



Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal

Humanization: A Conceptual and Attitudinal Problem



Autor

Laura Rueda Castro

Universidad de Chile
E-mail: lrueda@med.uchile.cl
<http://orcid.org/0000-0002-0085-989X>

Ida Cristina Gubert

Universidade Federal do Paraná, Brasil
E-mail: gubert@ufpr.br
<http://orcid.org/0000-0003-2687-9829>

Eduardo Alfredo Duro

Universidad de Morón, Argentina
E-mail: eduro@animoron.edu.ar
<http://orcid.org/0000-0001-5069-853X>

Patricia Cudeiro

Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde"
(ex "Casa Cuna"), Argentina
E-mail: patocudeiro@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8793-6543>

María Angélica Sotomayor

Universidad de Santiago de Chile
E-mail: masotomay@gmail.com
<http://orcid.org/0000-0002-6888-2906>

Elizabeth María Benites Estupiñan

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil,
Ecuador
E-mail: ebenitese@hotmail.com
<http://orcid.org/0000-0001-6234-3381>

Luis M. López Dávila

Universidad de San Carlos de Guatemala
E-mail: luislopez@usac.edu.gt
<http://orcid.org/0000-0003-3068-5293>

Gisela Farías

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales,
Argentina
E-mail: giselafar@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-7930-0329>

Fernando Adrián Torres

Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde"
(ex "Casa Cuna"), Argentina
E-mail: torresfernandoadrian@gmail.com
<http://orcid.org/0000-0001-5694-7090>

Estela Quiroz Malca

Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú
E-mail: esteliqm@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7885-401X>

Patricia Sorokin

Universidad de Buenos Aires (UBA)
E-mail: patriciasorokin@hotmail.com
<http://orcid.org/0000-0003-4205-419X>



Resúmen

El ejercicio de la medicina ha cambiado desde sus inicios hasta nuestra época. Los adelantos tecnológicos y los cambios en la gestión del servicio de salud produjeron una distancia entre el paciente y el médico. Por otra parte, los profesionales prefieren no tener un paciente propio, sino cumplir estrictamente con una parte del diagnóstico o del tratamiento (especialistas), sin involucrarse ni comprometerse. Se observa así una fragmentación de la atención que no beneficia al paciente. La humanización en la atención médica se caracteriza por un conjunto de prácticas orientadas a lograr mejor atención y mayor cuidado. El proceso de humanización del quehacer contribuye a que este sea acogido por el otro, a mejorar la relación, la seguridad del paciente y a evitar errores médicos.

Abstract

The exercise of medicine has changed since its beginnings up to the present day. Technological advances and changes in the management of the health service caused a distance between the patient and the doctor. On the other hand, professionals prefer to not have their own patients, but rather to strictly adhere to the diagnosis or treatment (specialists) without involving or committing themselves. A fragmentation of the attention that does not benefit the patient can thus be observed. The humanization in medical attention is characterized by a group of practices that are orientated at achieving better attention and greater care. The humanization process of the endeavor contributes so that this is welcomed by the other party, to improve the relationship, the patient's safety and to prevent medical errors.

Key words

Humanización; bioética; Juramento Hipocrático; Declaración de Ginebra; dignidad humana.

Humanization; bioethics; Hippocratic Oath; Declaration of Geneva; human dignity.

Fechas

Recibido: 29/06/2018. Aceptado: 07/09/2018



Nuestra propuesta ´es simple´... ´Si rearmamos al hombre fragmentado, estático y aislado, si abandonamos la enseñanza por atosigamiento y la reemplazamos por aprendizaje continuo interdisciplinario, si respetamos profundamente a los alumnos y los escuchamos, y si de entrada están en contacto con la comunidad y sus necesidades para que vayan generando una actitud de servicio y compromiso, y poco más´, tendremos mejores médicos¹ más humanizados y más humanizantes.

1. Humanismo médico: aproximación al deber ser y al ser

El concepto de humanizar incluye la relación con el otro, compartir una comunidad y el contacto empático, amable

Según el *Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española* (RAE), humanizar significa: "Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo". En concreto, el concepto de humanizar incluye la relación con el otro, compartir una comunidad y el contacto empático, amable. Decir solo "lo humano" es insuficiente, ya que hay un sinnúmero de actividades humanas que no son afables ni familiares como la tortura, la prostitución, la guerra, la explotación del hombre por el hombre.

