resistencia no es exterior al poder: siendo relacional el poder no puede existir sino en función de una multiplicidad de puntos de resistencia. Hay una variedad de ellas distribuidas de manera irregular que llevan, a veces, a rupturas radicales, binarias y masivas y, otras, a puntos de resistencia móviles y transitorios que introducen en la sociedad líneas divisorias y a los propios individuos los remodela, trazando en su cuerpo y alma regiones irreductibles (Foucault, 1992). La humanización es una resistencia a esas tecnologías relacionales disciplinarias y del control, personas que resisten a ser cuerpos con órganos o información sobre

probabilidades y desde allí se busca rearticular las tecnologías duras y la organización de la atención en salud. El lenguaje y el cuerpo son a la vez los centros de la deshumanización y de la humanización posible. Allí, en ambos, están los puntos de resistencia.

Humanizar es reconocer un cuerpo entretejido de mil formas y con diversos puntos con el mundo, la historia y los otros, por tanto, produce otras necesidades. También son nuevas formas de narrar la enfermedad y de articularla a los diálogos de la producción de la atención. Cuerpos y lenguajes deben reorganizar el proceso de trabajo en salud y la organización del mismo hospital.

REFERENCIAS

ATTALI, J. (1981). *El orden caníbal. Vida y muerte de la medicina*. Barcelona: Planeta.

AYRES, J. R. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, *13*(3), 16-29.

_____. (2009). Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, *18*(2), 11-23.

BAUMAN, Z. (2002). *Modernidad l*íquida. Buenos Aires: fce.

CASTRO, R. y Erviti, J. (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En B. Rico, M. P. López, G. Espinoza (Eds), *Hacia una política de salud con enfoque de género* (pp. 245-263). México: ssa-unifem.

DELEUZE, G. (2006). Post-scriptum sobre las sociedades de control. *Polis*, 13. Recuperado de https://goo.gl/OwYxSG.

DURAND, G. (1999). *Ciencia del hombre y tradición. El nuevo espíritu antropológico.* Barcelona: Paidós.

FOUCAULT, M. (1992). *La microfísica del poder*. Madrid: De la Piqueta.

_____. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

FRIGOTTO, G. (2008). Tecnología. En I. Pereira y J. C. Franca (eds.), *Dicionario da educação profissional em saúde* (pp. 377-382). Rio de Janeiro: Fiocruz.

LE Breton, D. (2002a). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva visión.

_____. (2002b). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

MENDES, R. B. (1984*). Medicina e historia. Raíces sociales del trabajo médico*. México: Siglo XXI.

MERHY, E. E. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires.

MERHY, E. E. y Batista, F. (2008). Reestruturaçao produtiva em saúde. En I. Pereira y J. C. Franca (eds.), *Dicionario da educação profissional em saúde* (pp. 248, 352). Río de Janeiro: Fiocruz.

MINTZBERG, H. (1991). *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo.

MORIN, E. (2002). *El método III. El conocimiento del conocimiento*. Madrid: Cátedra.

PEDUZZI, M. y Schraiber, L. B. (2008). *Processo de trabalho em saúde* En I. Pereira y J. C. Franca (eds), *Dicionario da educação profissional em saúde* (pp. 320-323). Rio de Janeiro: Fiocruz.

PERDOMO, A. y Hernández, G. (2014). La ideología en la planificación normativa y la modernización neoliberal: contextos y dispositivos de poder. *Saúde em debate*, *38*(103), 840-852.

RODRÍGUEZ, G. y De la Garza, E. (2000). *Trabajo cognitivo y control sobre el proceso de trabajo: la producción de software*. Recuperado de https://goo.gl/AVZUKK.

SENNET, R. (2008). *La nueva cultura del capitalismo*. Barcelona: Anagrama.

DE Sousa Campos, G.W. (2010). Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciencia & saúde coletiva*, *15*(5), 2337-2344.

TEXEIRA, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. En R. Pinhiero y R. Araujo de Matos (eds), *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 89-111). Rio de Janeiro, ims-uerj/abrasco.

ZIZEK, S. (2003). Introducción. El espectro de la ideología. En *Ideología un mapa de la cuestión* (pp. 7-42). Buenos Aires: fce.

LA VIGENCIA DE LA CRÍTICA DE SARTRE A LA PSICOLOGÍA Y AL PSICOANÁLISIS

MAGALY ROCÍO PABÓN ROBAYO

INTRODUCCIÓN

La psicología y el psicoanálisis han sido respuestas al gran interrogante que supone la condición humana: sus conflictos, pasiones y emociones, así como de las diversas patologías mentales. Las pesquisas sobre estos temas han abarcado toda la historia, desde las explicaciones a partir de la dualidad cuerpo/alma en la antigüedad, hasta las modernas e intrincadas teorías psicoanalíticas y fisiológicas. A pesar de ello, la naturaleza de la mente humana permanece hasta hoy como un enigma sin resolver. ¿Estamos determinados o más bien somos determinadores de nuestras acciones?, ¿es nuestra conciencia una o está fraccionada hasta el punto de que no podemos controlar ciertas zonas oscuras de ella? Las respuestas siguen siendo tan poco concluyentes que nuestra conciencia sigue apelando a la idea primigenia de la dualidad cuerpo y alma.

Ante todos estos interrogantes el trabajo crítico de Sartre en la psicología y el psicoanálisis cobra pleno sentido y vigencia. La mencionada crítica aparece en el *Bosquejo de una teoría de las emociones* (1987), un tratado en el que analiza sus principales falencias. El análisis desde las bases de la construcción de las teorías lleva a concluir que estas teorías son falaces, pues parten de datos accidentales y externos a pesar de lo cual pretenden ser concluyentes.

Desde luego, los principales afectados con esta colección de datos hecha, en muchas ocasiones de manera arbitraria, son los pacientes mentales. No es materia de este trabajo hacer un recuento de los abusos a los cuales estos enfermos han sido sometidos durante la historia, lo cierto es que permanecen a una especie de parias dentro del ejercicio de las

ciencias de la salud, pese a los avances en cuanto a tratamientos médicos y psicológicos se refiere.

Hasta el presente las enfermedades mentales nos asustan precisamente porque no las comprendemos y no lo hacemos, según Sartre, porque carecen de una epistemología bien fundada que dé cuenta de sus raíces. Por el contrario, su explicación se ha buscado a partir de las expresiones más externas y accidentales de la consciencia, que son las emociones, lo que ha determinado es un método erróneo de estudio, según el cual se pretende construir una teoría general a partir de datos particulares. Por ende, tanto las teorías clásicas como el psicoanálisis se han edificado sobre una falacia, a saber: la construcción de sus teorías a partir de hechos heterogéneos y desconectados entre sí, de los cuales se pretende establecer una estructura de la conciencia que se aleja por fuerza del núcleo del objeto de estudio.

Al observar la fuerza con la que se han consolidado tanto la psicología como el psicoanálisis en el pensamiento occidental, encontramos que la crítica postulada por Sartre en el *Bosquejo de una teoría de las emociones* (1987) sigue vigente en un mundo en el cual ni lo físico ni lo metafísico han logrado entregarnos una imagen terminada de nosotros mismos, de manera que contamos ahora con más datos sobre el espacio exterior que con información sobre nuestro propio interior:

> El resultado de tantas precauciones es que la psicología, en la medida en que pretende ser una ciencia, solo puede proporcionar una serie de hechos heteróclitos, la mayoría de los cuales no guardan relación alguna entre sí. ¿Hay algo más distinto, por ejemplo, que el estudio de la ilusión estroboscópica y el del complejo de inferioridad? Este desorden no es casual, sino que procede de los mismos principios de la ciencia psicológica. (Sartre, 1987, p. 10)

Ahora bien, si la búsqueda de la bioética actual en materia clínica es humanizar la ciencia y tratar al paciente de una manera fidedigna, queda claro, en el caso concreto de los pacientes mentales, que se debe propugnar por una psicología y psiquiatría autocríticas que no dejen al paciente a merced de teorías falaces que enmarquen sus síntomas dentro de categorías caprichosas.

Esto cobra aún más importancia en el mundo contemporáneo, que

presenta cada día más y más reactivos desencadenantes de las patologías mentales: un mundo vertiginoso, individualista, utilitarista, instrumentalista, implacable y despiadado, tal como lo describe Charles Taylor en *La ética de la autenticidad* (1994). Un lugar en el que la economía de mercado impone sus propias reglas y nos ha conducido al llamado malestar de la modernidad.

LA VIGENCIA DE LA CRÍTICA DE SARTRE A LA PSICOLOGÍA Y AL PSICOANÁLISIS

> PERO EL PSICÓLOGO no se compromete: ignora si la noción de hombre es arbitraria o no. Puede ser demasiado amplia: no hay nada que demuestre que el hombre primitivo australiano pueda incluirse en la misma clase psicológica que el obrero norteamericano del año 1939. Puede ser demasiado estrecha: no hay nada que demuestre que haya un abismo entre los monos superiores y un hombre. Sea como fuere, el psicólogo se niega absolutamente a considerar a los hombres que le rodean como sus semejantes.
>
> JEAN PAUL SARTRE, *Bosquejo de una teoría de las emociones*

El tema de la mente humana y de las patologías mentales ha sido desde tiempos inmemoriales un verdadero reto para la ciencia. La historia ha dejado claro que nada es tan inaprensible como la mente humana. De hecho, la conciencia es un concepto moderno y, a su vez, la psicología es una ciencia contemporánea. Incluso dentro del imaginario colectivo prevalece aún la idea de la dualidad entre el alma y el cuerpo (mente-psique) sin que la hayamos podido erradicar del todo de nuestro fuero interno. Esta intuición primaria que tuvieron los griegos pasó a la Edad Media y llegó incólume a la Modernidad a través de Descartes, quien, en el *Tratado de las pasiones del alma* (1649), propuso, luego de un análisis, a la glándula pineal como el lugar físico exacto en donde se encontraba el alma. (Merani, 1982, p. 272).

En efecto, los antiguos ubicaban la *psiché* en algunos casos en el corazón

(p. 74), el autor se refiere a los poetas homéricos que observaban cómo las emociones iban acompañadas de palpitaciones. Otros en la cabeza, como lo postuló Hipócrates en *La enfermedad sagrada* (p. 96), tratado en que sostuvo que el cerebro era el órgano más importante del cuerpo y, si se encontraba sano, las demás funciones corporales como la vista, el habla y el movimiento de las extremidades eran posibles, a su vez, sostenía que la inteligencia provenía del aire (p. 96), es decir, no se hallaba en nuestro interior. En la Edad Media la dualidad de alma y cuerpo se afincó como explicación de la psique humana, desde ese entonces hasta Santo Tomás quedó firmemente establecida. Para el filósofo el hombre tendía siempre hacia el bien debido a que participaba de la esencia divina.

Como ya se dijo, en la Modernidad, Descartes concluyó que éramos cuerpo y espíritu: *rex extensa* y *rex cogitans*. Es al segundo al que corresponde el pensamiento, siendo el que aprende las impresiones externas e imperfectas. Sin embargo, hizo un avance con respecto a la dualidad que planteaban los antiguos, pues, para él, el cuerpo (*rex extensa*) no estaba sujeto al espíritu como se creía en la antigüedad: nuestro cuerpo es como los demás cuerpos de la naturaleza, responde a las leyes mecánicas y tiene como principal función la de contener al espíritu (p. 274). Sin embargo, el paso más determinante que hizo el autor fue formular el *cogito ergo sum*, pienso luego existo, paso con el que precisamente se ubicó a la conciencia en el interior humano.

La psicología entonces es una ciencia desarrollada a partir de la Modernidad y consolidada en la Era Contemporánea. Fue Descartes quien dio sus primeros atisbos, por lo que se puede decir que es un sucedáneo de la filosofía. A lo largo de la historia, el estudio de la mente ha oscilado entre dos tendencias principales: el racionalismo y el empirismo (p. 11) y los estudiosos de la mente humana han encontrado múltiples escollos para fundar a la psicología como ciencia porque, por un lado, han tenido que apelar a una esencia primigenia y anterior al hombre y, por el otro, a los datos proporcionados por la experiencia. Pero el hombre no responde al mismo análisis científico que se aplica a los objetos de la naturaleza, de hecho, sí hay algo que ha demostrado resistirse al análisis científico es el comportamiento humano.

A pesar de ello, en la medida en que el pensamiento científico se fue consolidando hacia el siglo XV, la naturaleza de la mente y el

comportamiento del hombre empezaron a ser estudiados también a partir del método científico, basado en datos externos y dejando de lado el carácter metafísico que habían tenido. La concepción de la dualidad cuerpo y alma se fue desdibujando cada vez más, hasta llegar a explicaciones fisiológicas de la mente.

Por otra parte, al discurso científico que define la normalidad se ha unido al de la economía de mercado, que también ha permeado la noción de lo *normal*, según la cual el comportamiento *aceptable* es el que se adapta a las normas sociales y a la racionalidad económica, es decir, somos normales en la medida en que somos eficientes, productivos, bellos y, por el contrario, no tenemos cabida en ese mundo instrumental cuando no somos gregarios y dejamos de producir. El mundo actual no deja entonces lugar a la diferencia, a la vulnerabilidad ni a lo particular.

En la época clásica un hombre singular y poco convencional, como Diógenes Laercio, quien vivía en un barril y se burlaba de los poderosos en su cara, tenía más cabida que en nuestros días. Él, contrario a lo que podría pensarse, era venerado: es famosa la visita que le hizo a Alejandro Magno quien lo admiraba profundamente. Quizás los antiguos nos superaron porque otorgaron al hombre un estatus metafísico, según el cual este participaba de algo superior, algo suprasensible, siendo, a la vez, más que una serie de manifestaciones físicas. En el mundo contemporáneo los enfermos mentales no tienen espacio y son indignos de comprensión, porque se tiende a la perfección y a la eficacia. En ese mundo, presuntamente correcto, ellos ya han sido categorizados, aprendidos y diagnosticados por una ciencia inexorable y pétrea.

Michel Foucault, en su obra *La historia de la locura en la época clásica* (1993), precisamente da cuenta de cómo la estigmatización y el trato vil a los enfermos mentales empezó a agudizarse durante el medioevo. La razón es que, en esta época, el desarrollo del cristianismo determinó la equivalencia entre la locura y el mal, según la cual, la primera era una falta de contención por parte del hombre ante sus deseos. Así, la locura ya no tenía esa connotación juguetona otorgada en otros periodos de la historia, sino que fue relacionada directamente con la animalidad y, por ende, con la ausencia de razón. Así lo manifiesta el autor:

> La Edad Media había colocado la locura en la jerarquía de los vicios. Desde el

> siglo XIII es corriente verla figurar entre los malos soldados de la psicomaquía. Forma parte, tanto en París como en Amiens, de las tropas malvadas y de las doce dualidades que se reparten la soberanía del alma humana: Fe e Idolatría, Esperanza y Desesperación, Caridad y Avaricia, Castidad y Lujuria, Prudencia y Locura, Paciencia y Cólera, Dulzura y Dureza, Concordia y Discordia, Obediencia y Rebelión, Perseverancia e Inconstancia. (p. 19)

Con el paso del tiempo, esas ideas sumadas a otras se fueron asentando dentro de la medicina y fueron permeando el trato hacia los pacientes mentales, el cual se endureció. Los discursos científicos, por su parte, adolecieron de fundamento y terminaron apelando a toda clase de ideas disímiles y teorías contradictorias.

