

## LA DESHUMANIZACIÓN EN MEDICINA. DESDE LA FORMACIÓN AL EJERCICIO PROFESIONAL

AVILA, Juan

*Universidad Militar Nueva Granada  
Facultad de Medicina*

*Se hace referencia a la deshumanización como la pérdida de la capacidad axiológica propiamente humana, al estar rodeados del poderío científico y tecnológico, que ha formado parte del desarrollo de la enseñanza y la práctica de la medicina; la cual ha visto el surgimiento de modelos como el paternalismo, la autonomía del paciente, el autonomismo y más recientemente aquel en el que a diario se usan términos como economía, eficiencia, administración y aseguramiento, entre otros.*

*Esta investigación analiza la deshumanización en el contexto del ejercicio profesional desde la formación del estudiante de medicina hasta la implementación del acto médico y el establecimiento de la relación médico-paciente en su práctica académica y/o profesional. En el desarrollo del trabajo se analiza la deshumanización en cuanto a su concepto e implicaciones en la medicina y la enfermería en tres categorías dadas por los niveles: de formación, asistencial y administrativo.*

*La presente comunicación es fruto de la revisión y análisis sobre el acto médico maleficente en la atención clínica, en el marco de una investigación de tesis doctoral. Se concluye que la complejidad de la práctica médica actual, la especialización y la compartimentación del conocimiento han alterado la razón de ser de la medicina llevando a la deshumanización del acto médico, y que un nuevo enfoque en las facultades de medicina a través de procesos de reforma y actualización en los currículos y programas académicos podría humanizar los procesos de docencia médica, retomando el papel del médico frente a las humanidades y la Bioética.*

### ***Deshumanización - Educación médica - Enseñanza - Mala praxis - Medicina general***

#### **Introducción**

La visión del humanismo en el ámbito de la salud consideraba al médico como el profesional que cultivaba las ciencias que enriquecen el espíritu (artes, literatura y pintura); con el paso de los años y retornando a principios que se habían establecido desde el tiempo de Hipócrates, la deshumanización se entendió como consecuencia de

un modelo racional científicista que se alejaba de la sensibilidad humana. La terapéutica moderna, al tratar de llegar a ser estrictamente científica, dejó de lado la antigua recomendación del aforismo hipocrático “curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre” y puede afirmarse que quiso reducirla a dos de sus términos “curar siempre”.

La deshumanización es la privación de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos, que al empezar a ser comparados con objetos o animales puede ser considerados como incapaces de sentir algo más que dolor y por ello cuando el concepto se asume en el ejercicio de la medicina puede entenderse como la consecuencia de un modelo racional científicista que se aleja de la sensibilidad humana.

### **Referentes teórico-conceptuales**

#### *El acto médico*

La medicina se percibe como un conjunto de conocimientos en constante evolución cuyos saberes y prácticas son reflejo de la época y la sociedad de la cual forma parte, se encuentra al servicio de los fines que la sociedad considere oportunos y está sujeta a las mismas restricciones que las demás instituciones sociales (Callahan, 2004)

Se describen tres hechos fundamentales y permanentes y que se constituyen como elementos esenciales y constitutivos del acto médico: Libertad, intimidad y confianza. La conceptualización del acto médico ha venido cambiando con el tiempo y de acuerdo a Siegler y citado por Couceiro (2012) se han establecido tres periodos que tipifican la relación clínica y los cuales están dados por el periodo del paternalismo o del médico, el de la autonomía o del paciente y finalmente el periodo de la burocracia o del contribuyente.

El paternalismo estaba dado por la relación vertical en la que existe un incremento de los derechos del médico y en la que el paciente era un “incompetente mental”, en donde el médico dictaba su actuar como obraba un padre con su hijo menor de edad, buscando lo mejor para el paciente sin pedir su consentimiento (Arango, 2012). En la autonomía se le proporciona al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el médico llevará a cabo dicha decisión; la relación ya no es vertical sino horizontal, teniendo el paciente y el médico un trato de igual a igual.

#### *La deshumanización*

Es la pérdida de la capacidad axiológica, tan propiamente humana, cuando estamos rodeados de tanto poderío científico y tecnológico (Tealdi, 2008). Por otro lado Haslam y citado por Rodríguez la considera como la privación de las características que se suponen forman parte de la naturaleza humana (alegría, la sociabilidad, la curiosidad,

la calidez, la apertura a lo nuevo, la individualidad y la profundidad), las cuales al ser sustraídas proyectan una imagen de frialdad, rigidez y superficialidad del ser.