Entonces, ¿humanizar la medicina, sería hacer humana una actividad que ya lo es? Si así fuera, ¿nos estaríamos refiriendo solo a las conductas o proposiciones positivas?

En la actualidad "humanismo" designa múltiples saberes, diferentes unos de otros. Se aplica como un calificativo para muchos conceptos al mismo tiempo que se mezclan y confunden con otros términos afines; en especial: "humanidad" y "humanidades".

Según Ortega, "humanidad" –en latín *humanitas*– nos remite a un momento de la historia, donde se designó con esta palabra a "ciertos sistemas de comportamientos humanos que se consideraban ejemplares y al que las personas de la época helénica creían haber llegado" (Ortega y Gasset, 1965, p. 155).

El plural, "humanidades", nos refiere a la Edad Media. Allí, se agrupó otro hemisferio del saber compuesto por la filosofía, la poética, la retórica jurídica, la política; cuerpo de conocimiento al que se llamó: Humanidades.

Humanitas se refería entonces a un cierto modo de comportamiento real por parte del ser humano, en otras palabras, a un modelo de vida recomendable para los demás. Las humanidades, por otra parte, constituían los conocimientos de conocimientos, las enseñanzas de enseñanzas, la manifestación intelectual por el pensar y aprender del ser humano.

En el siglo XV culmina el movimiento de establecimiento de las humanidades y aparece el Humanismo para designar bajo este concepto, a una disciplina clave para todas las demás disciplinas, la ciencia de las palabras (o de la comunicación hoy).

Independiente de sus significados arqueológicos, la voz humanidades nos servirá para designar "el conjunto de los hechos propiamente humanos" (Ortega y Gasset, 1965, p.

¹ Martínez, S. M. citado por Manzini, J. L. (2004). La educación humanística en Medicina. *Revista del Hospital Privado de Comunidad*, 7(1), 75.



162), “los fenómenos en que la realidad humana aparece” (Ortega y Gasset, 1965, p. 163). Con el nombre de Humanidades podemos designar la tarea del conocimiento en que nos dedicamos a investigar las “diversas dimensiones en que se desparrama el enorme asunto de la vida humana” (Ortega y Gasset, 1965, p. 165).

En correspondencia con lo anterior, la palabra *humanitas* –humanidad– debe reservarse para designar, justamente la condición humana, el carácter problemático del destino del ser humano y la variedad de sus modos para conducirse. El humanismo será aquella actitud que, a través de las humanidades, se hace cargo de la humanidad de las personas, permitiendo mediante esta función, el surgimiento de una vida arraigada, auténtica.

El humanismo sería la herramienta que completa e induce la trascendencia del análisis de la acción humana. Es la aplicación de la ética, el deber ser hacia el otro

Podríamos decir que tal tarea surge con el impulso de trascendencia que se ha manifestado a través de la historia de la intelectualidad humana. Hay etapas definidas en esta historia, se parte desde el desarrollo de la admiración ante el espectáculo del universo, seguida a continuación viene la preocupación por el ser del hombre y junto a ello, por el hacer de este. El humanismo sería la herramienta que completa e induce la trascendencia del análisis de la acción humana. Es la aplicación de la ética, el

deber ser hacia el otro.

En la definición de la RAE aparece el término familiar. ¿Se pretende humanizar con la participación de personas relacionadas y parientes? ¿En términos corrientes y conocidos? Probablemente el término familiar se refiera específicamente a que el médico trate al paciente como le gustaría que traten a un familiar cercano, al mismo tiempo que utilice términos conocidos “familiares” (evitando tecnicismos), que puedan ser comprendidos por sus pacientes.

Si nos referimos a la última parte de dicha definición “afable”, humanización podría querer referirse a mejorar el trato, a ser bien educados, gentiles, graciosos, sociables, atentos, cálidos, acogedores, en concreto: empáticos con el otro.

Sondeos informales realizados en la sala de espera de algún consultorio médico indicarían que, para ser considerado un buen médico, es igualmente importante saber medicina que mostrarse amable, cálido y empático con los pacientes, disponiendo de tiempo para escucharlos y para explorarlos sin promover el “pronto despacho” porque son muchos.

Diversas normas, desde el Código de Hammurabi en Babilonia hasta regulaciones actuales sobre el ejercicio de las “artes medicas”, requieren dominio de conocimientos, actitudes y habilidades que incluyen componentes interpersonales, clínicos y técnicos, para que los médicos se desempeñen adecuadamente frente a sus pacientes.