Es este intento de aprehensión científica de la conciencia la que crítica Sartre en *Bosquejo de una teoría de las emociones*. En la obra, el autor se dedica a analizar cómo tanto la psicología como el psicoanálisis se han desviado totalmente de su objeto de estudio y, al igual que muchas de las teorías que han intentado explicar la naturaleza humana, parten de una base falaz, esto es: tomar como punto de partida las manifestaciones externas para llegar al conocimiento interno de un objeto inaprensible, la mente humana. Así, según Sartre: "los psicólogos no se dan cuenta, en efecto, de que resulta tan imposible alcanzar la esencia acumulando accidentes como llegar a la unidad añadiendo indefinidamente números a la derecha de 0,99" (1987, p. 15).

Esa manifestación externa a la que hace referencia Sartre, en este caso, es la emoción. Cuando se hace un estudio del comportamiento humano, es ella, como su manifestación externa, el punto de partida para el análisis científico. Haciendo una analogía con otras ciencias, se puede ver cómo el psicólogo realiza el mismo ejercicio que los físicos o los químicos, que concluyen a partir de datos externos y formulan leyes dados comportamientos análogos. La emoción, como exteriorización, es por definición finita, accidental e inacabada, en suma, una expresión imperfecta que no da cuenta de la naturaleza compleja de la mente. De este modo, la explicación primigenia de nuestro ser sigue en suspenso al querer aprehender su esencia a partir de elementos causales. En la introducción a este tratado Sartre explica que

> el psicólogo se propone utilizar tan solo dos clases de experiencia perfectamente definidas: la que proporciona la percepción espaciotemporal de los cuerpos organizados y la que suministra ese conocimiento intuitivo de nosotros mismos llamado experiencia reflexiva. Cuando surgen, entre psicólogos, discusiones sobre métodos a seguir, estas se refieren casi exclusivamente al siguiente problema: ¿son complementarios estos dos tipos de información?, ¿debe subordinarse uno a otro?, ¿o debe descartarse decididamente uno de ellos? Sin embargo, todos están de acuerdo en un principio esencial: su investigación ha de arrancar ante todo de los *hechos*. (p. 10)

Pero he ahí el problema: los hechos[34] son unidades sueltas, contingentes que conducen a una explicación con estas mismas características. Según el autor, la psicología sigue ese proceso al agrupar una cantidad de datos finitos y heterogéneos para luego sacar conclusiones, pero la mente humana no opera como los demás objetos físicos, así que, a pesar de que se acopie cualquier cantidad de datos, de esa recolección no se conseguirá una verdad clara y distinta acerca de la esencia del hombre:

> No debe pues, contarse con que los hechos se organicen por sí mismos en una totalidad sintética que revele por sí misma su significado; o sea, que sí se da el nombre de antropología a una disciplina que se proponga definir la esencia del hombre y la condición humana, la psicología incluso la psicología del hombre no es, y nunca podrá ser una antropología. No se propone definir y limitar a priori el objeto de su investigación. La noción de hombre aceptada por la psicología es totalmente empírica: existen en el mundo unos cuantos individuos que ofrecen a la experiencia caracteres análogos. Además, algunas otras ciencias, como la sociología y la fisiología, nos enseñan que existen ciertos lazos objetivos entre estos individuos. Ello basta para que el psicólogo -acepte con prudencia y como hipótesis de trabajo- el limitar provisionalmente sus investigaciones a este grupo de individuos. (p. 11)

Definir a un individuo a la fuerza dentro de una clase particular de patología es reducirlo y doblegar inútilmente la complejidad humana, que no permite ser sometida dadas las condiciones particulares de cada persona. Cada hombre responde a la historia, la cultura y la religión, entre otros determinantes, pero la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis

siguen cayendo en el vicio de encuadrar al hombre en categorías que no tienen comprobación científica alguna: ¿existe el subconsciente? Si existe, ¿en qué parte de la consciencia se halla? Asimismo, ¿se puede fraccionar a la consciencia?

Entonces, la psicología no solo ha reducido el estudio de la conducta humana a unas cuantas patologías, sino que la ha desprovisto de la inmensa riqueza de contrastes que ella tiene con el resultado ya conocido: analiza, evalúa, califica, enjuicia y, finalmente, diagnostica a los pacientes, haciendo una colección de determinados comportamientos a los cuales compara con otros análogos en una labor imprudente e irreflexiva que termina por estigmatizar al enfermo mental, sobre el que casi siempre se presume la mala fe.

Dado este panorama tan sombrío en el que la ciencia no ha logrado aprehender la gran complejidad de la mente humana, el paciente mental permanece como un extraño a los ojos de los otros. Pocos se han atrevido a comprender y a tener empatía por él. Erasmo de Rotterdam, en *Elogio a la locura* (1511), ha hecho una de las pocas aproximaciones a la enfermedad mental y es uno de los pocos pensadores que han tenido empatía por los mal llamados locos:

> Decimos, por consiguiente, que un hombre tiene tanto más sentido cuanto más su alma actúa normalmente sobre el cuerpo; pero si el alma rompe sus ligaduras y busca la libertad escapando de su prisión, decimos entonces, que es locura. Si por casualidad se llega a este estado por enfermedad o desequilibrio de algunos órganos, todo el mundo le llama demencia. (Rotterdam, s. p.)

Para salir de este atolladero académico, Sartre propone ir hacia la fenomenología, al estudio de las condiciones de ser de las cosas, según esto, la emoción (ya sea como manifestación psicológica o fisiológica) es significante y no significado de algo, no un hecho cerrado sobre sí mismo, sino de otra cosa:

> tiene su esencia, sus estructuras particulares, sus leyes de aparición, su significación. No puede proceder *desde fuera* de la realidad-humana. Es el hombre, por el contrario, el que asume su emoción; por consiguiente, la emoción es una forma organizada de la existencia humana. (Sartre, 1987, p. 29)

PRIMER PASO DE SARTRE: LA CRÍTICA DE LAS TEORÍAS CLÁSICAS

Las teorías clásicas a las que Sartre critica son inicialmente las teorías periféricas, como la de W. James (citado en Sartre, 1987), que suponen la existencia de manifestaciones netamente fisiológicas. En estas, tanto la ira como la alegría extrema se manifiestan con expresiones fisiológicas, como los pálpitos, el aumento del ritmo cardiaco y la sudoración. Pero sostiene que esas mismas manifestaciones están presentes en ambas emociones indistintamente, por lo que no las explican del todo (p. 39).

Janet (citado en Sartre 1987), por su parte, dio un paso más al explicar la emoción no solo desde su aspecto fisiológico, sino desde el psicológico. Para este teórico las emociones son conductas imperfectas de adaptación ante ciertos hechos del mundo, son expresiones inferiores de la consciencia: si fracaso, por ejemplo, reacciono de manera violenta. El ejemplo que da Janet es el siguiente: los enfermos que, temerosos de enfrentar sus miedos ante el médico, prorrumpen en sollozos. Esta conducta es de readaptación frente a un reto que impone el mundo y que es difícil de traspasar. Esto, según Sartre, es una falacia que no explica las verdaderas motivaciones de las emociones. Es más, si la conducta se presenta a fin de evadir un reto en el que se pueda presentar un fracaso, es porque la conciencia ya le ha otorgado tal significación. Las emociones son readaptaciones (Sartre, 1987).

Posteriormente, Dembo y Guillaume (citados en Sartre, 1987) afinaron estas explicaciones: la ira es una conducta inferior ante los conflictos que no se pueden solucionar. Para Sartre, *a contrario sensu*, el problema de las conductas inferiores es que, para ser llamadas como tales, deben pasar por un análisis anterior que les otorgue esa significación, que ha de pasar primeramente por la consciencia, luego es la consciencia el punto de partida, no la emoción como tal:

> Comprendo a lo sumo la ruptura de la forma "problema sin solución", pero ¿cómo admitir la aparición de la otra forma? No olvidemos que se presenta claramente como sustituta de la primera. Solo existe con respecto a la primera. Hay, pues, un solo proceso: la transformación de forma. Ahora bien, no puedo

> comprender esa transformación sin dar por sentada la consciencia. Solo ella puede por su actividad sintética romper y reconstruir incesantemente unas formas; solo ella puede dar cuenta de la finalidad de la emoción. (p. 60)

CRÍTICA AL PSICOANÁLISIS

El tema del psicoanálisis es especialmente criticado por Sartre. Recordemos que la premisa que guía la filosofía existencialista es: "la existencia precede a la esencia". Según ella, existimos antes de ser y no participamos de una sustancia dada por otro ente, tan solo existimos, luego "somos" y lo hacemos a partir de nuestras propias acciones.

Este postulado tiene sus consecuencias éticas en la medida en que somos nosotros quienes nos determinamos, no hay una esencia ya establecida. Nos construimos a partir de nuestras propias acciones, así que, al no existir una cualidad previa debemos elegir y hacer un uso correcto de la libertad. Si somos nosotros mismos quienes nos damos nuestra propia esencia, debemos elegir dentro del marco de libertad que nos es dado aun cuando este sea estrecho. En la medida en que, el hombre mismo se da su ser, se debate entre sus elecciones y, de esto se sigue, que no hay destino, solo hay devenir.

Al acto de justificarse y de culpar por nuestras reacciones y conductas lo llama Sartre *mala fe*. Como el psicoanálisis explica a la emoción como otra cosa que no es ella misma, el autor denomina a esta teoría *de mala fe*, porque el hombre finalmente no tiene responsabilidad por sus acciones, ya que hay motivos oscuros que él desconoce detrás de todas ellas. El caso que da para ejemplificar esta falacia es el de la fobia que tiene una joven al laurel:

> Una mujer tiene fobia a los laureles. Apenas ve un macizo de laureles, se desmaya. El psicoanalista descubre en su infancia un penoso incidente sexual relacionado con un macizo de laureles. ¿Qué será, pues, aquí la emoción?: un fenómeno de repulsa, de censura. No una repulsa al laurel, sino la repulsa a revivir el recuerdo ligado al laurel. La emoción es aquí una huida ante la revelación a punto de manifestarse, como el sueño es a veces una huida ante una decisión por tomar, y como la enfermedad de algunas chicas jóvenes es —para Steckel— una

> huida ante el matrimonio. La emoción no siempre será, naturalmente, evasión. (1987, p. 66)

Este es uno de los innumerables casos de explicaciones psicoanalíticas de conductas que valen por otro fenómeno que no es. Según Sartre, "el significado y el significante quedan cortados". El significado no viene de la propia conducta humana, sino de los deseos o los miedos oscuros que el mismo hombre ni conoce ni puede dominar. En algún punto de su actuar pierde el control de los desencadenantes.

En consecuencia, el psicoanálisis en lugar de explicar el objeto de estudio, que es la consciencia humana, se ha alejado más de él, se ha quedado con los fenómenos externos, ha gravitado en ellos y ha pretendido que estos expliquen la estructura profunda del ser, pero, como se ha visto en el anterior ejemplo, no toda conducta necesariamente significa lo que debe significar:

> Por nuestra parte, no rechazamos los resultados del psicoanálisis cuando han sido conseguidos mediante la comprensión. Nos limitamos a negar todo valor e inteligibilidad a su teoría subyacente de la causalidad psíquica. Por otra parte, afirmamos que, en la medida en que el psicoanalista utiliza de comprensión para interpretar la consciencia, más valdría reconocer francamente que todo lo que ocurre en la consciencia solo puede recibir explicación de la propia conciencia. (p. 72)

LA PROPUESTA DE SARTRE

¿Cómo construir una teoría de las emociones que no sea falaz? Sartre nos da un bosquejo. La emoción y la acción, incluso las irreflexivas, no son inconscientes, son conscientes; la inconsciencia es la excepción; la consciencia es la regla. Como el incendio que se nutre de la leña que se quemó, la acción está ligada a la voluntad:

> Se describe, por ejemplo, la huida con miedo como si la huida no fuera ante todo una huida ante cierto objeto, como si el objeto del que se huye no permaneciera constantemente presente en la misma huida, como su tema, su razón de ser, como

> aquello ante lo cual se huye. (p. 77)

Según Sartre, esto es algo análogo a lo que sucede cuando escribimos: las frases y las palabras no salen de manera espontánea como criaturas con vida propia que, de manera autónoma, imponen un mensaje o un significado a algo. La escritura responde a un acto consciente. Eso mismo pasa con las emociones: la emoción no es una estructura autónoma desconectada de la consciencia que, de manera antojadiza, impone su propio significado. La emoción es la expresión de algo más profundo que acaece en la consciencia, por lo que no se la puede explicar a partir de sus accidentes.

La emoción es una *transformación del mundo*, es, ante todo, una nueva adaptación del hombre ante los obstáculos que la vida le impone: como los fracasos y los peligros. Él se nutre del mundo y de su realidad, no se vale por otra cosa, sino que representa la adaptación a lo que le rodea. Frente al peligro, el hombre se adapta así sea irreflexivamente. Un ejemplo de esto es:

> Me encojo de hombros, retiro las manos, murmuro "están demasiado verdes" y me alejo. Todos estos gestos, estas palabras, esta conducta no son aprehendidos por sí mismos. Se trata de una pequeña comedia que interpreto bajo el racimo con el fin de conferir a las uvas, a través de ellas, la característica "demasiado verdes" que puede servir de sustitutivo a la conducta que no puedo llevar a cabo. Primero se presentaban como "teniendo que ser cogidas". (p. 88)

En fin, las cuestiones en que la emoción vale por otra cosa no existen. Sartre formula otros casos como el miedo pasivo y activo, la tristeza pasiva, la tristeza activa, entre otros. Para este último, el autor cita a Janet quien alguna vez atendió a una psicasténica. La paciente sentía vergüenza al confesar algunos episodios de su vida y, para evitar el dolor de recordarlos, entró en crisis nerviosa a fin de lograr su simpatía. La crisis efectivamente era una crisis irreflexiva pero consciente de sus motivaciones. Como señala Sartre, la emoción es "padecida" porque proviene de la misma estructura de la consciencia, no es externa a ella y no se le puede estudiar desligándola de la segunda. Como padezco la emoción, esta depende de mi propia consciencia y no de otra entidad:

> El trastorno puede sobrevivir a la conducta, pero la conducta constituye la forma y la significación del trastorno. Por otra parte, sin ese trastorno, la conducta sería pura significación, esquema afectivo. Nos encontramos efectivamente ante una forma sintética: *para creer* en las conductas mágicas hay que encontrarse trastornado. (p. 105)

Aunque lógicamente, muchas veces el mundo pierde ante nosotros determinación, el ejemplo que pone Sartre para este caso es el siguiente: un rostro aparece en mi ventana, ¿es un hombre que va a entrar?, ¿es otra entidad? La consciencia y la emoción nuevamente se readaptan:

> La consciencia sumida en ese mundo mágico arrastra consigo al cuerpo en tanto que el cuerpo es creencia. La consciencia cree en él. Las conductas que dan su sentido a la emoción ya no son las nuestras: es la expresión del rostro, son los movimientos del cuerpo del otro los que terminan formando un todo sintético con el trastorno de nuestro organismo. (p. 118)

Es decir, la reacción humana ante un acontecimiento de esta índole deviene de la propia consciencia; no es irreflexiva, es reflexiva. El sujeto tiene miedo porque en su conciencia existe la idea de mundos mágicos, suprasensibles; de lo contrario el sujeto no se emocionaría. De la misma manera, si el sujeto logra la tranquilidad ante esta aparición es porque él mismo recompone en orden los hechos: hay un rostro afuera de la ventana, es simplemente un hombre que quiere entrar, de nuevo, la emoción es reflexiva.