Lo anterior también se ve influenciado por el sesgo reduccionista hacia el orden biológico del ser humano, mientras que se desatienden los órdenes simbólico (código del lenguaje) y de la comunicación (orden psíquico) que constituyen como un todo al ser humano. Por lo tanto si se da la pérdida o se hace abstracción de uno de estos componentes, el ser humano deja de serlo, y esto conduce a su deshumanización (Escobar, 2015) y su deshumanización puede llevar a la pérdida de la dignidad y los derechos del sujeto.

Santos (2003) retoma los aspectos conceptuales de la deshumanización en salud y explica que de una manera más específica y aplicada a la práctica diaria, la deshumanización puede verse en:

La “cosificación” del paciente (olvidado sus rasgos personales, sentimientos y valores).

La ausencia de calor en la relación humana y en la existente con el paciente.

La falta de reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo enfermo y de la igualdad entre todas las personas.

La debilidad en el tratamiento integral y global que abarque todas las dimensiones del ser humano, partiendo del modelo de determinantes y de historia natural de la enfermedad.

La falta de participación del paciente en la toma de decisiones relacionadas con la inadecuada relación de poder, a pesar de encontrarnos en el periodo de la autonomía del paciente.

La desconfianza existente en cuanto al conocimiento médico y las falsas expectativas basadas en experiencias pasadas por parte del paciente.

### *La deshumanización del estudiante*

Desde su entrada a las aulas, el joven estudiante y futuro profesional de la medicina encuentra un nivel de exigencia académica en los primeros semestres que implica un profundo cambio en sus patrones conductuales y en su estilo de vida, que se exagera aún más al empezar la práctica clínica, en la que debe cumplir compromisos asistenciales y de estudio y profundización de los temas. Tanto en el pregrado médico como en los posgrados hay factores que llevan a presentar actitudes deshumanizadas y esto puede iniciarse con la observación de comportamientos poco éticos en los docentes, incluyendo burlas que ridiculizan a sus pacientes; de esta forma, los estudiantes encuentran una gran contradicción entre los valores que, según se les

enseña, debe poseer un médico y los que aprenden durante sus prácticas clínicas (Loayssa, 2009).

Esta deshumanización puede encontrar sus orígenes en los procesos de enseñabilidad y educabilidad presentes en el aula durante toda la formación del estudiante de medicina. Este es un modelo de aprendizaje basado en la burla, el maltrato y la deshumanización, que se convierte en un continuo dentro de los procesos docentes, ya que perpetua esta forma de enseñar la medicina. Se podría relacionar el concepto de “identificación con el agresor” que aparece como una respuesta ante situaciones como la sensación de angustia frente a una amenaza, la pérdida de la sensación de protección, el estar ante un peligro; en ese momento la persona deja de ser como sí misma y se transforma en la imagen que algún otro tiene de ella (Frankel, 2002).

De igual manera Loayssa (2009) especifica algunas situaciones que contribuyen a la deshumanización del estudiante y que están dadas por las conductas inapropiadas de tutores y docentes en el aula y por fuera de ella, los mensajes de currículo “oculto” al interior de las facultades de medicina, la inadecuada representación social e imagen del médico que lleva a los cambios en los valores de la profesión médica con el consecuente choque de los ideales con la realidad. También se describe la sobrecarga emocional derivada de la exigencia académica y la falta de preparación frente al contacto con el sufrimiento, las limitaciones de la medicina en pacientes con situaciones difíciles o con personalidad disfuncional, la falta de sustento académico y práctico frente a la toma de decisiones en situaciones enmarcadas en dilemas bioéticos y las condiciones dadas por el funcionamiento del sistema de aseguramiento y prestación de servicios de salud.