¿Cómo evitar que el buen trato, que es un mandato social para los médicos occidentales desde la antigüedad hipocrática, quede simplemente en la retórica de las profesiones de la salud?

Scribonius Largus, el médico que acompañó al emperador Claudio y que es considerado uno de los precursores del humanismo médico, entendía su actividad como una



profesión (*professio*) en el sentido de vocación, con la obligación moral de un comportamiento virtuoso: un “buen hombre, experto en la curación, lleno de misericordia y humanidad” (*vir bonus, medendi peritus, plenus misericordia et humanitas*) que complementaba pericia con compasión y bondad (Pellegrino, E. D. & Pellegrino, A. A., 1988). Esto se encuentra, también, en la base de otras tradiciones. Para la medicina ayurveda (Lambert, 2002) los médicos deben ser modestos, corteses, autocontrolados y preocupados por sus pacientes. En el sur de Asia, el *hakim*² ideal debe ser compasivo, seguro, probo, moderado, humilde y sin otra ambición que la de actuar bien. En la medicina tradicional china, los médicos deben ayudar a los necesitados y tratar a los enfermos sin discriminación por la riqueza u otras causas. Estas tradiciones también esperan que sus médicos se eduquen para mejorar sus habilidades técnicas, conocimiento y experiencia (Maguire & Pitceathly, 2002).

John Rawls en *Teoría de la Justicia* da un ejemplo de un buen médico: “Aquel que tiene los conocimientos prácticos y el talento que sus pacientes pueden desear. El talento y el conocimiento son propios del médico, el interés por el restablecimiento de la salud por el que el médico es valorado, es del paciente” (Rawls, 1979, p. 366).

2. Aportes interdisciplinarios e intersectoriales que coadyuvan a la humanización de la medicina

La humanización de la medicina, y más ampliamente la de la salud, solo puede entenderse en un sentido relacional

La antropología, la psicología, la lingüística y las teorías de comunicación, entre otras disciplinas, nos han dado una clave: el principio de toda humanidad es la palabra, la condición de sujetos que se comunican, que usan un sistema complejo de signos y señales que tienen sentido y pueden ser interpretados. Entonces, humanizar es tratar al otro, en cualquier circunstancia, dentro del circuito de la comunicación, de la intersubjetividad.

Por lo tanto, la humanización de la medicina, y más ampliamente la de la salud, solo puede entenderse en un sentido relacional. No se trata de un concepto abstracto, monolítico y autoevidente, sino que sería una cualidad que emerge en el contexto de las relaciones sociales que se establecen en el ámbito de las profesiones y los servicios de salud y que tiene su fundamento en las características propias de la condición humana, previamente señaladas. La humanización, en este contexto, puede ser interpretada de una manera según la subjetividad del paciente y de otra manera, muy diferente, desde la perspectiva del profesional.

La humanización de las profesiones de la salud también involucra las interrelaciones con los sistemas de salud. A diario se observan situaciones de abuso, descuido, explotación o maltrato que afectan a pacientes y a profesionales. Ese es un campo que también requiere nuestro foco para hacerlos visibles y propiciar la garantía y disposición de los derechos que nuestras leyes propugnan.

2 En la India y en los países musulmanes el médico es llamado *hakim*, un equivalente a “sabio”.



Desde el siglo XVIII, asistimos a un optimismo científico casi ilimitado y de tal grado que se llegó al extremo de “todo es posible” en el campo médico, los avances biotecnológicos en diagnóstico y tratamiento han redundado en enormes beneficios, pero su contrapartida es la concepción mecanicista del hombre, un conjunto de partes intercambiables, disecándole hasta el alma, fragmentando la humanidad en un rompecabezas en formato digital.

En este contexto, el Juramento Hipocrático es una guía en el accionar médico, en el acceso a una atención en salud oportuna y de calidad, un reaseguro contra la crueldad, humillación y dolor. Humanizar no es un eslogan, tampoco un asunto de buenos modales, un discurso, un estándar de acreditación, una retórica publicitaria y vacía. Hablar de humanización, no implica actuar en contra de lo que cada profesional considera su buen juicio clínico (los derechos a la objeción de conciencia fundamentada están, en general, regulados).

Humanizar no es ser complaciente ni condescendiente, humanizar es reconocer que el otro es un agente ético con la misma jerarquía y que el menos afectado, en este caso quien forma parte del equipo de salud, tiene una responsabilidad profesional y moral sobre el más vulnerable. Responsabilidad que no implica arrasar sus derechos, sino todo lo contrario, contribuir a fortalecer su claridad de decisión (con información adecuada, veraz y comprensible) y su autenticidad, en la medida de lo posible.