En conclusión, la emoción está directamente ligada a la consciencia, es un sucedáneo de esta, es un accidente no una estructura causal. El orden que se debe seguir es investigar esa estructura causal para llegar a una mejor comprensión del comportamiento humano. Sartre finaliza así:

> Pese a esas reservas de importancia secundaria, esperamos haber demostrado que un hecho psíquico como la emoción, que suele ser considerado como un desorden sin regla, posee un significado propio y no puede aprehenderse en sí mismo, sin la comprensión de ese significado. (p. 130)

CONCLUSIÓN[35]

Somos extraños para nosotros mismos. Luego del análisis de la obra de Sartre queda claro el punto de partida epistemológico usado por la psicología y por el psicoanálisis, a saber: la emoción es una imagen imperfecta de las verdaderas motivaciones de nuestro comportamiento. La emoción puede expresar muchas cosas, pero las verdaderas motivaciones devienen de una fuente más compleja: la consciencia. Paradójicamente, las emociones son las que han servido de hilo conductor tanto del discurso psicológico como del psicoanalítico, que sigue ignorando la verdadera génesis del comportamiento humano. Luego, el discurso ha seguido una línea equivocada.

¿Qué deja la lectura del *Bosquejo de una teoría de las emociones*? Evidentemente una reflexión de las deficiencias de ciertos discursos académicos, pero, ante todo, una reflexión sobre la necesidad de que los discursos explicativos del comportamiento humano y de las patologías mentales se autoevalúen permanentemente.

Sartre fue un hombre comprometido con su tiempo. Que haya dejado esta importante crítica tanto en el *Bosquejo de una teoría de las emociones* como en *La trascendencia del ego* (2003) demuestra su empatía por la condición humana. Esta va más allá del abordaje crítico y riguroso de saberes que pretenden ser terminantes, le devuelve al hombre la valía perdida y le dignifica, porque afrenta a quienes pretenden encuadrar la conducta humana en tal o cual categoría de la que se puede seguir un diagnóstico equivocado.

El paciente mental es un semejante no una colección de síntomas, por lo que la ciencia ha de inclinarse por una explicación más responsable y autocrítica al momento de tratar a estos enfermos. La medicina busca el bienestar general del hombre, de modo que tendrá que abordarlo en su justa dimensión: la de ser humano, la de semejante que debe ser tratado según el imperativo categórico puro de Kant, como fin en sí mismo y no como medio.

Al terminar esta reflexión sobre los pacientes mentales y la infinita vulnerabilidad de su condición, recuerdo aún más que las reflexiones filosóficas, las enseñanzas de Jesús, para quien los rechazados de su

tiempo: los samaritanos, los pobres, los leprosos, los niños y los poseídos no eran extraños, sino semejantes y resumió toda la empatía humana en unas pocas palabras: “amaos los unos a los otros como yo os he amado”.

REFERENCIAS

DESCARTES, R. (1649). *Tratado de las pasiones del alma.* Recuperado de https://goo.gl/kFbjwX.

FOUCAULT, M. (1993). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. 1). Bogotá: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de https://goo.gl/6qF9nk.

MERANI, A. (1982). *Historia crítica de la psicología.* Barcelona: Ediciones Grijalbo.

ROTTERDAM, E. (s. f.). *Elogio de la locura.* Santiago de Chile: Universidad ARCIS. Recuperado de https://goo.gl/QuDm6w.

SARTRE, J. (1987). *Bosquejo de una teoría de las emociones.* Madrid: Alianza.

_____. (2003). *La trascendencia del ego.* Madrid: Editorial Síntesis.

TAYLOR, C. (1994). *La ética de la autenticidad.* Recuperado de https://goo.gl/MPUrKV.

QUEMADOS Y CIRUJANOS PLÁSTICOS EN COLOMBIA: AMBIGÜEDADES ENTRE UNAS POLÍTICAS DE BIENESTAR (WELFARE) Y DE CUIDADO DE LOS ENFERMOS (CARE)*

JUAN CAMILO VENEGAS CARRILLO

* El siguiente texto puede entenderse como el análisis en relación con el problema de la humanización de un fenómeno social que ya he revisado en el artículo "El ciudadano expuesto: modernización energética, quemados y biolegitimidad en Colombia", publicado en 2016 en *Universitas Humanística*, 82, pp. 249-277.

INTRODUCCIÓN

En el siguiente texto quisiera exponer algunas reflexiones posteriores a una investigación antropológica llevada a cabo entre los años 2012 y 2013. Mi propósito será hacer un análisis histórico del surgimiento de la cirugía plástica en Colombia en el que el halo de humanización que envuelve la llegada de este nuevo servicio médico se pondrá en cuestión. Mostraré que la emergencia social de los quemados con gasolina y el surgimiento de la cirugía plástica, durante la década de 1950, no pueden ser desligados de las políticas de energía doméstica que el Estado dispuso durante esta época, y por casi 40 años, sobre las clases bajas de las principales ciudades de Colombia.



Figura 1. Niño jugando con estufa de gasolina en medio de un desahucio en el barrio La Perseverancia[36]

Fuente: *El Bogotano* (27 de junio de 1974, p. 1)

Más que presentar el surgimiento de la cirugía plástica como una experiencia de humanización propongo analizar este término a la luz de tal experiencia. Así, en contraste con la concepción común que afirma que esta es una estrategia de mejoramiento de servicios, lo que quiero sostener aquí es que la humanización es un problema derivado de la modernidad. La cirugía plástica como dispositivo de cuidado de los quemados (*care*) surge en medio de una política energética que prometía bienestar y nuevos escenarios de *confort* para las personas de escasos recursos (*welfare*).

Dividiré mi análisis en tres momentos. En primer lugar, mostraré dos escenarios que, para mitad del siglo XX, comenzaban aparentemente por caminos distintos: 1) la política energética del Estado para los hogares pobres y 2) la ausencia de la cirugía plástica en el ámbito médico del país. Después, mostraré cómo la estufa de gasolina y las prácticas alrededor de esta se convierten en objeto de la salud pública. Finalmente, explicaré la ambigüedad moral que existe detrás de este proceso que muestra la llegada de la cirugía plástica como aquella anhelada humanización.

LA URBANIZACIÓN, LA GASOLINA Y LA CIRUGÍA PLÁSTICA



Figura 2. Pequeña habitación en donde se quemaron tres niños durante la noche[37]

Fuente: *El Bogotano* (16 de junio de 1973, p. 1)

Durante la década de los cincuenta del siglo pasado, en las principales ciudades del país las antiguas estufas de leña, carbón y alcohol empezaron a ser remplazadas por estufas eléctricas y de gas. Este cambio, que obedeció a un fenómeno industrial del exterior, no pudo ser asimilado por los habitantes de estratos bajos, ya que no poseían las condiciones socioeconómicas para mantener una tecnología de este tipo (Rodríguez, 1992). Utilizar energía eléctrica o de gas no era posible para ellos, entonces la gasolina blanca distribuida generalmente en estaciones de servicio y depósitos se convirtió en su opción más compatible.

Para entender por qué la gasolina fue la mejor opción para los sectores bajos de la ciudad, describiré brevemente las condiciones materiales de estas personas y su relación cotidiana con esta sustancia en la ciudad de Bogotá. En primer lugar, hay que considerar que para 1938 solo el 29 % de la población colombiana vivía en las ciudades, cifra que aumentó al 70 % para el final del siglo; además, entre la década de los cincuenta y los sesenta, los ritmos de urbanización en la ciudad alcanzaron su nivel más alto (Palacios y Safford, 2002). Este proceso generó un incontrolado asentamiento en inquilinatos y tugurios de todas estas personas que

llegaban a la ciudad en busca de una mejor vida o simplemente huyendo del conflicto armado.

En segundo lugar, es importante considerar estos tipos de vivienda que ocupaban los sectores bajos e inmigrantes de Bogotá. Respecto a los tugurios podemos decir que eran barrios de invasión conformados por casas hechas en su mayoría de latas, madera y cartón. En estos lugares, levantados en los bordes de la ciudad, no había ni acueducto ni alcantarillado y mucho menos electricidad. En el caso de los inquilinatos, eran casas donde vivían entre tres y cinco familias (promedio de cinco personas por familia), cada una en pequeñas habitaciones que al mismo tiempo hacían las veces de dormitorio, comedor, sala y cocina. Los baños y el lavadero eran servicios compartidos en toda la casa. Tanto en tugurios como en inquilinatos, así como en otros hogares de estrato medio, pero en menor medida, es donde empezaron a funcionar las estufas de gasolina, tecnología que no necesita de energía eléctrica ni de grandes espacios para funcionar, como sí ocurría con las estufas eléctricas y de gas propano.

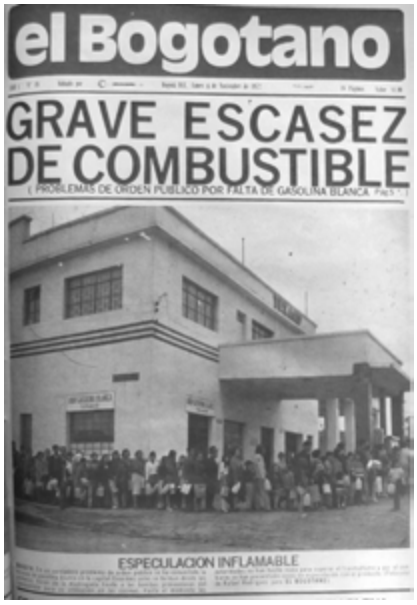


Figura 3. Filas constantes debido al acaparamiento, especulación y escasez de gasolina doméstica

Fuente: *El Bogotano* (6 de noviembre de 1973, p. 1)

Además, hay que tener en cuenta que la gasolina tenía un precio extremadamente bajo en comparación con el gas y la energía eléctrica, así que su asimilación en los estratos bajos se hizo de forma muy rápida. La

llamada *gasolina blanca* fue teñida en 1973 de color azul por técnicos de Ecopetrol, con el fin de diferenciarla de otros combustibles derivados del petróleo, en cuanto subsidiada por el Estado para la cocción de las familias pobres (Rodríguez, 1992). Su precio, casi un 60 % más barato que la gasolina para motor (*El Bogotano*, 1976), generó una grave situación de acaparamiento y escasez en la capital, además de un gran número de personas quemadas. Estos problemas tuvieron su punto más crítico a finales de la década de los setenta y se apaciguaron a finales de la década de los ochenta, cuando el Estado asumió su responsabilidad en estos sucesos y tomó acciones en su política energética.

Pero volvamos a los años cincuenta. Paralelo al proceso de urbanización y al establecimiento de la gasolina como fuente de cocción para los más pobres, existía una inquietud de parte de la élite médica por la ausencia de la cirugía plástica dentro de las especialidades médicas del país. En 1951, una publicación de la revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional presenta un informe del Dr. Manuel José Luque sobre los Congresos Interamericanos de Cirugía llevados a cabo en Lima por la Confederación de Congresos Americanos de Cirugía con sede en Buenos Aires. En este se habla de lo negativo que resulta para la comunidad médica del país que Colombia no haga presencia en estos eventos, ya que esta situación los pone en condición de inferioridad respecto a los otros países del continente (Luque, 1951).

Para superar esa condición de inferioridad, dice el Dr. Luque, es necesario crear unidades que representen a la elite médica colombiana para así poder entrar en diálogo con otros países de América. Y al respecto de la cirugía plástica en el país dice:

> En nuestra Facultad de Medicina no existe la cátedra como especialidad. Esporádicamente, en forma privada algunos profesionales se ocupan de estas disciplinas, pero no obstante los resultados muy satisfactorios en ocasiones, tales beneficios no están a la mano de los desvalidos y menesterosos. (p. 546)

Como observamos, para la mitad del siglo XX, no existía la cirugía plástica como especialidad formalmente reconocida y practicada en los hospitales del país. Lo que indica también que por esta época no eran los cirujanos plásticos los que estaban a cargo de los quemados y las

patologías que hoy son propias de esta especialidad. Sin embargo, para este momento las condiciones sociales de la academia médica ya tenían el suficiente terreno preparado para establecer la cirugía plástica en el país.

En 1947, luego de llegar de su especialización en cirugía plástica en el servicio de Sir Harold Gillies en Inglaterra, el doctor Guillermo Nieto Cano abrió el primer servicio de cirugía plástica de Colombia en el Hospital de la Samaritana, y un año después hizo lo mismo en el Hospital Militar (Tribuna médica, 1966; Cantini, 2002; Forero, 2011). En 1951, se traslada al Hospital San Juan de Dios y no solo abre el servicio de cirugía plástica, sino también crea la cátedra para la enseñanza de esta especialidad dándole un lugar en la academia colombiana (Fajardo, 1994).

Con estos primeros servicios de cirugía plástica, producto de la curiosidad médica de la época, se dio paso a los pabellones de quemados, reflejo del momento en que la inquietud científica hace puente con la social. Como veremos, este sentimiento humanitario se desenvolverá en un contexto ambiguo y tal vez contradictorio, que pasará por culpabilizar a las víctimas de su propio mal.

LOS QUEMADOS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Durante los primeros años del siglo XX, los quemados eran atendidos en el Hospital San Juan de Dios junto con los enfermos de ulceras tropicales crónicas en el pabellón de dermatología, por las hermanas Dominicas de la Caridad (Coiffman, 2003). De igual forma, desde la fundación del Hospital de La Misericordia en 1906, los quemados eran atendidos en el servicio de ortopedia por médicos generales y ortopedistas apoyados también por las hermanas de esa comunidad religiosa (Sastoque, 1990).

A continuación, presento el proceso por el cual la llegada de la era científica en el tratamiento de las quemaduras (dispositivo hospitalario cuyo objeto era la enfermedad[38]) tuvo que transformarse y salir del hospital y, ante la urgencia social de los quemados, cambiar su objeto, sus herramientas y sus actores. Esta modificación significó un giro fundamental en el tratamiento del problema que exige ser analizado, pues desde ese momento ya no solo se buscaba curar la quemadura, también se buscaba evitarla.

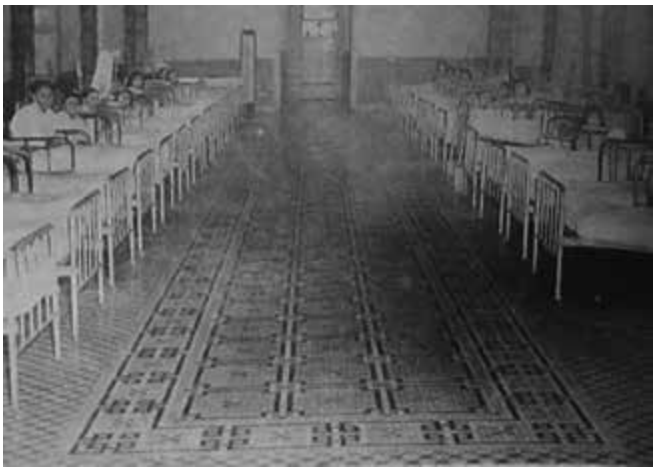


Figura 4. Pabellón Margarita para niños quemados en el Hospital de la Misericordia antes de las remodelaciones de 1966

Fuente: Sastoque (1990, p. 3)

En 1953, el doctor Guillermo Nieto Cano abrió el servicio de quemados del Hospital Militar, siendo el primero del que se tiene registro en el país. Al año siguiente se iniciaron los servicios en el Hospital Infantil de Bogotá, San Vicente de Paul en Medellín y en la Universidad del Valle en Cali (Cantini, 2002; Forero, 2011). En 1957, los doctores Guillermo Nieto Cano, Ignacio Mantilla y Felipe Coiffman inauguraron el servicio de quemaduras del Hospital San Juan de Dios (Coiffman, 2003). Este último abrió ese mismo año en el Hospital la Misericordia el pabellón Margarita para atender niños quemados (Sastoque, 1990) y un año antes, junto con el doctor Guillermo Rojas, reunió a los cirujanos plásticos de todo el país para dar inicio a la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Maxilofacial y de la Mano (Tribuna médica, 1966; Coiffman, 2013). De esta forma, la cirugía plástica se afianzó dentro del ámbito médico del país. También lo hizo a partir de la realización de foros, congresos, publicaciones en revistas y, sobre todo, con la consolidación de esta especialización en el Hospital San Juan de Dios, dentro del currículo de Medicina de la Universidad Nacional (Coiffman, 2013).