Es en este momento que se hace evidente la pérdida de la sensibilidad de los estudiantes la cual ha de hacerse manifiesta de acuerdo a lo enunciado por Nizama (2002) en los siguientes aspectos:

Deficiente selección de postulantes sin la exigencia de una auténtica vocación médica

Exigente proceso de evaluación durante los estudios de medicina con énfasis exclusivo en los conocimientos científicos y técnicos

Escasa o deficiente formación humanista durante la carrera médica por el predominio de asignaturas técnicas en las facultades de medicina y la eliminación de los cursos de humanidades

Sobreexposición del médico al sufrimiento del doliente en una sociedad que rechaza el dolor humano y la muerte sin estar formado para manejar el sufrimiento

Relación médico- paciente basada en aspectos comerciales con una creciente desconfianza de parte del paciente

Sobresaturación del mercado médico debido al exceso cuantitativo de profesionales de la medicina

Explotación inícuca del médico

Médicos poco humanistas presentados como "modelos de éxito" o paradigmas

### *La deshumanización del profesional*

La relación médico-paciente constituye el núcleo de la medicina y se ha visto afectada por la fragmentación especializada de la atención médica y la implementación de la eficiencia económica en la prestación de servicios de salud, que han hecho aparecer un modelo contractual de dicha relación, el cual es éticamente impropio debido a que no hay equidad de negociación entre el médico competente y el paciente desvalido; una relación comunicativa y participativa mejora el aspecto ético y humaniza dicha relación (Kottow, 2005). El médico ha sido uno de los ejes centrales de la sociedad y a quien se le ha permitido acceso a la intimidad del paciente con el propósito de devolverle la salud o protegerla; sin embargo, a la medicina moderna se han incorporado otras disciplinas que tienen que ver con el cuidado de la misma, y ha sufrido diversas influencias, particularmente económicas, que afectan la esencia de su práctica profesional (Martínez-Gutiérrez, 2015).

Tales variables han modificado profundamente los sistemas de atención de salud, exigiéndoles prioritariamente productividad y rentabilidad, lo que hace que el médico se vuelva más mecánico y menos sensible y "humanizado", entendiendo dicho concepto como una perspectiva ampliada para contener las necesidades de salud de los usuarios en un marco de respeto a los principios éticos. A pesar de que la idea del humanismo médico se encuentra expresada en el Juramento Hipocrático, algunos profesionales de la medicina han perdido la imagen humanista que los identificó durante milenios, por lo que hoy podrían equipararse a técnicos, ávidos de reconocimiento económico y profesional, adheridos al modelo racional científicista y divorciados de la sensibilidad humana (Oseguera, 2006).

Por lo anterior, en el peor escenario y contexto se tendría el perfil de un médico deshumanizado que correspondería al de un técnico, con una actitud soberbia que menosprecia la esencia espiritual del ser humano, insensible a su dolor, con una relación médico-paciente despersonalizada enmarcada en un trato despótico, sin importar la opinión del paciente; tal médico es desinteresado y no explica las conductas ni las opciones terapéuticas. La imagen de este profesional podría compararse con la del mercader que ofrece y vende servicios a un alto costo, interesado en recuperar la inversión monetaria destinada a su entrenamiento médico y avaro por aumentar su

patrimonio económico y su estatus social y cuya última preocupación es el paciente (Sultán, 2012) (Perales, 2013).

### **Aspectos metodológicos**

La presente comunicación hace parte de una investigación cuya tesis aprobada para la obtención de un título de doctorado en Bioética. La investigación incluye la revisión documental del concepto y alcance del acto médico y del mal y la maleficencia en medicina, entre los cuales se incluye el tópico de los aspectos éticos del acto médico relacionados con la humanización y la deshumanización, haciendo énfasis en la que se presenta en el proceso de formación del estudiante.

La recolección de datos y el uso de las fuentes de información se hicieron por el método hermenéutico para el análisis e interpretación de los textos. Para este escrito se hizo la búsqueda en las bases de datos Pubmed, EbscoHost, Dialnet, ProQuest, Bireme, Elsevier y ScienceDirect con las palabras: humanización, deshumanización, acto médico, formación médica, enfermería, ética, bioética, medicina; se utilizaron diversas combinaciones de las mismas con el conector "Y". La búsqueda se amplió utilizando los términos en inglés: Humanization, dehumanization, medical act, medical training, nursing, ethics, bioethics, medicine. Se incluyeron los artículos que estuvieran en texto completo, se descartaron los editoriales y las cartas al editor y se tomó como período de búsqueda desde el año 2000 al 2016, dando prioridad a los artículos más recientes.