Humanizar es reconocer que el otro es un agente ético con la misma jerarquía y que el menos afectado, en este caso quien forma parte del equipo de salud, tiene una responsabilidad profesional y moral sobre el más vulnerable

La deshumanización se evidencia en la crudeza de algunas elecciones profesionales: preferir no tener un paciente propio (interconsultor), cumplir estrictamente con una parte del diagnóstico o del tratamiento (especialistas), sin involucrarse ni comprometerse con el paciente ya que solo lo ven una vez, tal vez dos, y al decir de un informante clave: “hacen algo y ya está”.

Hoy, los profesionales en formación seleccionan especialidades técnicas, sin paciente propio, sin urgencias ni consultas fuera de horario de asistencia, desestimando trabajar como médicos en lugares de mucho contacto con los pacientes. Entonces, no hay generalistas, clínicos, pediatras, emergentólogos y sobreabundan ecografistas, radiólogos, auditores y oncólogos, entre otros.

Ello pareciera indicar, aunque no es la única causa ni tampoco el único efecto, que aquellos propósitos para los cuales se formaron: curar, ayudar, aliviar, acompañar, se van alejando junto con su sentido de la responsabilidad.

El ministro de Salud de la Nación Argentina, Adolfo Rubinstein, sostuvo recientemente que: “Estamos con algunos problemas con especialidades críticas como medicina familiar y general, enfermería, anestesiología, terapia intensiva y neonatología. Tenemos que tomar decisiones para ver de qué manera podemos recomponer la cantidad y calidad de recursos que necesitamos para el país”³.

3 <https://www.argentina.gob.ar/noticias/comenzo-en-jujuy-el-segundo-encuentro-del-ano-del-consejo-federal-de-salud>



En este escenario, el Juramento Hipocrático parece devaluado a una promesa espuria: el graduado promete cuidarse a sí mismo para así poder brindar a futuro un mejor servicio.

3. La actualización del Juramento Hipocrático: ¿un llamado a la humanización?

“Cuidar mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel”

El Juramento Hipocrático, atribuido a Hipócrates, forma parte del *Corpus Hippocraticum* que comprende más de 70 escritos recopilados por sus discípulos. Corresponde al compromiso que hacían los médicos en la antigüedad. Actualmente es utilizado solo por algunas escuelas de medicina, siendo reemplazado por fórmulas reestructuradas.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (1948) como versión contemporánea del Juramento Hipocrático sigue presentando, pese a los cambios, un fuerte compromiso con la ética.

“Dedicar mi vida al servicio de la humanidad”.

“Velar ante todo por la salud y el bienestar de mi paciente” dice hoy en reemplazo de “La salud de mi paciente será mi primera consideración”.

La Asociación Médica Mundial (AMM) fue creada para asegurar la independencia de los médicos y para servir como institución rectora de la conducta ética de sus miembros. En octubre de 2017 la Declaración de Ginebra experimentó su mayor revisión sustancial. Una de las nuevas líneas incorporadas como promesa de los médicos para la sociedad a la que sirven dice: “Cuidar mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel”.

¿Se genera un conflicto entre “velar ante todo por la salud y el bienestar de mi paciente” y además “cuidar mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel”? Esta última sentencia tiene dos partes interrelacionadas, pero no queda claro qué es lo primordial, si las obligaciones deontológicas con el enfermo o la autopreservación para luego brindar servicios de calidad, en otras palabras: altruismo o autointereses.

Edmund Pellegrino pregunta sobre las obligaciones morales del médico frente al temor del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en los comienzos de la epidemia. ¿Es en algún grado el altruismo una obligación moral, o es la no-maleficencia el límite de las obligaciones del médico? (Pellegrino, 1987). En tal sentido, cabría también preguntarse si es en algún grado la humanización del paciente una obligación moral o es la garantía de justicia y de equidad el límite de las obligaciones del médico. O si son ambas ya que no debería ir una sin la otra.

4. Humanización y bioética

Los progresos de la ciencia de los últimos decenios impactaron drásticamente tanto en los diagnósticos como en los tratamientos, pero también han desembocado en la



aplicación de técnicas que, además de sofisticadas, costosas y complejas, en muchas ocasiones resultan cruentas, mortificantes e intrusivas para los pacientes.