Figura 5. Directivos de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica en su año de fundación (1956) y 1966

Fuente: *Tribuna Médica* (13 de junio de 1966, p. 4)

Con la entrada de los cirujanos plásticos en el manejo de los quemados, también entraron en escena otros actores importantes como las enfermeras, los endocrinólogos, los cirujanos generales, los fisioterapeutas, los psicólogos, entre otros especialistas. Esta interdisciplinariedad expresa, entre otras cosas, el cambio de objeto que trae el nuevo paradigma biomédico de los cirujanos plásticos. Ahora no se trata de una simple enfermedad de la piel, sino más bien de un problema múltiple que afecta diferentes órganos del cuerpo y trae serias repercusiones para la vida laboral, social y psicológica de las personas. Sin embargo, el papel de los cirujanos plásticos no era solo la orquestación de este grupo de expertos. Según cuenta el Doctor Coiffman (2013), ellos tenían el papel de la reconstrucción funcional y estética de los órganos malformados o afectados, algo que lograban aplicando injertos tomados del mismo paciente, técnica inexistente hasta entonces en el país.

Al respecto vale la pena recordar que para el filósofo Michel Foucault cada cultura define lo patológico a partir de múltiples variables como las diferencias dentro del saber médico, las técnicas de investigación e intervención, el grado de medicalización alcanzado por un país, las normas

de vida de la población, su sistema de valores y sensibilidad, su relación con la muerte y, en últimas, su organización económica y social. Entonces, nos dice el pensador francés que "la enfermedad es, en una época determinada y una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado" (Foucault, 1995, p. 21). Para el caso de las quemaduras en Colombia, queda claro que el paso de la concepción de una enfermedad de la piel a una que ataca múltiples órganos y funciones del cuerpo implicó una redefinición de lo que es patológico y, así mismo, de los actores, las técnicas y los instrumentos que participan en la intervención de este estado vital (el cuerpo quemado). Proceso que también ocurrirá cuando las quemaduras se definan como un problema de salud pública.



Figura 6. Afiche de la primera semana pro niño quemado[39]

Fuente: *El Espectador* (22 de junio de 1964, s. p.)

Como ya hemos visto, la consolidación de la cirugía plástica como especialidad médica se da en medio de un contexto socioeconómico del cual no es ajena; por el contrario, está totalmente involucrada. Con la Sociedad de Cirujanos Plásticos empieza también la cuantificación, primero gremial y luego estatal, de los quemados. Las estadísticas que se empezaron a llevar desde 1958 en el Hospital San Juan de Dios, pronto evidenciaron una realidad que los posteriores registros también mostraron: la mayoría de quemaduras ocurren por accidentes en los hogares, sea por combustible o

por líquidos calientes, y las principales víctimas de estos eventos son los niños (Caballero, 1966). Esto hizo que el problema identificado por los cirujanos plásticos cambiara. Ahora su concepción iba a encontrar destino en el terreno de la salud pública.

Según el médico y antropólogo Didier Fassin (2008), la salud pública comienza cuando la enfermedad sale del hospital y nuevos actores, instrumentos y objetos son fijados. Con su regreso al pabellón del Hospital de La Misericordia, luego de su especialización en Buenos Aires en el Hospital de Quemados a cargo del doctor Benaim, el doctor Cristóbal Sastoque concreta, en 1964, la idea de conformar el Comité Pro Niño Quemado y una semana al año que buscaba prevenir y recoger fondos para ayudarlos. En esta iniciativa, que se repitió cada año hasta 1967, y que luego fue aplicada por los bomberos en los años setenta, contó con la participaron del grupo interdisciplinario del hospital, pero también del Cuerpo de Bomberos de Bogotá, los medios de comunicación, un grupo de damas judías voluntarias, la familia presidencial y, por supuesto, la población a la que se dirigía la campaña (Sastoque, 1990; Coiffman, 2013).



Figura 7. Miembros del Cuerpo de Bomberos de Bogotá colgando afiches durante la Semana Pro Niño Quemado en 1967[40]

Fuente: Sastoque (1990, p. 7)

Con el nombramiento de la primera dama, doña Susana López de Valencia, como presidenta honoraria de dicho comité y el aporte de 1000 pesos del presidente Guillermo León Valencia (Sastoque, 1990), la campaña de prevención no solo recibe una fuerte acogida mediática, sino que

también muestra la imagen de un jefe de Estado preocupado en ayudar en esta calamidad que sufren los ciudadanos, y de la cual el Estado, al parecer, nada tiene que ver. Al respecto vale la pena recordar que el sociólogo alemán Niklas Luhmann (2007) afirma que si aquellos que toman decisiones y exponen a posibles daños a personas y al ambiente logran investir su actuar como peligro (externo) y no como un riesgo desatado debido a una acción tomada, entonces políticamente va a ser más fácil librarse del problema porque el daño provendría del entorno y no habría culpa asignable a algún sector, al Estado o algún grupo humano.

Por lo tanto, una vez que los cirujanos plásticos fijan su atención en lo que causa la quemadura y no en la quemadura misma, la enfermedad sale del hospital y es localizada en las prácticas cotidianas en torno a la cocción, la calefacción, y el uso de estufas domésticas de las familias de bajos recursos. Hasta aquí pareciera que el diagnóstico del *modus vivendi* (Coiffman, 2013), por el cual se desarrollaron muchas acciones sobre la población fuera acertado, sin embargo, en este punto me gustaría llamar la atención sobre algunos hechos que se siguieron a partir de este diagnóstico y que, a mi forma de ver, terminaron por culpabilizar a las víctimas y encubrir las causas estructurales del problema.

Durante la década de los setenta y hasta casi finales de los años ochenta, la prensa nacional y local de Bogotá estuvo llena de noticias sobre accidentes por gasolina, filas eternas e indefinidas para conseguir el combustible y escasez de este líquido generado por comerciantes en toda la capital (acaparamiento). En medio de este panorama se realizaron campañas preventivas que tomaron como objetivo educar a los padres de familia sobre las buenas prácticas y el uso de gasolina; entonces, desde los medios de comunicación se empezó a tejer la idea de que la cantidad de niños quemados se debía a la irresponsabilidad de los padres que usaban mal o dejaban a sus hijos encerrados en los hogares y manipulando la estufa.

Un artículo del periódico *El Bogotano* de mayo de 1973 que se titulaba "Pavoroso desfile de quemados. La gasolina y la irresponsabilidad" afirmaba que las desgracias por gasolina se debían a la falta de cuidado de los padres en los hogares. En junio se hicieron campañas en los medios de comunicación en donde los médicos, en cuanto expertos, formulaban preguntas a los pacientes del pabellón del Hospital La Misericordia y así

ilustraban a la población sobre el buen uso de las estufas y el almacenamiento de gasolina (*El Bogotano*, 1973). De igual forma, se tejió la idea de que la "proliferación trágica de la muerte de niños, se debe al descuido de los padres de familia que, a pesar de conocer dramas diferentes, insisten en dejar a sus pequeños dentro de los cuartos y con candado" (Gómez, 1974, p. 4). Estas percepciones, tanto del mal uso como del abandono de los niños en las habitaciones, favorecían el silencio del Estado respecto a su política energética para Bogotá y, además, justificaban su acción moralizadora sobre los padres de familia.

Siguiendo a Fassin, efectivamente nos encontramos aquí ante un dispositivo de salud pública que culturaliza sus objetos, es decir, que "produce enunciados y actos sobre la cultura de aquellos a quienes se dirige, intentando transformar las representaciones y las prácticas, para permitirles acceder a una existencia mejor o prolongada" (2008, p. 24). Para este caso fueron las familias pobres esa alteridad a la que el dispositivo se dirigió, asignándolas como causa indirecta de su propio problema. Aquí el papel de la salud pública se reduce a conducir a estas familias a una existencia mejor o menos riesgosa, todo con el fin de mitigar los altísimos costos en vidas y atención a víctimas que el mal uso de la gasolina había dejado a la sociedad bogotana. De esta forma se oculta y se desvían las miradas de los problemas políticoeconómicos de la inmigración y la urbanización en relación con las condiciones precarias y la falta de un lugar dónde vivir de muchas familias de Bogotá.

Para agosto de 1978, y después de varias oleadas de escasez por efecto del acaparamiento de combustible, Ecopetrol desarrolló el combustible llamado cocinol, destinado al uso exclusivo de las estufas domésticas. Pese a estas medidas, las cosas no cambiaron. En noviembre de 1983, un artículo de *El Tiempo* reportaba que "en Bogotá 285 942 familias diariamente arriesgan su seguridad por el peligroso uso del cocinol [...] el año pasado 20 000 personas se quemaron con este elemento, 12 000 fueron niños y 8 000 adultos" (*El Tiempo*, 1983, 4B, citado por Páez y Pedraza, 1984, p. 50). Teñir de azul la gasolina y bajar su capacidad explosiva no era la solución que las clases bajas necesitaban para minimizar el riesgo y su exposición a los incendios; los quemados continuaron en aumento, al igual que las quejas por la atención deficiente en los hospitales que no daban abasto con el número de quemados.



Figura 8. Expendio de *cocinol* en algún barrio de Bogotá[41]
Fuente: Sastoque (1990, p. 31)

Por este tiempo, el Estado delegó a las Juntas de Acción Comunal (JAC) la distribución del cocinol en cada barrio, utilizando la carnetización de cada familia como estrategia de control de la población. Pero lo único que se logró fue que las aglomeraciones pasaran de las estaciones de gasolina a los depósitos que cada Junta adaptó en los barrios.

> Con el subsidio del gobierno al cocinol, las JAC terminaron por convertirse en monopolios que administraban la distribución, lo cual aumentó las dificultades para obtener la gasolina. Si a lo anterior sumamos que las JAC solo podían tener existencia en barrios legales, quienes habitaban en barrios ilegales tenían verdaderos problemas para la obtención de combustible y los hacía más propensos al almacenamiento casero de reservas. De las 390.000 familias (2 millones de personas aproximadamente) que necesitaban el subsidio gubernamental al *cocinol*, cada mes en Bogotá, durante 1982 (Páez y Pedraza, 1984, p. 15), una buena parte provenía de los tugurios o barrios de invasión, y al no estar carnetizados no podían formalmente ser beneficiarios del subsidio del gobierno[42]. (Vanegas y Clavijo, 2016)

Con el vínculo de la distribución de combustibles y la vivienda legal, la política estatal dejaba por fuera a los más pobres y los convertía en usuarios ilegales de los subsidios.



Figura 9. Espera y congestión rutinaria para conseguir *cocinol*
Fuente: *El Bogotano* (24 de febrero de 1982, p. 3)

Al dar un trato diferenciado entre las mismas clases populares en cuanto a la repartición del *cocinol*, el Estado canalizó cualquier posibilidad de organización comunal o barrial dentro de la institucionalidad de las JAC. De esta forma, logró solucionar temporalmente el inconformismo social que se pudo haber generado alrededor del acaparamiento y escasez de *cocinol*, ya que puso a competir a la gente por obtener el combustible e hizo participar a los líderes de cada barrio en una pequeña parte de las ganancias, involucrándolos así en el proselitismo político alrededor de este producto.

A pesar de la prevención, los accidentes causados por la gasolina doméstica continuaron en aumento. Para 1984, la Secretaría de Salud del Distrito convocó a expertos en el tema para organizar el servicio de quemados en toda la ciudad de Bogotá. Es así como el doctor Cristóbal Sastoque junto con la enfermera Margarita de Peraza y el doctor Héctor Ulloque institucionalizaron la propuesta de una Unidad de Atención Integral al Paciente Quemado, que contemplaba la creación de una unidad especial para el tratamiento de quemados en el séptimo piso del Hospital Simón Bolívar y sus complementos en los hospitales periféricos de la ciudad (Sastoque, 2013). Según el doctor Sastoque, si bien las estrategias mediáticas iban encaminadas sobre la idea de prevención para disminuir la cantidad alarmante de niños quemados, él mismo reconoce que la

prioridad era acabar con el uso de *cocinol* y pólvora en el país (Sastoque, 2013), cambio que se daría hasta finales de la década de 1980, con la reforma de Virgilio Barco a la política energética.

En 1987, se dio inicio al plan político *Gas para el Cambio*, que buscaba masificar el gas natural y propano en el país, primero a nivel domiciliario, luego a nivel industrial y finalmente en el sector automotor. Fue de esta forma como comenzó la verdadera reducción de quemados en el país (Coronado y Uribe, 2006; Semana, 1991). Ahora los retos que enfrentaría el nuevo sistema de quemados en Bogotá, dirigido desde el Hospital Simón Bolívar y creado por el Dr. Sastoque en 1984, sería el problema de la pólvora en la década de los años noventa y la primera del siglo XXI y, más contemporáneamente, el problema de las quemaduras con ácido. Pero estos temas serán tratados en otra ocasión.

EL VIVIENTE, LOS DISPOSITIVOS Y LA FELICIDAD HUMANA



Figura 10. Madre que pierde a sus cinco hijos en un incendio[43]
Fuente: *El Bogotano* (18 de mayo de 1973, p. 4)

Para terminar, hablaré del tipo de entrada a la modernidad que significó el uso de gasolina para cocinar. En efecto, hablamos de una modernidad que expandía sus alternativas para cocinar, de las cuales era la mejor y la más aceptada por los pobres, paralelo a una expansión de riesgos antes inexistentes en esta actividad.

Según la antropóloga británica Mary Douglas (1996), la distribución actual de riesgos solo refleja la vigente distribución de poder y posición social que ocupan las personas; además, agrega que, en las modernas sociedades industriales, la elite capitalista y gobernante expone de forma

sistemática a gran parte de la población, los pobres, a riesgos mucho mayores de los que ellos están expuestos.

Para el caso que mostré aquí se hace evidente la ambigüedad moral de un Estado colombiano que provoca indirectamente el daño sobre las personas, con una política energética sostenida alrededor de cuarenta años (*welfare*), pero también facilita su curación y prevención a partir de pabellones, técnicas y dispositivos de salud pública ideados por la naciente Sociedad de Cirujanos Plásticos (*care*). Por tanto, la humanización tampoco puede darse por entendida sin más. Se trata de comprender que esta es más bien una noción ambigua producto de la modernidad. Y si caemos en el error de asimilar la cirugía plástica como estrategia positiva de humanización, en medio de un desolador escenario humanitario, seguiremos culpabilizando a las víctimas eternamente y aplazando la conciencia histórica que tanto hace falta en nuestra sociedad. Solo la historia vista desde el despliegue de la técnica moderna, en este caso la estufa de gasolina nos permite ver las consecuencias perversas que se desprenden de su implementación y, de algún modo, visibilizar las injusticias que se han cometido contra los más pobres, en medio de una política que prometía bienestar para los ciudadanos.



Figura 11. Mujer tras una explosión[44]
Fuente: *El Bogotano* (14 de febrero de 1973, p. 1)

Un problema central en el pensamiento de Michel Foucault es la relación entre los individuos como seres vivientes y el elemento histórico (instituciones, procesos de subjetivación, reglas). Según Giorgio Agamben (2001), de la relación de estos dos elementos, los vivientes y los dispositivos, surgen los sujetos. Un mismo viviente puede ser el lugar de múltiples procesos de subjetivación dependiendo del dispositivo. Entonces, ¿qué tipo de subjetivación surge en esos vivientes que usan estufa de gasolina y viven en casas de lata o inquilinatos? Como vemos lo humano, nuestra humanidad, no se juega solo en la técnica médica sino en el cara a cara de los vivientes con cualquier dispositivo. Y si en el uso de la estufa las familias de las clases pobres ven capturado su deseo de felicidad en un tipo de subjetivación que ocupaba gran parte de su vida, es claro que estas no ponían únicamente y de forma constante su vida en riesgo, sino que también llevaban una vida infeliz.