Simultáneamente al avance tecnológico, se ha encarecido el costo de las prácticas y se ha incrementado el número de demandas por mala praxis médica, produciéndose una fragilización de la relación profesional con los pacientes y con la sociedad, lo que trae como consecuencia vínculos cada vez más deshumanizados y deshumanizantes.

Si bien se reconoce que, por una parte, los avances científico-tecnológicos tienden a potenciar el mejoramiento de la salud, por otra, el número de problemas éticos, legales y sociales respecto de la relación médico-paciente, aumenta. La incorporación sistemática de la tecnología ha generado la mediatización de la relación tornándola más impersonal.

Un requisito deontológico fundamental es que nunca debe considerarse a un paciente como un objeto. La sustitución de la palabra (por la tecnología, por el silencio o por la indiferencia) en el acto médico ha obrado en detrimento del vínculo paciente-médico. Se ven reducidos, cada vez más, los momentos de intersubjetividad, de encuentro y vinculación; van desapareciendo las variables sociopsicoantropológicas que, tradicionalmente, definían el contexto de análisis de la enfermedad. Asistimos a un cambio epistemológico que debe pensarse críticamente: el juicio clínico (definido por la combinación del saber científico, la experiencia y la relación interpersonal) se apoya y en gran medida ha sido suplantado por la tecnología.

Asistimos a un cambio epistemológico que debe pensarse críticamente: el juicio clínico se apoya y, en gran medida, ha sido suplantado por la tecnología

En el contexto descrito se ha ido extendiendo, gradualmente, la convicción de que los médicos actúan de modo paternalista y benevolente por temor a las demandas judiciales, adscribiendo erróneamente esas características a intervenciones que, en rigor, se definen como encarnizamiento u obstinación médica. Lo que caracterizaba a la tradicional medicina paternalista era su base en la beneficencia y correlativamente la confianza mutua entre médico y enfermo, en la que se podía desarrollar con naturalidad una práctica médica no defensiva.

Contrariamente, la desconfianza respecto del enfermo o de su entorno (con temor al eventual juicio) es el fundamento de la medicina defensiva.

Paralelamente, en los sistemas gestionados de atención tanto públicos como privados, se observa una mercantilización que exige rendimiento, eficiencia económica y optimización de recursos, estándares propios de la industria. Así, los médicos se ven forzados a atender o asistir a un número de pacientes mayor que el que las buenas prácticas vinculares en medicina recomendarían. Los pacientes, transformados en usuarios, no pueden ejercer libremente su derecho de elegir a un profesional que los asista, sino que deben aceptar a aquel que aparece contratado, no saben ni siquiera si será el mismo profesional quien los recibirá en la siguiente consulta.

Los servicios de salud no deberían ser simples nichos de negocios, ni los profesionales, trabajadores de una línea de montaje. La comercialización de la salud lleva a la pauperi-



zación de la misma, tanto material como moral. En la medicina sustituida por la técnica e invadida por el enfoque mercantilista y por las demandas económicas que esto ocasiona, el paciente percibe por parte del médico un interés primario de tipo económico, en tanto que al profesional de la medicina le obligan a dar garantía de los resultados, sin objeciones ni errores involuntarios. El aumento de la desconfianza, si bien se da en mayor medida en las sociedades industrializadas, es un fenómeno social en proceso de extensión. Una medicina que se guía por la economía de mercado, difícilmente se sujeta a las reglas de la ética, más bien queda a merced de las fuerzas que regulan la economía.

El aumento de la desconfianza, si bien se da en mayor medida en las sociedades industrializadas, es un fenómeno social en proceso de extensión

“La oferta”, “la demanda” y “el asesor médico” pasan a ser parte del lenguaje común en la medicina actual y parte de “la satisfacción del cliente” está en el aseguramiento de un resultado. Aunque el médico deba asegurar medios y no resultados, salvo (y aún con excepciones) con la cirugía plástica, donde las prácticas son precedidas por la celebración de contratos formales en que el paciente exige un resultado de acuerdo con el grado de satisfacción del mismo (Gutiérrez, 2007).

En la actualidad, el médico forma parte de una sociedad, en que la humanidad, la solidaridad y la empatía no son la regla. Las condiciones de trabajo son claramente diferentes de las que existían en épocas anteriores. El médico tiende a ser un empleado en las instituciones públicas y privadas, presionado a trabajar en medio de carencias e incomodidades; los grandes conglomerados económicos empleadores en el sector salud los han “asalariado”, sus honorarios suelen ser insuficientes para resolver las necesidades personales y familiares, lo que los obliga a tener varios empleos, influyendo negativamente en la eficiencia y en la eficacia de sus servicios. Por otra parte, el paciente ha adquirido un mayor conocimiento de sus derechos y es cada vez más frecuente que se empodere y defienda su capacidad de autodeterminación y de exigencia de calidad, representando deficiencias de un sistema que el profesional no controla ni representa.