REFERENCIAS

AGAMBEN, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, *26*(73), 249-264.

CABALLERO, R. (1966). Estudio estadístico sobre quemados. *Tribuna médica: semanario médico-científico e informativo*, *13*, 17-20.

CANTINI, J. (2002). Cirugía plástica en el Hospital San José. *Heraldo médico*, *26*(229). Recuperado de https://goo.gl/fW3fbl.

COIFFMAN, F. (2013). Entrevistado por Juan Camilo Venegas. Historia de las quemaduras en Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva*, *9*(1), 11.

CORONADO, H. y Uribe, E. (2006). *Evolución del servicio de gas domiciliario durante la última década.* Bogotá: Universidad de los Andes. Recuperado de https://goo.gl/9IunXC.

DOUGLAS, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales.* Barcelona: Paidós.

EL Bogotano. (1972, 6 de noviembre). Grave escasez de combustible (problemas de orden público por falta de gasolina blanca), p. 1.

_____. (1973, 30 de mayo). Pavoroso desfile de los quemados. La gasolina y la

irresponsabilidad, pp. 8-9.

_____. (1973, 4 de junio). ¿Qué haría ud. en un incendio? Campaña para evitar incendios, los expertos formulan preguntas a los pacientes en La Misericordia.

_____. (1973, 16 de junio). ¡Otro incendio asesino! 3 niños quemados, p. 1.

_____. (1974, 27 de junio). Lanzamientos en La Perseverancia: "¡Fuera! ¡A la calle!", p. 1.

_____. (1976, 27 de febrero). Siguen alzas. Trepan gasolina, p. 2.

_____. (1982, 24 de febrero). Preludios del "chocorazo". Exigen cédula en venta de cocinol, p. 3.

EL Espectador. (1964, 22 de junio). Al niño quemado hay que curarlo…¡Es tan doloroso!

FAJARDO, H. (1994). Breve historia del Hospital San Juan de Dios y la educación médica en la Universidad Nacional de Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, *42*(3), 166-169.

FASSIN, D. (2008). *El hacer de la salud pública.* Rennes: Éditions de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

FORERO, H. (2011). Especialidades quirúrgicas. En *Momentos Históricos de la Medicina Colombiana* (pp. 554-638). Bogotá: Academia Nacional de Medicina.

FOUCAULT, M. (1996). *La vida de los hombres infames.* La Plata: Altamira.

_____. (2005). *Vigilar y castigar.* México, D. F: Siglo XXI.

GÓMEZ, J. (1974, 10 de mayo). Incendio y habitaciones encerradas: ¡otro drama por fuego! *El Bogotano*, p. 4.

_____. (1973, 18 de mayo). ¡Pavorosa tragedia! 6 niñas carbonizadas en el "Gaitán". Trillizas entre las víctimas. *El Bogotano*, p. 4-5.

LUHMANN, N. (2007). El concepto de riesgo. En J. Beriain (comp.), *Las consecuencias perversas de la modernidad: Modernidad, contingencia y riesgo* (pp. 123-153). Barcelona: Anthropos.

LUQUE, M. (1951). Informe sobre los congresos de cirugía verificados en Lima en el mes de noviembre pasado. *Revista de la Facultad de Medicina*, *19*(12), 544-550.

PÁEZ, E. y Pedraza, M. (1984). *Problema social y consumo del cocinol: caso Barrio La Granja* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

PALACIOS, M. y Safford, F. (2002). País de ciudades. En *Colombia: país fragmentado, sociedad dividida: su historia* (pp. 551-628). Bogotá: Norma.

RODRÍGUEZ, E. (1992). *Antropología de un problema urbano: el cocinol* (tesis de pregrado). Bogotá: Universidad Nacional, Departamento de Antropología. Tesis no publicada

SASTOQUE, C. (2013). Entrevistado por Juan Camilo Venegas.

_____. (1990). *Guía práctica para el manejo del niño quemado.* Bogotá: Universidad

Nacional y Unidad de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital Universitario Pediátrico la Misericordia.

SEMANA. (1991, 1 de julio). El súper negocio de los 90. Recuperado de https://goo.gl/R5JtUh.

TRÁGICO incendio. Desgarrador sacrificio de un niño de 6 años. (1973, 14 de febrero). *El Bogotano*, p. 1, 9.

TRIBUNA médica. (1966). X Aniversario Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Maxilofacial y de la Mano. *Tribuna médica*.

VANEGAS J. C. y Clavijo, J. (2016). El ciudadano expuesto: Modernización energética, quemados y *biolegitimidad* en Colombia. *Universitas Humanística*, (82), 249-277.

EPÍLOGO
SOBRE HISTORIA DE LA MEDICINA Y LA EDUCACIÓN MÉDICA

EDUARDO DÍAZ AMADO

> LOS TONTOS APRENDEN de la experiencia, los sabios de la historia.
>
> *VOLTAIRE*

LA EDUCACIÓN MÉDICA Y EL COMPROMISO CON LA HISTORIA

En Colombia, la historia de la medicina, como área académica y de investigación, está hoy por hoy relegada al cuarto de sanalejo en la educación médica. Son escasas las universidades que ofrecen cursos formales o electivos en historia para sus estudiantes de medicina. Pero no es extraño que así sea, es considerada por muchos como un área marginal y sin importancia para la formación de los médicos. Sin embargo, esta puede contribuir a que, como complemento de la formación clínica, los médicos desarrollen la capacidad de verse a sí mismos. Que comprendan la contingencia del presente y las posibilidades del futuro. Que conozcan la manera como se desarrollaron las prácticas en que se hallan inmersos, el surgimiento de las instituciones y autoridades que han moldeado su profesión, así como de los métodos, tecnologías, conceptos y categorías que utilizan, tanto en su ejercicio clínico como investigativo. Una aproximación correcta a la historia de la medicina debe conducir a que los médicos se pregunten por qué hacen lo que hacen y por qué piensan lo que piensan. Debe ayudar a que comprendan la experiencia del cambio y a

que cultiven una actitud esencial para su vida profesional: el aprendizaje permanente y la necesidad de basar sus decisiones en un ejercicio racional y en sólidas evidencias, evitando los prejuicios y los intuicionismos (Duffin, 1999).

Cuando se adopta un enfoque histórico para comprender el pasado y el presente de la medicina, es necesario evitar caer en una idealización del ayer. A este respecto bien valdría la pena recordar la crítica de Nietzsche (1999) a los modos de entender y hacer historia. Para el autor se deben evitar dos maneras de entender la historia. La primera, la visión *monumental* en la que se termina concluyendo que lo grande y digno de admiración pertenece al pasado, quedándole al presente apenas la esperanza de que algún día eso maravilloso del pasado retorne. Tal esperanza es, sin embargo, engañosa, pues lo que anhelamos traer de nuevo al presente fue posible en un contexto determinado, gracias a la interacción de fuerzas particulares y un orden específico de las cosas que no podrá repetirse nunca.

La segunda, el punto de vista *anticuario* en la que, según Nietzsche, el presente se torna esclavo del pasado y guardián de la tradición. Una historia anticuaria "entiende de *conservar* la vida, pero no de engendrarla" (p. 64). Quien adopta un punto de vista anticuado se vuelve paranoico buscando en cada esquina del presente peligros que ponen en riesgo lo sagrado e intocable del pasado. El historiador anticuario momifica el presente. Para Nietzsche (1999), y esto es lo importante para tener en cuenta en nuestro caso, se debe optar por una *historia crítica*. Una historia de la medicina crítica habrá de someter a juicio al pasado con todas las fuerzas del intelecto, para contarlo de otra manera e incluso para olvidarlo y poder así escribir las líneas nuevas de nuestro presente y del futuro.

Adoptar una historia de la medicina crítica brindará a los médicos en formación una oportunidad para crecer, para adquirir consciencia histórica (Gaddis, 2002), esto es, una concepción dinámica y abierta del mundo y de ellos mismos. Mediante la consciencia histórica es posible comprender, primero, que en la historia no hay *necesidad* sino *contingencia*; segundo, que no solo se puede, sino que se tiene que aprender del pasado, la única "base de datos" con la que contamos; y tercero, que, aunque no existe una interpretación correcta o única del pasado, el mero intento de "interpretar" contribuye a ampliar la

experiencia. Este ensayo de interpretación del pasado debe atender a los retos del presente y aspirar a construir un futuro diferente.

Pero no se trata de que los médicos aprendan simplemente nombres y fechas memorables. Una historia de la medicina así entendida resultaría aburrida y fastidiosa (Duffin, 1999). Tener un conocimiento enciclopédico puede ser útil para una reunión con colegas o una conferencia en un congreso de medicina, pero no debe ser el objetivo de dicho curso. Lo importante es, más bien, entender que además de "tener historia" la medicina es histórica, que es parte de la historia, y que la historia de la medicina es parte de ella. Las prácticas, puntos de vista, problemas, autoridades, discursos, metodologías y conceptos que se manejan en el ámbito clínico e investigativo no surgen de la nada ni se ubican en el vacío, sino que se insertan en una tradición y en un contexto particulares, que determinan además la manera como se es médico, se entiende y se practica la medicina. Hacerse médico no solo implica entonces una formación tecnocientífica, sino un proceso de socialización que moldea al sujeto de determinada manera para ser, pensar y actuar como tal, haciéndole interiorizar valores, principios y formas de explicar el mundo (Fox, 1999; Semberoiz, 2012).

El acercamiento a la historia de la medicina debe permitir a los estudiantes aprender que ningún tema o problema médico puede ser abordado o explorado adecuadamente si no se tiene en cuenta el contexto político, social, económico y cultural; algo con lo cual los historiadores profesionales están familiarizados (Duffin, 1999). Pero los médicos no son del todo ajenos a la necesidad de investigar el contexto, pues trabajan todo el tiempo con historias clínicas, esto es, con la integración de lo que el paciente cuenta (la anamnesis, su historia personal), los síntomas y signos de la enfermedad, así como con los hallazgos anatomopatológicos que el médico encuentra (Díaz Amado, 2008). Una buena historia clínica debe tener en cuenta diferentes aspectos, tales como antecedentes médicos personales y familiares, alimentación, modo de vida, lugar de residencia, ocupación, etc.

HISTORIA Y MEDICINA: DOS MIRADAS, UN MISMO HORIZONTE

Ciencia, historia y arte tienen algo en común: las tres dependen de metáforas, del reconocimiento de ciertos patrones, del hecho de que una cosa es "como otra". Para entender qué es una mitocondria o el corazón, hablamos de centrales energéticas y de bombas. Si el pasado es como un paisaje que observamos, la historia es la manera como lo representamos, y este acto nos coloca por encima de lo familiar para así acceder, por sustitución, a una experiencia que no podríamos tener de manera directa, logrando una visión más amplia del mundo, de la vida y de la sociedad (Gaddis, 2002).

En su trabajo el historiador debe actuar acorde con los estándares aceptados por la comunidad académica, aunque es necesario reconocer que el gusto, la experiencia y la imaginación del propio investigador son factores fundamentales en la manera de plantear las preguntas, su trabajo y sus conclusiones. Un trabajo histórico que ignore el estado actual de diversas cuestiones puede señalar una posición interesante, ser un trabajo bien escrito, estimulante, incluso plausible, pero no será historia, sino periodismo o editorialismo (Duffin, 1999). En el ámbito clínico, el ejercicio profesional está permanentemente en revisión, y el buscar hacer más objetivos los juicios y el proceder de los médicos ha llevado al desarrollo de estrategias como la *medicina basada en la evidencia*. Sin duda, tomar decisiones con base en evidencias, y no en creencias o mitos cuya validez no está probada, es una exigencia para cualquier disciplina hoy. Pero en el ámbito clínico lo subjetivo y personal desempeñan igualmente un enorme papel, pues son parte fundamental del juicio médico (Downie y Macnaughton, 2000).

Tanto en la historia en general como en la historia clínica, se utilizan fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias son los documentos producidos en el periodo que se está investigando o que han sido producidos por el sujeto de estudio (Duffin, 1999). Las fuentes secundarias son producidas por otros historiadores y autores. Podríamos decir que, en el ámbito clínico, las primarias son los propios pacientes, así como los datos e información registrada sobre su salud y enfermedades a lo largo de

toda su vida. Mientras las secundarias podrían ser quizás sus allegados, la opinión de otros médicos en etapas previas e información epidemiológica, geográfica y económica, entre otras. En este sentido, se puede decir que los médicos actúan como historiadores profesionales en el ámbito clínico.

Seguramente se puede ejercer medicina sin haber sabido nunca quién fue Galeno o Vesalio, cuándo surgieron por primera vez los esqueletos femeninos en los libros de anatomía o cómo se desarrolló el concepto de muerte cerebral. El desconocer cosas tales tal vez no resulte vergonzoso ni cause problemas al médico promedio que trabaja en un hospital o entidad de salud. En cambio, en los escenarios controlados de práctica médica hoy, sí resulta grave no saber diligenciar las docenas de formatos que pueblan el mundo de los servicios de salud o no seguir a pie juntilla las guías de práctica clínica, impuestas muchas veces como forma de controlar el trabajo del médico. Esto es un indicio de que no hay interés en una educación integral y amplia para los médicos, sino más bien en una preparación limitada y suficiente para que desempeñen su papel de brazo técnico en el ámbito del complejo médico-industrial (Relman, 1990).

Puede que la falta de sentido o conocimiento histórico no inhabilite a los médicos para ser empleados de una empresa de salud, pero sí les impide ver más allá de sus narices y entender los retos que están llamados a asumir en el presente. Los médicos que desconocen su historia sufren un tipo de ceguera que, como en el célebre *Ensayo sobre la ceguera* (1996) de Saramago, no permite distinguir valores y principios importantes sobre los cuales fundamentar, en este caso, una relación humana tan *sui generis* como la relación médico-paciente. Por esto bien vale la pena, cuando se aborda el presente en el escenario médico, examinar las bases conceptuales sobre las cuales se construyó la medicina desde sus orígenes.

MEDICINA, CIENCIA Y ESTRUCTURA SOCIAL: LA PLAUSIBILIDAD EN GRECIA Y CHINA

Entre las muchas estrategias de curación que el hombre ha desarrollado para hacer frente a la enfermedad, la medicina es la única que se distingue por su base científica. Solo al reconocer las leyes de la naturaleza y

utilizarlas para el entendimiento de las funciones corporales y sus desarreglos, hablamos de medicina *qua* medicina (Unschuld, 2009). La existencia de la ciencia es entonces "condición de posibilidad" para el surgimiento y desarrollo de la medicina. Aceptar la ciencia implica el reconocimiento de que la naturaleza se rige por regularidades y por determinadas leyes que podemos conocer. La naturaleza no es arbitraria, si lo fuera, no podría existir la ciencia. Su surgimiento y el reconocimiento de su poder estuvo en correspondencia con el orden social: si las leyes en la sociedad limitan la arbitrariedad del gobernante, las leyes de la naturaleza limitan la arbitrariedad de los dioses (Unschuld, 2009).