La bioética consagra el principio de autonomía para los pacientes competentes, de tal manera que se acepta que puedan incluso negarse a seguir las prescripciones del médico si no les parecen apropiadas y apoya el derecho del paciente a participar activamente en las decisiones que le conciernen.

En un sentido más amplio aún, Daniel Zuromski, A. Fedyniuk y E. Maria (2018) amplían el concepto a un humanismo digital, previendo el uso de realidad virtual como posible herramienta para el mejoramiento de las competencias en sus aspectos humanísticos.

5. Bioética y humanidades médicas con perspectiva social

Como señalamos anteriormente, la profesión ha experimentado un cambio epistemológico: hoy se apoya en la tecnología. Es entonces cuando cobra importancia el retorno a una formación en humanidades que se articule fuertemente con la bioética. La formación en humanidades era un requerimiento previo al estudio de la medicina hasta avanzado el siglo XX y se establecían bases conceptuales para el quehacer médico.



Las artes ofrecen posibilidades terapéuticas que ya se esbozaban en la musicoterapia, la terapia ocupacional y la psicoterapia. La terapia artística es una práctica especializada que se emplea generalmente en psiquiatría infantil, con objetivos diferentes de la educación artística que utiliza perspectivas terapéuticas según el desarrollo psicológico del niño (Waller, 2006).

El trabajo a través de imágenes plásticas tiene un objetivo preferentemente comunicativo y expresivo. Cuando en muchos casos la comunicación verbal falla, el arte puede ser mediador, recuperando la importancia de lo comunicacional en la atención de la salud.

Cuando en muchos casos la comunicación verbal falla, el arte puede ser mediador, recuperando la importancia de lo comunicacional en la atención de la salud

Asistimos en los últimos tiempos al desarrollo de la medicina narrativa que trabaja con relatos orales y escritos en que los protagonistas son médicos y pacientes, en el contexto de un problema de salud. Los participantes escriben o cuentan experiencias en el lenguaje ordinario coloquial y confrontan sus percepciones y vivencias, buscando cruzar la brecha entre conocer sobre una enfermedad del paciente y comprender que es lo que realmente pasa (Squier & Hawkins, 2004)

Es así como, ya desde las etapas formativas, se intenta que el estudiante se entrene mediante las humanidades en comprender al otro, rediseñando los currículos y reorientando en las carreras de grado la incorporación del relato, el teatro, la gráfica, el dibujo, la pintura y la poesía, como medio para desarrollar capacidad de reconocer al otro y ponerse en su situación. Pero, para que tales “innovaciones” no resulten “revolucionarias” ni “impracticables”, se requiere proponer y promover un modelo de enseñanza-aprendizaje basado en el ejemplo y sostenido en valores.

6. Algunos escenarios en que se produce la deshumanización. Propuestas para articular e integrar acciones concretas en materia de humanización y bioética

Si entendemos que la humanización en la atención médica se caracteriza por un conjunto de prácticas direccionadas a un mejor cuidado de la persona, entonces se puede repensar los currículos y reorientar las carreras de grado para producir cambios en la formación médica (da Silva, Chernicharo, & Ferreira, 2011).

La nueva versión del juramento por primera vez hace referencia específica, al respeto de la autonomía y al reconocimiento de la dignidad del paciente. Asimismo, considera una nueva obligación de respeto entre maestros, colegas y estudiantes. Cabe preguntarse, si la obligación de respeto y gratitud a los docentes solo debe practicarse para cumplir con un precepto y si dicho respeto y gratitud deben ser retribuidos (en aras de la obligación juramentada) por los maestros a sus alumnos. Asimismo, resulta interesante señalar que no se menciona explícitamente el respeto y la gratitud que deberían profesar los maestros y estudiantes a sus pacientes que implícitamente ayudaron a su formación. Tampoco considera la valoración social de los médicos aun en instancias sociales, históricas y políticas como las actuales.



Una nueva obligación para los médicos representa la de compartir los conocimientos médicos en beneficio de sus pacientes y del progreso de la salud. En dicho contexto, esto puede resultar novedoso frente a la competitividad exacerbada que se fomenta en las escuelas de medicina y en el ejercicio profesional independiente o institucionalizado.