Los hipocráticos fueron los primeros en Occidente en lograr que el arte de curar llegara a ser medicina. Igual ocurrió en China, donde la medicina se desarrolló hacia principios del siglo II a. C. sobre la base de la ciencia que había surgido gracias a los cambios sociopolíticos y económicos de entonces. Hacia el siglo VIII a. C., China había colapsado en medio de disputas por la sucesión al trono. Solo hasta el 221 a. C., seis siglos después, Qin logró unificar por primera vez el territorio y crear un gran imperio. No es casual que justo entonces apareciera Confucio promoviendo ideas de orden y armonía en oposición al caos. En un imperio así, floreciente e intercomunicado, el confucianismo predicó que el individuo era parte del todo. Surgieron los conceptos de *Dao* (o Tao), que a veces se traduce como *camino*, y los de *ying* y *yang* (los opuestos). Una nueva relación entre gobernante y gobernados se forjó, y la familia se consolidó como unidad fundamental de la sociedad (Unschuld, 2009). Fue el nacimiento de lo que hoy conocemos como *medicina tradicional china*, gracias a la idea de orden en lo social que permitió "concebir" la idea de orden en la naturaleza, y no al contrario.

En Grecia, mientras tanto, surgió por la misma época una sociedad que se interesaba también por la naturaleza, el universo y el cuerpo individual. Pero a diferencia del gran imperio chino unificado, allí el sistema político que prosperó fue el de las ciudades-Estado, las polis, que representaron espacios de libertad frente a los tiranos y los dioses. Al contrario de China, en Grecia la idea de la correspondencia con un todo no prosperó. La medicina hipocrática fue un intento por liberar al cuerpo de la tiranía de los dioses y de entenderlo fundamentalmente a partir de las leyes de la naturaleza. Empédocles explicó la teoría de los cuatro elementos y luego

Polibio, probablemente al final del siglo V a. C., acuñó la teoría de los cuatro humores. La salud fue entonces entendida como el equilibrio de ellos, mientras que la enfermedad se explicaría en términos de exceso o deficiencia de uno de estos (Carrick, 2001). Hay en esta teoría médica una correspondencia con lo social, en la que el sistema político hablaba de equilibrio de poderes (democracia), mientras que enfermedad y monarquía representaban desorden y desequilibrio, solo que en dos espacios distintos: el cuerpo y la sociedad. Para Unschuld (2009), fue "el deseo de libertad política y autodeterminación, no la promesa de máquinas voladoras y puentes, [la que] orientó la visión de las personas sobre las leyes de la naturaleza" (p. 31; traducción propia).

Tanto el contexto chino como el griego permitieron concebir la capacidad de autosanación del cuerpo. En el caso de las ciudades-Estado griegas hay que recordar que estas debían ser autosuficientes y autónomas, esto es, resolver sus problemas por sí mismas. Para Unschuld (2009) "la polis era un organismo social. Era inevitable entonces que sus estructuras brindaran la plausibilidad necesaria para que el modelo explicativo acerca de los poderes de autosanación encontrara aceptación general" (p. 83). La medicina griega se desarrolló entonces como medicina del individuo: la enfermedad es del individuo, y la posibilidad y responsabilidad de curarse también están en el organismo individual. El médico no es el que cura, es la naturaleza, este es apenas un facilitador (Hipócrates, 1995a). La medicina china, en contraste, se desarrolló siguiendo la llamada *doctrina de las correspondencias sistemáticas*, en la que más que estructuras morfológicas, la atención estaba puesta en los intercambios que se establecían entre el individuo y el todo (Unschuld, 2009). Pero centrémonos un poco más en cómo la medicina hipocrática proveyó de un piso teórico sólido a la medicina occidental que perdura hasta nuestros días.

LA ESCUELA HIPOCRÁTICA Y LA FUNDAMENTACIÓN DE LA MEDICINA

Como afirma Jaeger (1992), la medicina griega de los siglos IV y V a. C.

“traspasa los linderos de una simple profesión para convertirse en una fuerza cultural de primer orden en la vida del pueblo griego” (p. 783). Semejante lugar que este gran filólogo alemán le adjudica a la medicina griega del Mundo Antiguo se debe a la capacidad que tuvieron los médicos de la Isla de Cos de adoptar una perspectiva espiritual universal a sus fecundas relaciones con la filosofía y a su compromiso en el cuidado, tanto del cuerpo como del espíritu. La medicina hipocrática permitió la organización del campo médico gracias a sus logros en tres niveles: ontológico, epistemológico y ético (Pellegrino y Thomasma, 1981).

En el nivel ontológico los hipocráticos definieron la medicina en términos de su *fin* (*télos*): “apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, y el no tratar a los ya dominados por las enfermedades, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina” (Hipócrates, 1995b, p. 23). Pero la medicina no solo tiene como objeto curar, sino también disminuir el sufrimiento, de donde surge la obligación de acompañar y consolar que deben cumplir los médicos. Además, los hipocráticos establecieron un límite para cesar cualquier intento terapéutico en aquellos pacientes ya dominados por la enfermedad. Aunque pareciera que el debate sobre tratamiento fútil es contemporáneo, hemos de notar que este tema ya había sido contemplado por los hipocráticos como una manera de enfatizar que el curso de las enfermedades impone límites al quehacer de los médicos (Carrick, 2001). Desde una perspectiva aristotélica, el tipo de medicina inaugurada por los hipocráticos se puede definir como una *praxis*, es decir, un conocimiento aplicado a fines y propósitos humanos o, en otros términos, como *discurso práctico* (Gadamer, 1996; Pellegrino y Thomasma, 1981).

En un segundo nivel, denominado *epistemológico*, la escuela hipocrática liberó a la medicina de las ataduras de la charlatanería, la mitología, la religión y la especulación sofística, buscando fundamentarla en conocimiento verdadero o ciencia. En *Sobre la medicina* se afirma: “[…] esto es lo propio de la ausencia de ciencia: que no haya nada correcto ni incorrecto. Pero donde existen lo uno y lo otro, eso no puede ser ya obra del azar, sino de la ciencia” (Hipócrates, 1995b, p. 25). En este sentido, al ser considerado como verdadero bajo los criterios de la ciencia, se estableció el aspecto normativo del saber médico. La medicina no se ejerce de cualquier manera, sino que sigue un método racional, extrapola las

leyes de la naturaleza a cada caso particular y propende por mantener sano al ser humano en la sociedad (Jaeger, 1992). Quedó así instituido ese bello arte que el buen médico llega a dominar en el ejercicio clínico, de combinar lo universal y lo particular, sin sacrificar ni la lógica ni la verdad.

Finalmente, en un tercer nivel, el carácter ético de la medicina quedó establecido desde los hipocráticos. A este respecto, el juramento atestigua el compromiso que el arte médico había de tener con el bienestar del paciente (Hipócrates, 1995a). La vida buena, en sentido aristotélico, es poder realizar los propios planes de vida, para lo cual es necesaria la salud. Por esto conservarla o recuperarla, cuando se ha perdido por enfermedad o por los avatares de la vida, tiene un sentido ético en sí mismo. Por otro lado, el juramento señala también el carácter especial de ser médico. No se trataba de un mero conocimiento técnico o un oficio como otros. El llamado a la pureza y a la rectitud, y las consecuencias de no cumplir con él, le imprimen a la medicina un carácter aristocrático, no en el sentido que hoy a veces tiene este concepto, relacionado con lo burgués o la élite socioeconómica, sino de apuesta por la excelencia (moral y técnica). Ser médico es, entonces, vivir una vida guiada por altos valores éticos y de compromiso frente a sí mismos, a los pacientes y a la sociedad (Carrick, 2001; Hipócrates, 1995a).

Para Jaeger (1992), la aparición de la literatura médica hipocrática sistematizada en lo que hoy conocemos como los *Tratados hipocráticos* refleja "una tendencia progresiva a dar a la vida un giro técnico y a la creación de profesiones especiales que requieren una especialización basada en altos postulados espirituales y éticos y asequible solo a un número reducido de personas" (p. 792). La práctica médica, en tanto una *praxis* en sentido aristotélico, implica un conocimiento aplicado a fines y propósitos humanos y es por ello mismo una actividad cargada de valor que lleva implícito un *télos* de la vida buena. El que estén integrados los juicios médico, técnico y ético, refleja el carácter de la medicina hipocrática como *saber práctico*, como *discurso* que obra en la vida y la transforma (Pellegrino y Thomasma, 1981). Por esto hoy los médicos deberían estar preparados para indagar sobre el modo de vida de sus pacientes, una tarea que comparten ética y medicina, y no solamente por cuestiones anatomo-fisiológicas o moleculares. El problema es que la medicina es hoy un reglón complejo y multivariado, no el simple encuentro entre un médico y un

paciente dentro de una burbuja ideal como a la que a veces parecen aludir quienes trabajan, por ejemplo, en bioética clínica o derecho médico.

Entre los *Tratados hipocráticos*, los aforismos destacan como un condensado de sabiduría que llega hasta nuestros días como oportunidad para reflexionar sobre el arte médico. No son conocimiento esotérico, como lo podría ser para el lego la infinidad de datos que contienen hoy las revistas médicas. Son más bien filosofía práctica, esto es, conocimiento para la vida (Gadamer, 1996). El primero y más conocido de ellos reza así:

> La vida es breve; la ciencia, extensa; la ocasión, fugaz; la experiencia, insegura; el juicio, difícil. Es preciso no solo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además (que colaboren) el enfermo, los que le asisten, y las circunstancias externas. (Hipócrates, 1983, p. 243)

En este primer aforismo hipocrático quedan condensados elementos centrales que distinguen a la medicina desde aquellos tiempos: una perspectiva sobre la vida humana; un conocimiento adecuado sobre el funcionamiento del cuerpo, de sus alteraciones y posibles tratamientos; una apuesta por la vida saludable; una propuesta sobre la manera correcta de vivir, considerando valores personales, expectativas sociales, limitaciones institucionales, etc.; finalmente, una manera de actuar que tiene en cuenta los tiempos y espacios adecuados.

Que *la vida es breve* es una verdad axiomática. Pero es una verdad que requiere tiempo y meditación para ser comprendida y aceptada y, sobre todo, para que realmente ilumine la manera de vivir. Tarde o temprano, frente a un médico que informa el diagnóstico de una enfermedad letal o tras la muerte de alguien joven será necesario meditar que la vida no solo es breve, sino que incluso frecuentemente implica dolor y sufrimiento. La muerte causa estupor y representa un evento con el cual los médicos deben lidiar adecuadamente, en particular porque vivimos en su negación. Ya Freud (1948) advertía que:

> [l]a muerte propia es, desde luego, inimaginable, y cuantas veces lo intentamos podemos observar que continuamos siendo en ello meros espectadores. […] Nadie cree en su propia muerte, o, lo que es lo mismo, que en lo inconsciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad. (p. 1010)

En el caso de los médicos hay que agregar un elemento: la muerte de cada paciente los confronta con su propia muerte. Lo irónico es que, siendo parte de su trabajo el lidiar con la enfermedad y la muerte, los médicos parecen no saber de ella. Para ellos se trata de un dato técnico, una estadística. Esto explica la enorme insatisfacción social frente a la manera como proceden en estos casos, lo que, sumado a la frialdad de la tecnología y el anonimato de la masificación en los servicios de salud hoy, producen ese malestar que hemos dado en llamar "deshumanización" de la medicina.

Hoy vemos como el conocimiento científico se parece cada vez más a un universo infinito y que su producción se multiplica exponencialmente día a día. En la era de la Internet y de la "producción industrial" de datos, corremos el riesgo de ahogarnos en un mar de la información. Es interesante, sin embargo, que ya en la Antigua Grecia los hipocráticos advertían que la *ciencia es extensa* y que la *experiencia es insegura*. Sin duda, ya habían notado que la certeza en el saber y la seguridad en el hacer son fundamentales para el ejercicio de la medicina, pero que son difíciles de conseguir. Lamentablemente, a veces se espera de la medicina un ciento por ciento de éxito, cuando su saber y su hacer están sujetos a numerosas variables que los médicos no controlan, por más que hayamos alcanzado hoy un alto grado de conocimiento de la naturaleza y de sofisticación técnica. En la década de 1990, se desarrolló un movimiento llamado *medicina basada en la evidencia*, cuyo objetivo fundamental era proveer un modelo de razonamiento para el ejercicio clínico y una guía para la valoración y aplicación del conocimiento médicocientífico disponible (Sackett Rosenberg, Muir, Haynes y Richardson, 1996; Straus, Richardson, Glasziou, Haynes, 2005). La habilidad para encontrar información adecuada y cómo aplicar el conocimiento científico en cada caso particular es una habilidad esencial para el ejercicio clínico.

La ocasión es fugaz es otra verdad sobre la que el buen médico debe meditar, que puede llegar a ser incluso abrumadora en ciertas circunstancias, por ejemplo, en una sala de urgencias: frente a la fibrilación ventricular de un paciente que acaba de sufrir un infarto del miocardio o frente al cuerpo extraño en la vía aérea de un niño que se asfixia, el tiempo es arena que se escurre velozmente entre los dedos. Por este conocimiento y habilidad definen el trabajo en medicina. Esta idea

significa que el buen clínico sabe el momento adecuado para actuar, por ejemplo, cuándo iniciar un medicamento o suspenderlo, y cuándo llevar al paciente a cirugía o darle de alta[45]. Pero también debe saber cuál es el mejor momento, dónde y de qué manera, para informar el pronóstico o para sugerir una alternativa terapéutica. No solo importa dominar la técnica requerida en una intervención quirúrgica o conocer el último medicamento fabricado por la industria farmacéutica para tratar cierta enfermedad, sino que también se torna relevante saber comunicar, consolar, aconsejar y acompañar.

Igualmente, en medicina se debe entender que el *juicio es difícil*[46]. Evaluar, sopesar, justificar y tomar decisiones es un asunto verdaderamente complejo tanto en la práctica clínica, como en la vida en general. De hecho, filósofos, matemáticos y economistas permanentemente están investigando para encontrar el mejor método para tomar decisiones y se proponen diversos modelos para hacerlo (Lewis, 1999). La sociedad espera que los clínicos posean una particular capacidad de análisis y habilidad para la toma de decisiones. Sin embargo, parece que en realidad ellos toman decisiones de la misma manera que lo hacen otros profesionales, y probablemente no posean ninguna habilidad particular en este sentido (Salovey y Turck, 1991). De todos modos, la toma de decisiones en el ámbito clínico incluye elementos particulares como: obtención sistemática de información, uso de un sistema clasificatorio, realización de una impresión diagnóstica, ponderación de cursos posibles de acción y, también, la implementación de uno de ellos. Adicionalmente, los buenos médicos saben que los juicios clínicos deben ir acompañados de otro tipo de juicios que evalúan aspectos como lo científico, lo económico, lo administrativo, lo ético y lo religioso, entre otros, con los cuales se logra un ejercicio médico integral y respetuoso de los pacientes (Downie y Macnaughton, 2000).

CONCLUSIONES

No cabe duda de que en los tiempos que corren es necesario repensar la manera como se educan las nuevas generaciones de médicos. En un ambiente de descontento social por la manera como actúan y operan tanto

los profesionales de la salud como los servicios de salud, vale la pena optar por fortalecer los fundamentos éticos y humanísticos que deben caracterizar estos escenarios. Por esto incluir a la historia como parte del currículo de formación médica puede significar un gran aporte, en particular porque sin una comprensión clara de lo que significa ser médico, de lo que es la medicina y de los ideales que se han de perseguir en el ámbito biomédico, es difícil plantear soluciones o alternativas a los problemas y retos que se plantean hoy en el escenario biomédico. En este camino, optar por una reflexión renovada sobre los fundamentos teóricos presentes, desde el origen de la medicina, puede redundar en fortalecer la identidad de los médicos y hacerles partícipes de un acumulado de sabiduría e ideales necesarios hoy en la profesión. En este sentido, ética e historia están intrínsecamente ligadas. No será posible educar buenos médicos si no existe la posibilidad, en el transcurso de su educación y de su vida profesional, de reflexionar seriamente sobre cómo la medicina y ellos han llegado a ser lo que son. De esto se trataría una historia crítica de la medicina como parte de la educación médica: embarcarse en un fascinante viaje de autoconocimiento y autocomprensión que contribuya a moldear un adecuado carácter en los médicos y un *ethos* distinto en los servicios de salud.

REFERENCIAS

CARRICK, P. (2001). *Medical ethics in the ancient world.* Washington, D. C.: Georgetown University Press.

DÍAZ Amado, E. (2008). *Conversación en torno a Michel Foucault. Clínica, medicina y literatura.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

DOWNIE, R. y Macnaughton, J. (2000). *Clinica judgement: evidence in practice.* Oxford: Oxford University Press.

DUFFIN, J. (1999). *History of medicine. A scandalously short introduction.* Londres: University of Toronto Press.

FOX, E. (1999). "Rethinking doctor think": Reforming medical education by nurturing neglected goals. En M. Hanson y D. Callahan (Eds.), *The goals of medicine* (pp. 181-197). Washington: Georgetown University Press.

FREUD, S. (1948). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. En *Obras*

completas volumen II (pp. 1002-1016). Madrid: Biblioteca Nueva.

GADAMER, H.G. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.

GADDIS, J. L. (2002). *The landscape of history. How historians map the past*. Nueva York: Oxford University Press.

HIPÓCRATES. (1995a). *Juramento hipocr*ático. *Tratados médicos*. Madrid: Planeta DeAgostini.

_____. (1995b). Sobre la medicina antigua. En *Juramento hipocrático. Tratados médicos* (pp. 35-69). Madrid: Planeta DeAgostini.

_____. (1983). Aforismos. En *Tratados hipocráticos* (pp. 211-297). Madrid: Gredos.

JAEGER, W. (1992). *Paideia. Los ideales de la cultura griega*. Bogotá: FCE.

LEWIS, H.W. (1999). *El arte y la ciencia de las decisiones correctas*. Bilbao: Deusto.

NIETZSCHE, F. (1999). *Sobre la utilidad y el perjuicio de la historia para la vida*. Madrid: Biblioteca Nueva.

PELLEGRINO, E. y Thomasma, D. (1981). *A philosophical basis of medical practice. Towards a philosophy and ethic of the healing professions*. New York: Oxford University Press.

RELMAN, A. (1990). The new medical-industrial complex. En P. Conrad y R. Kern (Eds.), *The sociology of health and illness: critical perspectives* (pp. 209-217). Nueva York: St. Martin's Press.

SACKETT, D., Rosenberg, W., Muir J. A., Haynes, R. y Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. BMJ, *312*, 71-72.

SALOVEY, P. y Turk, D. C. (1991). Clinical judgment and decision-making. En D. R. Forsyth y C. R. Snyder (Eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology* (pp. 416-437). Nueva York: Pergamon Press.

STRAUS, S., Richardson, W., Glasziou, P. y Haynes, R. (2005). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. Edimburgo: Elsevier Churchill Livingstone.

SARAMAGO, J. (1996). *Ensayo sobre la ceguera*. Madrid: Alfaguara.

SEMBEROIZ, A. (2012). *El momento ético. Sensibilidad moral y educación médica*. Buenos Aires: Biblos.

UNSCHULD, P. (2009). *What is medicine? Western and Eastern approaches to healing*. Los Angeles: University of California Press.

AUTORES

CLAUDIA ÁLVAREZ FRANCO

Magíster y doctora en Enfermería. Es profesora asociada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y especialista en Administración de Servicios de Salud. Su línea de trabajo se centra en la investigación cualitativa, historia y cultura.

Correo electrónico: claudiaalvarezfranco@yahoo.es

ROBERTO AMADOR LOPEZ

Médico neuroinmunólogo. Profesor titular y director del Departamento de Patología. Forma parte del grupo Humanización en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Correo electrónico: lrobertoamadorl@gmail.com

CARLOS ANDRÉS ANDINO ACOSTA

Licenciado, bachiller y magíster en Teología de la Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá). Ha hecho diferentes diplomados relacionados con el campo de la salud en derechos humanos: Conflicto y Reconciliación (PUJ), Calidad y Acreditación en Salud Icontec, Programa de Habilidades Gerenciales (Plexus Consultores) y Excelencia Competitiva (Sinergia).

Correo electrónico: candinoa@gmail.com

ADRIANA ARDILA SIERRA

Médica de la Universidad Nacional de Colombia. Ph. D. en Salud pública de esta universidad. Es becaria de Colciencias e integrante del grupo de investigación Antropología Médica Crítica (AMC).

Correo electrónico: adriardilas@gmail.com

HERWIN EDUARDO CARDONA QUITIÁN

Licenciado en Psicología y Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional. Es magíster en Psicoanálisis, Subjetividad y Cultura de la Universidad Nacional de Colombia. Es el director del Centro de Investigación Regional Orlando Fals Borda (red CLACSO) y docente de la Universidad de Cundinamarca.

Correo electrónico: jonasdorado@hotmail.com

LUZ FANNY CASAS AMADO

Magíster en Bioética. Se desempeña como docente de Ética y Bioética de la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander.

Correo electrónico: luzfanny@gmail

JAIRO CLAVIJO POVEDA

Profesor del Departamento de Antropología (PUJ-Bogotá). Es doctor en Antropología de la Universidad de París III y miembro del grupo de investigación de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana.

Correo electrónico: jairo.clavijo@javeriana.edu.co

REBECA CRUZ SANTACRUZ

Socióloga y profesora de Antropología Social. Es profesora titular de la carrera de Médico Cirujano y Partero de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional de México.

Correo electrónico: cruzsantacruz@yahoo.com.mx.

EDUARDO DÍAZ AMADO

Profesor asociado del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana. Ph. D. y magíster en Historia y Filosofía de la Ciencia y la Medicina de la Universidad de Durham (Reino Unido). Filósofo con opción

en Literatura de la Universidad de los Andes (Bogotá). Especialista en Bioética de la Universidad El Bosque (Bogotá). Médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia (Bogotá).

Áreas de investigación: filosofía e historia de la medicina, historia de la ética médica y la bioética, bioética clínica y derecho médico, relaciones entre medicina sociedad y entre literatura y medicina.

Correo electrónico: eduardo.diaz@javeriana.edu.co

FRITZ EDUARDO GEMPELER RUEDA

Médico anestesiólogo de la Pontificia Universidad Javeriana. Es profesor asociado de la Facultad de Medicina de esta universidad. Magíster en Bioética de la PUJ y miembro del Comité de Bioética Hospitalaria y del Servicio de Ética Clínica del Hospital Universitario de San Ignacio.

Correo electrónico: gempeler@gmail.com

OCTAVIO HENAO ORREGO

Doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia. Médico familiar y comunitario de la Universidad Complutense de Madrid. También hizo estudios de Sexología en el Instituto de Sexología de París y Fellow American de la Universidad de Washington.

Correo electrónico: octaviohenao2012@gmail.com

GILBERTO HERNÁNDEZ ZINZÚN

Sociólogo y doctor en Antropología Social. Trabaja como profesor titular en la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM (México).

Correo electrónico: zinzun@unam.mx

LUZ EUGENIA IBÁÑEZ ALFONSO

Profesora titular de la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander (Bucaramanga).

Correo electrónico: luzibanez37@gmail.com

DIANA DEL ROSARIO IZQUIERDO MORA

Es psicóloga social con maestría en Estudios Culturales de la Universidad Autónoma del Estado de Chiapas (México).

Correo electrónico: izquierdoegui@yahoo.es

RICARDO LUQUE NÚÑEZ

Médico Cirujano de la Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Ética y Pedagogía de Valores y magíster en Bioética de esta universidad y en VIH de la Universidad Rey Juan Carlos de España. Actualmente, se desempeña como coordinador del Grupo de Sexualidad y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social.

Correo electrónico: rluque59@gmail.com

PABLO MATAMALA JORDÁN

Psicólogo de la Pontificia Universidad Javeriana.

Correo electrónico: matamala7@hotmail.com

CARLOS ANDRÉS MUÑOZ LÓPEZ

Abogado y filósofo en formación. Docente e investigador de tiempo completo de la Universidad Libre, seccional Cúcuta. Con maestría en Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana. Director del semillero Filosofía y Derecho y del Consultorio Jurídico para la Protección de los Animales no Humanos. Ha sido ponente y conferencista académico en diferentes países (Austria, Argentina, Uruguay, Perú, Brasil y Colombia).

Correo electrónico: carlos.munoz@unilibrecucuta.edu.co

MAGALY ROCÍO PABÓN ROBAYO

Filósofa de la Universidad del Rosario.
Correo electrónico: magalyrocio2008@hotmail.com

DIEGO JAVIER PACHECO NIÑO

Abogado litigante de la Universidad Libre, sede Bogotá, y miembro del comité editorial de la Revista estudiantil *Democratia Nova* de esta universidad. Ha publicado diversos artículos académicos en las revistas *Democratia Nova* y *Nueva época* de dicha *alma mater*.
Correo electrónico: diego.pachecon@unilibrebog.edu.co

ALEJANDRO PEDREROS BELTRÁN

Odontólogo y profesional en Filosofía y Letras de la Pontificia Universidad Javeriana. Hizo estudios de maestría en Filosofía en la Universidad de la Salle. Actualmente, trabaja en la ESE de san Cristóbal I nivel, donde además es referente de humanización de los servicios de salud.
Correo electrónico: apedrerosb15@hotmail.com

ALEJANDRO PERDOMO RUBIO

Doctor en Ciencias en Salud Colectiva y profesor e investigador en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana de México.
Correo electrónico: alperdo77@yahoo.com

NORA H. RIANI LLANO

Pediatra y bioeticista clínica. Directora científica de la Maestría en Bioética y coordinadora del curso Bioética para Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.
Correo electrónico: nriani@imbanaco.com.co

CAROLINA SOTO MÉNDEZ

Abogada, DEA en Bioética y Biojurídica de la Cátedra Unesco de Bioética y Biojurídica de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Coordinadora de investigación de la Facultad de Derecho de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bogotá.

Correo electrónico: Carolina.Soto@campusucc.edu.co

LILIANA TÁMARA PATIÑO

Médica. Especialista en Bioética y en Auditoría en Salud. Cuenta con una maestría en Protección Social (C). Ofrece cuidados paliativos domiciliarios como práctica privada en Bogotá.

Correo electrónico: ltamara@medicinalegal.gov.co

JESÚS DAVID VALLEJO CARDONA

Licenciado en Filosofía y Ciencias Religiosas, especialista en Pedagogía y Didáctica y magíster en Ética Biomédica de la Pontificia Católica de Argentina. Es docente investigador de la Facultad de Teología y Ciencias de la Salud y coordinador del Departamento de Familia y Bioética de la Universidad Católica de Oriente. También pertenece al semillero de Cuidado Paliativo Perinatal de la Universidad Católica de Oriente.

Correo electrónico: deptofamilia@uco.edu.co

JUAN CAMILO VENEGAS CARRILLO

Antropólogo y estudiante de Filosofía de la Pontificia Universidad Javeriana. Trabaja en el área de Antropología Política de la Salud. Es miembro del grupo de Nutrición del Instituto Nacional de Salud.

Correo electrónico: juancvc8@gmail.com

Tabla de Contenido

Portada
Portadilla
Créditos
INTRODUCCIÓN
- Primera sección
- Segunda sección
- Tercera sección

primera parte
Hospitalidad y humanización de la salud: una actitud humana en la acogida al enfermo
- Introducción
- Sentido de la humanización
- Humanización de las instituciones asistenciales
- La hospitalidad como una actitud humana de acogida
- Conclusión
- Referencias

Humanización de la salud, cosificación y significados de la vida y de lo viviente en el sistema de salud colombiano*
- Referencias

Repensar los conceptos de salud, ser humano y humanización: una exigencia bioética-ética en el cuidado de la salud
- Referencias

Información y realidad en la deshumanización o humanización de la atención médica
- Introducción
- El caso Margarita
- Primera perspectiva: comprender lo que nos hace humanos
- Segunda perspectiva: el papel estratégico de la información en la evolución de la atención médica
- Conclusión: propuesta de humanización
- Referencias

Cómo humanizar la salud en un mundo deshumanizado
- Introducción
- ¿Cómo humanizar la salud en un mundo así?

Referencias
Humanización de los servicios de salud: aporía de un proyecto sociopolítico o paradoja de una psicología humanista
Introducción
La influencia humanista
La humanización de los servicios de salud en Colombia: el discurso político
El discurso psicológico. Toda maquinaria necesita de un maquinista: los ortopedistas de la individualidad
Todo proyecto debe ser rentable: el discurso administrativo
A manera de conclusión: ¡El punto de convergencia!
Referencias
Derechos sexuales y reproductivos como herramienta para humanizar la práctica médica
Introducción
Conclusión
Referencias
SEGUNDA parte
Límites y contradicciones al intentar humanizar la atención en una realidad de explotación médica laboral
Introducción
Explotación médica y humanización
Conclusión
Referencias
La futilidad terapéutica: la percepción del médico como tratante y como paciente
Introducción
Metodología del estudio
Discusión
Referencias
El enfoque ético y bioético en el currículo del programa de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander (Colombia)
Contexto de las reformas curriculares
Modernización curricular
Modelo pedagógico: competencias cognitivas y socioafectivas
Abordaje de la ética y la bioética

Referencias
Visión y acción de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali para humanizar la salud: curso de pregrado Bioética para Medicina
Introducción: historia que contextualiza
Alianza estratégica, apuesta al éxito
Sincronía entre aprendizaje y práctica
Logística operativa y administración
Enfoque por objetivos
Competencias desarrolladas
Acción justificada
Perfil del egresado
Bioética como herramienta para todo médico
Viraje positivo: a manera de conclusión
Referencias
La influencia de la industria farmacéutica en la estipulación de políticas públicas en salud: un análisis mediante el concepto de medicalización
Introducción
Muestra de medicalización: el caso de la gripe A
La concepción histórica de la medicalización como manifestación de una somatocracia en Michel Foucault
conclusiones
Referencias
Ciudadanía y alegría: sobre la humanización de los servicios básicos de salud
Introducción
Los afectos positivos y el concepto de humanización
La política de la alegría frente a la ética del sufrimiento y el mal
La ética de las profesiones y la vocación
Ciudadanía, salud y alegría
Conclusiones
Referencias
La objeción de conciencia: elemento de tensión en la práctica médica*
Panorama actual de la objeción de conciencia en Colombia
Necesidad de regulación
Tensiones en la relación clínica
Conclusiones

Referencias
Humanización en la toma de decisiones al final de la vida desde la perspectiva de los cuidados paliativos en Colombia
Introducción
Condiciones normativas
La muerte y el proceso de morir
Calidad de vida al final de la vida
¿Cómo tomar decisiones desde una perspectiva humanizada?
Recomendaciones y conclusiones
Referencias
Los silencios profundos como terapia en la humanización de la atención en salud: un acercamiento a la relación entre médico, paciente y familia
La realidad del silencio
El silencio profundo como terapia
Los silencios profundos desde la verdad
De la información al silencio profundo
El silencio más efectivo es el afectivo
Un nuevo método
Conclusiones
Referencias
TERCERA PARTE
El saber científico y el tradicional durante el parto: el caso de Prudenciana Yépez, profesora en Obstetricia, en la Antioquia de 1879*
El oficio de la partería: Prudenciana Yépez de Vázquez
Cuidado: un concepto fundamental en el parto
Antioquia hacia finales del siglo xix y principios del xx
Conclusión
Referencias
Humanismo UN en salud. Pensamiento con sentimiento: de las moléculas a la estética, la ética y la moral
Introducción
Lo humano y las humanidades en el contexto contemporáneo: escuela moderna en el pensamiento posmoderno
Neurociencias en la adaptación y supervivencia: psicoendoneuroinmunología, su ciencia