Para evitar que las casas de estudio se conviertan en formadoras de técnicos y no de médicos, es prioritario considerar que:

[...] no se trata de enseñar ética médica, ética en enfermería, deontología profesional, aspectos legales de estas disciplinas o, meramente, ética filosófica. Las propuestas tienden a acercarse a algunos de esos extremos, pero la bioética ha ido definiendo con bastante precisión su identidad (al menos conceptual, aunque el consenso no sea unánime o entendido por muchos) con una mirada más amplia e interdisciplinar y un estatuto epistemológico propio, por lo que se supone –y es exigible– que el profesor sea capaz de enseñar desde la perspectiva clínica y jurídica, desde la fundamentación filosófica de la ética y con la metodología y ámbito propio de la bioética. Además, debe hacerlo de un modo adecuado a las circunstancias culturales y sociales de su propio ámbito, en nuestro caso, de Latinoamérica, bien diferentes de otros [...habida cuenta que] hoy en día, la formación en bioética forma parte de la necesaria competencia del profesional de la salud, y que un objetivo importante es proporcionar elementos de juicio a los futuros profesionales para comprender los debates en bioética que se producen en su sociedad. (León Correa, F. 2008)

La humanización debe ser el pilar fundamental sobre el cual se sostiene todo el currículo, articulando e integrando simultáneamente contenidos, habilidades y actitudes.

La humanización debe ser el pilar fundamental sobre el cual se sostiene todo el currículo, articulando e integrando simultáneamente contenidos, habilidades y actitudes.

En tal sentido, la enseñanza a través del ejemplo (respeto, diálogo, compartir conocimientos) y el fortalecimiento de valores (solidaridad, justicia, trabajo en equipo) contribuyen fuertemente en la formación de los futuros médicos y favorecen procesos de humanización docente-alumno y, posteriormente, médico-paciente.

¿Qué saber, si no es la bioética, salvaguardará ese encuentro intersubjetivo entre médico y paciente?

En la nueva redacción de la Declaración de Ginebra, el médico se compromete a ejercer la profesión no solo “a conciencia y dignamente”, como figuraba en anteriores versiones, sino “conforme a la buena práctica médica”. La declaración pareciera incorporar así a otras corrientes bioéticas como son la ética del cuidado, la ética de la protección y la ética de las virtudes, ampliando el alcance y promoviendo puentes deliberativos con la ética de los principios anglosajones (autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia).

En dicha enunciación prevalecieron derechos y obligaciones que hace 50 años merecían atención. En cambio, la última versión (2017), alude a nuevos actores sociales y



repercusiones globales: la mayor carga de trabajo, de horas asistenciales, presiones laborales, evaluaciones costo-eficacia, regulaciones estatales, mayores expectativas públicas con el quehacer profesional, efectos del maltrato y la violencia pública, estrés emocional inherente a la práctica médica, a la epidemia de desgaste laboral (*burnout*, por su traducción al inglés).

Las expresiones de autocuidado, sumadas a las preocupaciones de una estructura gremial ocupada por velar por la integridad física de sus miembros, no tenían lugar en redacciones previas. Implican un reconocimiento al hecho de que, para que los pacientes sean la primera consideración se requiere, simultáneamente, atender al bienestar (estar bien y sentirse bien) de sus profesionales, cumpliendo y haciendo cumplir un mandamiento orientado a la humanización en sentido amplio: “amarás al prójimo como a ti mismo”.

Esta necesidad de autocuidado está reconocida como necesaria por la literatura (Hall, Johnson, Watt, Tsipa, & O’Connor, 2016), pero ¿es un valor central de la profesión médica que tiene que prometerse cumplir? ¿La humanización bien entendida comienza con esta reflexión?

La necesidad de autocuidado ¿es un valor central de la profesión médica que tiene que prometerse cumplir?

Una visión más amplia, esto es, desde las profesiones sanitarias, lleva a que frente a la explotación y maltrato por parte del sistema, existen aspectos bioéticos y de humanización a considerar, requiriéndose fortalecer el marco de garantía de derechos, tanto de pacientes como de profesionales, frente a factores como el tiempo limitado para atender, estipulado por los niveles centrales de rectoría. Esto lo señala Pablo Justich (2018) para el sistema español en un trabajo con un título perturbador: *Seis minutos*;

es el tiempo que el nivel central considera tiene que durar una consulta y, por lo tanto, el lapso en que se citan pacientes: “El gestor asume que esta ‘medicina express’ es la respuesta más idónea a las demandas de los ‘clientes’ del sistema de salud. Considera que lo vincular, lo gestual, lo que exceda puntualmente al motivo de consulta es oneroso y evitable”.

La película *El Doctor* (inspirada en el libro *El sabor de mi propia medicina* de Edward Rosenbaum), traducida al español como *Esperanza de vida*, retrata el proceso de transformación de Jack Mac Kee un cirujano exitoso y petulante. Este, tras ser diagnosticado de cáncer laríngeo, entra en crisis y tras tomar conciencia de sus actitudes distantes y poco comprometidas para con sus pacientes y familiares, inicia un proceso introspectivo para revertir la pseudobjetividad con que actuaba para evitar involucrarse con la incertidumbre y la angustia de sus pacientes. Su falta de empatía y arrogancia coinciden con el estilo sarcástico Dr. House, el médico de la emblemática serie televisiva, que sostiene que “para tratar enfermedades somos médicos, tratar pacientes es el inconveniente de la profesión”.

Tal vez ese “inconveniente de la profesión” pueda convertirse en el valor agregado si se reconoce a la medicina como una ciencia social y humana y no se la limita a ser un arte basado principalmente hoy en el dominio de la técnica.



Bibliografía

- Chopra, A., Saluja, M., & Tillu, G. (2010). Ayurveda–modern medicine interface: A critical appraisal of studies of Ayurvedic medicines to treat osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 1(3), 190-198. DOI: <https://doi.org/10.4103/0975-9476.72620>
- Díaz Amado, E. (2017). Sobre la historia de la medicina y la educación médica. En E. Díaz Amado (Ed.), *La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas* (pp. 399 y ss.). Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Gutiérrez, S. C. (2007). Relación médico-paciente. En L. Cote Estrada & D. Olvera Pérez, *Cirugía en el paciente geriátrico*. México DF, México: Editorial Alfil.
- Justich Zabala, P. R. (2018). 6 minutos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 116(1), e70-e74.
- Lain Entralgo, P. (1972). *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat.
- Lambert, H. (2002). The good doctor around the world. *BMJ*, 325(28). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.700>
- León Correa, F. (2008). Enseñar bioética: Cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioethica*, 14(1), 11. DOI: <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100002>
- Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325(7366), 697-700. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.697>
- Martínez, S. M. citado por Manzini J. L. (2004). La educación humanística en Medicina. *Revista del Hospital Privado de Comunidad*, 7(1) 75-82.
- Ortega y Gasset, J. (1965). Prospecto del Instituto de Humanidades. En *Misión de la Universidad*. Madrid: Ed. Revista de Occidente, Colección El Arquero.
- Pellegrino, E. D., & Pellegrino, A. A. (1988). Humanism and ethics in Roman medicine: translation and commentary on a text of Scribonius Largus. *Lit Med*, (7), 22-38. DOI: <https://doi.org/10.1353/lm.2011.0164>
- Pellegrino, E. D. (1987). Altruism, self-interest, and medical ethics. *JAMA*, 258(14), 1939-40. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.258.14.1939>
- Rawls, J. (1979). *Teoría de la Justicia*. The Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge, Mass: 366. Gonzalez, M. (trad.).
- Silva, F. D. da, Moraes Chernicharo, I. de, & Assunção Ferreira, M. de (2011). A humanização na ótica de professores e acadêmicos: estado da arte do conhecimento da enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(2), 381-388.
- Sorokin, P. (2000). Relación intersubjetiva médico-paciente: en defensa propia. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, 5(1), 89-92.
- Squier, S. M., & Hawkins, A. H. (2004). Medical Humanities and cultural studies: Lessons learned from an NEH institute. *Journal of Medical Humanities*, 25(4), 243-253. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10912-004-4831-1>
- Vergheze, A., Shah, N. H., & Harrington, R. A. (2018). What This Computer Needs Is a Physician: Humanism and Artificial Intelligence. *JAMA* 319(1), 19-20. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.19198>



- Waller, D. (2006). Art therapy for children: How it leads to change. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(2), 271-282. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359104506061419>
- Zuromski, D., Fedyniuk, A., & Maria, E. (2018). Can New Technologies Make Us More Human? An Inquiry on VR Technologies in Social Cognition. *Frontiers in Psychology*, (9), 705.