Sistemas de resiliencia biopsicosociales extremos: la estética/ética/moral
Cuerpo o corporeidad como estructura, espacio y realidad humana
Apego: una sinfonía cuerpo a cuerpo. Somos una puesta en escena
Conclusión
Referencias
Tecnologías en el tratamiento de la lepra: figuras de lo ominoso en la humanización de la salud
Introducción
Lepra: poder médico e intervención estatal
La lepra y lo ominoso
El monstruo y la medicina
La nuda vida
Capital humano
A manera de conclusión: el retorno de los réplicos
Referencias
Deshumanización: reestructuración productiva de la atención en salud y poder
Introducción: la deshumanización
Reestructuración productiva y el proceso de trabajo en salud
El hospital tradicional: autonomía y disciplina de cuerpos y subjetividades
La reestructuración productiva hospitalaria: el hospital flexible, el compromiso management, los clientes y el médico vigilado
Conclusión: la humanización como resistencia a no ser reconocido
Referencias
La vigencia de la crítica de Sartre a la psicología y al psicoanálisis
Introducción
La vigencia de la crítica de Sartre a la psicología y al psicoanálisis
Primer paso de Sartre: la crítica de las teorías clásicas
Crítica al psicoanálisis
La propuesta de Sartre
Conclusión
Referencias
Quemados y cirujanos plásticos en Colombia: ambigüedades entre unas políticas de bienestar (welfare) y de cuidado de los enfermos (care)*

La urbanización, la gasolina y la cirugía plástica
Los quemados como problema de salud pública
El viviente, los dispositivos y la felicidad humana
Referencias
Epílogo Sobre historia de la medicina y la educación médica
La educación médica y el compromiso con la historia
Historia y medicina: dos miradas, un mismo horizonte
Medicina, ciencia y estructura social: la plausibilidad en Grecia y China
La escuela hipocrática y la fundamentación de la medicina
Conclusiones
Referencias
Autores

[1] Ministerio de la Protección Social. (2011). *Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario. Colombia*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de https://goo.gl/OSR9GG.

[2] Este acto académico fue posible gracias al generoso apoyo del Instituto de Bioética, el Hospital Universitario San Ignacio, el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt y el Centro Nacional de Bioética (Cenalbe). Además, por la organización inicial del material que compone este libro agradecemos a Paola Hernández Peñuela y Natalia Pedraza Jiménez.

[3] Véase Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (2007) y Andino (2015).

[4] Si bien las características que cobijaron el concepto de Estado de bienestar cobran mayor relevancia después de la Segunda Guerra Mundial, cabe anotar que el fundamento de ello se cimienta en los preceptos keynesianos que articularon las políticas económicas del *New Deal*, cuyo objetivo estaba direccionado a superar la crisis estadounidense surgida durante el periodo de la Gran Depresión. Es por ello por lo que "las políticas de bienestar social no sólo van a actuar como otro instrumento más de generación pública de demanda efectiva, sino que, desde su puesta en marcha dentro del contexto keynesiano, se mostraran muy funcionales en relación con el proceso de crecimiento de la economía de mercado y con la consolidación del capitalismo industrial" (Muñoz de Bustillo, 1989, p. 25).

[5] Referente a ello, la concepción del cambio de papel del Estado (*welfare state*), ocurrido en Inglaterra durante el gobierno de Margaret Tacher, pone de manifiesto cómo durante las dos últimas décadas del siglo XX se agudiza el fenómeno de la mercantilización en la oferta del servicio y acceso a la salud pública, la enajenación de este servicio a la empresa privada hace que incluso se empiece a hablar de la *commodification* como una acepción inglesa la cual le asigna el carácter de mercancía a un bien o servicio (Echeverri, 2008).

[6] Igualmente, refiriéndose a la eficacia de la medicina, cabe resaltar el rol que cumplía, y cumple aún hoy en día, la institución médica por excelencia: el hospital. En el siglo XVIII, allí se internaba o ingresaba a morir y no a curarse. Entre 1884 y 1887, junto con la introducción de la asepsia y la anestesia, se

facilitan las intervenciones quirúrgicas, lo que irá cambiando la institución del hospital. Más adelante, la posibilidad de luchar de manera eficaz contra las enfermedades infecciosas fue un gran descubrimiento de la medicina, que nace al unísono de los sistemas de seguro social, culminando así una nueva visión del hospital iniciada siglos atrás.

[7] En el contexto latinoamericano, esto se puede observar mejor si se considera el caso colombiano. Durante el gobierno del presidente Cesar Gaviria, y por medio de la expedición de una nueva Carta Política, se da inicio a un proceso de apertura económica a principios de los 90, ligado al auge que en Europa y Estados Unidos tuvieron las políticas neoliberales, el sistema de seguridad social y salud. Esta última en Colombia muta en 1993 hacia un sistema con amplia participación del sector privado en la asistencia a la salud, ofreciendo servicios como planes complementarios y medicina prepagada, en un régimen denominado contributivo, en el cual quien tiene ingresos y el capital suficiente puede gozar de un mejor servicio a la salud, respecto a la gran mayoría de la población de este país, quienes se encuentran en el régimen subsidiado asistido por el sector público (Hernandez, 2002).

[8] Al respecto véase Echeverri (1993).

[9] Con relación a las enfermedades endémicas, es importante contrastar que "desde 1970 se han detectado al menos treinta nuevas enfermedades infecciosa emergentes en el ámbito mundial, entre otras: el sida, la hepatitis C, la enfermedad de Lyme, la *Eschericha Coli* 0157:H7, *hantavirus*, *criptosporidium*, el virus de influenza H5N1. También desde 1970, otras enfermedades se han imbricado a las endémicas en ciertas regiones del mundo: cólera, paludismo y tuberculosis resistentes, plaga, ébola, entre otros" (Góngora, Castro, González, Ayora, Loroño y Fasfán, 2002).

[10] El surgimiento de la *medicina social latinoamericana* data de los comienzos de los años setenta con el médico argentino Juan César García, máximo referente de este movimiento, el cual se gestó como una corriente de pensamiento que comenzó a replantearse los procesos de salud, enfermedad y atención. Al respecto véase García, 1972, 1979 y 1982.

[11] Se entiende por *antígeno* aquellas "sustancias o moléculas reconocidas por una inmunoglobulina (anticuerpo) o por un receptor de células T particular, y que puede actuar como blanco de una respuesta inmunitaria" (María, 2009).

[12] Véase Yen *et al.* (1998).

[13] Véase OMS (2003).

[14] Al respecto véase Franco, Nunes, Breilh y Laurell (1991) y Eslava (2009).

[15] Incluso una investigación denominada *Estudio de la comunicación de lobby en el caso de la gripe A. Persuasión en la prensa escrita española* (2013) evidenciaba como 5 de los 16 miembros del Comité de Emergencias de la OMS, encargados de la información y divulgación de lo relacionado con la gripe A, tenían vínculos con grandes farmacéuticas que se ocuparon de la distribución y producción de fármacos para mitigar este virus (Pera y Hellín, 2014).

[16] Un ejemplo de cómo la maquinaria de la publicidad endilgada a los medios de comunicación puede producir la demanda de productos farmacéuticos y, además, se puede visibilizar a través de los fenómenos coyunturales, es el anuncio sobre la paroxetina que Gloxosmithkline en el *New York Times Magazine*, en octubre de 2001, un mes después del ataque al World Trade Center. En medio de un clima de comprensible agitación el anuncio afirmaba: "millones de personas sufren de ansiedad crónica. Millones pueden ser ayudadas por Paxil" (Mintzes, 2002).

[17] Para esbozar la concepción histórica que Michel Foucault asume sobre la medicalización nos enfocaremos en dos conferencias impartidas en el marco de un curso de historia de la medicina, que tuvo lugar en el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro, en octubre de 1974.

[18] Valdría la pena analizar si las críticas a Iván Illich por parte de Foucault son en realidad fundamentadas al hacerlas sobre la edición de 1974 de *Medical némesis*, en donde el mismo Illich advierte que es un borrador que irá a trabajar en el próximo año (Illich, 1975); y no sobre la edición del 1976, donde ya tiene un estilo

de escribir más certero y menos hipotético y cauteloso. Lo anterior, es un punto de discusión al margen que hará parte de otro escrito.

[19] En este sentido, Illich en el aparte "Curación amoral" de su obra *Medical némesis* sostiene: “Cada cultura tiene su propia percepción característica de la enfermedad y con ella su máscara higiénica peculiar” (Illich, 1975).

[20] Otra manera de entender esta dinámica es a través de la significación de la enfermedad y las metáforas que alrededor de ella han surgido, cultural e históricamente. En relación véase Sontag (2003).

[21] Véase Klein (2008), quien, con ocasión del golpe de Estado de 1973 en Chile, realiza un importante estudio en el que se relaciona el efecto que tuvo la inversión y el sector privado. Además de cómo, para recuperar terreno, el sector capitalista estadounidense, con una estrecha colaboración de la Escuela de Chicago, mantienen fuertes vínculos con los golpistas, especialmente, con el posterior presidente chileno, Augusto Pinochet.

[22] Un afecto negativo (o *pasión*) es aquel que, pudiendo ser afec-tados completamente de todas las maneras posibles en una red de factores, escogemos los afectos que no nos expresan a nosotros mismos en esta red: “Tengo una idea inadecuada, una proposición confusa de donde sale un afecto-pasión […]. Estoy compuesto de un número muy grande, de una infinidad de partes extensivas, exteriores las unas a las otras. Esas partes extensivas me pertenecen bajo una cierta relación, pero están perpetuamente sometidas a otras partes que actúan sobre ellas y que no me pertenecen” (Deleuze, 2008, p. 471).

[23] Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Constitución Política de Colombia (República de Colombia, 1991).

[24] “La expresión completa de un deseo, de una potencia ocurre cuando nos

proyectamos igualmente a una completa alegría: si suponen a alguien que está en posesión de su potencia de actuar [...] la posee al máximo [...]. Si hay aún afectos, pero estos afectos ya no son pasiones, hay afectos activos. Estos afectos activos no pueden ser más que alegrías" (Deleuze, 2008, p. 244). Si pensamos en la salud como la expresión completa de la potencia de actuar, lo más humano sería la alegría de poseer la salud.

[25] "Acompañar a los futuros profesionales en su reflexión de los criterios desde los cuales enfrentan su actuación es tarea compleja. No se puede amar la profesión si no se conoce su alcance en la dimensión real de los fenómenos en donde incide" (Acosta, 2010, p. 64).

[26] En la Sentencia C-214 de 2016 la Corte Constitucional reafirma el derecho a la objeción de conciencia para el personal de enfermería y aplica la misma regla para de las convicciones de la C-728/09. Mantiene los demás elementos de las sentencias mencionadas.

[27] Véase Department of Health & Nutrition Summit Stakeholders Group (2007).

[28] Véase Mt 14: 23; Mc 1: 35

[29] Propuesta *UN* (Universidad Nacional de Colombia) de humanización en salud forma parte del proyecto en desarrollo de humanización, bajo la dirección del Grupo de Humanización en salud de la Facultad de Medicina.

[30] En el mundo contemporáneo, la búsqueda de competitividad, eficiencia, eficacia, rentabilidad y economicidad, en medio de los avances tecnológicos y la promoción del libre mercado, un núcleo familiar frágil, los altos índices de intolerancia, la indiferencia y la insolidaridad, reflejan el deterioro de las relaciones humanas.

[31] La taxonomía de Bloom continúa como modelo de objetivos de aprendizaje. Ha sufrido dos modificaciones, en el 2000 y en 2008. Churches las adaptó a la era digital al ponerla a tono con las nuevas realidades.

[32] Véase *El páramo* (2012), película de Jaime Osorio Márquez (110 min).

[33] Novela de Hoffmann publicada en 1817 y retomada por Freud en el texto *Lo ominoso*.

[34] En este caso, el hecho es la manifestación externa del comportamiento, a saber: la emoción.

[35] El trabajo de Antonio Damasio a propósito de las emociones y sentimientos es fundamental en cualquier revisión del tema.

[36] Muestra la situación de pobreza y exclusión del uso de la gasolina doméstica en Bogotá.

[37] Se observa que la estufa estaba ubicada al lado de la cuna del menor muerto. La madre se encontraba trabajando.

[38] Desde la perspectiva de Michel Foucault, un dispositivo se manifiesta como una red de relaciones que se establecen entre elementos heterogéneos (discursos, instituciones, leyes, etc.). Estos elementos tienen nexos que justifican una práctica de poder, en este caso, una política energética y de control de poblaciones. Según Foucault, la noción de *dispositivo* puede entenderse como una "red de relaciones siempre tensas [...] [y un poder] que no es el privilegio adquirido o conservado de la clase dominante, sino el efecto de conjunto de sus posiciones estratégicas, efecto que manifiesta y a veces acompaña la posición de aquellos que son dominados" (Foucault, 2005, p. 32).

[39] Se resalta el número de quemados y el hecho de que son niños.

[40] Dejan estampillas y cartones para una tómbola en favor de estos niños.

[41] En la inscripción dice: "aquí se despacha el *cocinol* con el más estricto orden y

disciplina. Colabore…! Prohibida la venta a menores de 12 años".

[42] La estrategia que desarrollaron las JAC para distribuir el *cocinol* fue la creación dos tipos de carnés, uno para propietarios y otro para arrendatarios (inquilinos), el primero era permanente y el segundo provisional, el requisito para los dos casos era ser morador del barrio (Páez y Pedraza, 1984). Esta situación generó una fila de segunda categoría en los lugares de distribución (expendios o carrotanques), en donde aquellos que no tenían carnet esperaban para disputarse, según su ubicación en la fila, el poco combustible que sobraba después de despachar todos los carnetizados (Rodríguez, 1992).

[43] El incendio ocurrió en un inquilinato por una estufa de gasolina, mientras trabajaban. En el hecho murió otra niña que se encontraba en la habitación de al lado.

[44] Tras una explosión de una estufa de gasolina, que dejó un niño de 6 años muerto, una inquilina llora y se toma la cabeza al ver su hogar reducido a escombros.

[45] El término griego que se traduce como "ocasión" es *kairós*, que significa justamente "el momento oportuno".

[46] El término griego que se traduce como "juicio" es *krisis*. Desde la perspectiva del médico es en la crisis cuando el buen juicio clínico se revela. En *Sobre la medicina antigua* se dice que "[…] a la mayoría de los médicos me parece que les ocurre lo que a los malos pilotos: los errores que estos comenten, estando el mar en calma, no son advertidos; pero en el momento en que les coge un fuerte temporal o un viento contrario, si pierden la nave, todos se dan cuenta de que ha sido por ignorancia o impericia. Del mismo modo, cuando los malos médicos, y son mayoría, tratan a enfermos que no tienen nada grave y a los que no perjudicarían las más grandes equivocaciones (tales enfermedades son numerosas y atacan al hombre mucho más que las peligrosas), los profanos no advierten sus errores; pero cuando tienen que enfrentarse con una enfermedad virulenta y peligrosa, entonces sus fallos y su ignorancia resultan obvios a todos. Y es que las consecuencias, en ambos casos, no se hacen esperar mucho:

se presentan inmediatamente” (Hipócrates, 1983, p. 147).