La búsqueda bibliográfica también incluyó libros que cumplieran con los criterios de búsqueda y representaran un aporte importante para la construcción del presente escrito, para lo cual se amplió el rango de tiempo y por su importancia para el desarrollo de la investigación se incluyeron tres libros publicados en la década de los años noventa.

### **Resultados alcanzados y/o esperados**

El proceso de deshumanización está ligado al desarrollo del ejercicio médico y a su transición por diferentes modelos y paradigmas en los que se van sustituyendo los preceptos del imperativo hipocrático por otros dados por un imperativo económico que propugna la eficiencia en la administración de los servicios de salud. Lo anterior aunado a los procesos de especialización del conocimiento y a la relevancia que se da hoy al conocimiento objetivo, técnico- científico instrumental, lleva a que el profesional de la salud pierda la perspectiva del paciente como un ser eco biopsicosocial y lo lleve a una fragmentación dada por los signos y síntomas de una enfermedad específica. Puede asumirse el acto médico como el equilibrio de tres dimensiones que abarcan lo antropológico al tener en su esencia al hombre (tanto el profesional como el paciente), lo disciplinar entendido como la formación y el ejercicio profesional y, finalmente, la

dimensión dada por el contexto social en la que la praxis está regulada por determinantes científicos, técnicos, económicos, administrativos, sociales y políticos (Ávila, 2017).

La pérdida del concepto de integralidad del paciente y su análisis e intervención desde un determinante únicamente biológico, afectan el entendimiento del mismo en sus aspectos humano y comportamental, y del aforismo usado en la medicina en la antigüedad (curar a veces, consolar siempre) se pasa a la máxima de “curar siempre” en detrimento de la percepción que tenga el paciente sobre su salud y calidad de vida, máxime en condiciones que implican la atención de pacientes con enfermedades crónicas, incapacitantes o presentes en el ciclo vital del adulto mayor.

La complejidad de la práctica médica actual y la especialización y compartimentación del conocimiento han tendido a diluir el valor central que para la medicina representa la relación que se establece cuando el paciente se encuentra con su médico. Es necesario retomar el papel del médico frente a las humanidades y la Bioética junto con la consolidación de su enseñanza y puesta en práctica en la clínica, ya que estas complementan el cientificismo con el humanismo, que forma parte intrínseca del arte de curar; un médico culto es un mejor médico, pero no porque sea médico, sino porque es un mejor ser humano, y porque esa circunstancia no solo le permite, sino que lo obliga a un mejor trato con otros hombres y, por qué no decirlo, a que transforme su acción por medio del conocimiento, entregándose así a la más genuina solidaridad con el otro (Cardona, 2013) (Ávila, 2016),

### **Referencias bibliográficas**

- Arango, S., Castaño, J., Henao, C., Jiménez, D., López, A., Páez, M. (2010) Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina*, 10(2), 110-26.
- Ávila, J. (2017) La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *IATREIA*, 30(2), 216-229
- Callahan, D. (2004) Determinación de los fines de la Medicina. En: *Los fines de la medicina - El establecimiento de unas prioridades nuevas. Proyecto internacional del Hastings Center* (pp. 35-47). Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas.
- Cardona, L. (2013) Mal y sufrimiento humano. El reconocimiento dialógico de la perversidad humana. Mal y sufrimiento humano. Un acercamiento filosófico a un problema clásico. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. 251-331.
- Couceiro, A. (2012) La relación clínica: historia, modelos instrumentos y retos. Santiago de Chile, Chile. Editorial Mediterráneo.

- Escobar, J. (2015) ¿Por qué someter una investigación a un análisis ético y bioético? En Duque D, editor, Diálogos Nacionales sobre Ética de la Investigación: Memorias 2013-2014. Bogotá: Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, 34-45.
- Frankel, J. (2002) Exploring Ferenczi's concept of identification with the aggressor. Its role in trauma, everyday life, and the therapeutic relationship, *Psychoanal.Dial.*, 12(1), 101- 139.
- Kottow, M. (2005) Bioética y Biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética*, 1(2), 110-121. Recuperado de: <http://bioetica.org/cuadernos/bibliografia/kottow.pdf>
- Loayssa Lara, J., Ruiz Moral, R., & García Campayo, J. (2009). ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Atención Primaria*, 41, 646-649.
- Martínez-Gutiérrez, J. (2015) Diplomado de salud y humanización: el valor de la reflexión y el aprendizaje presencial. *Rev Med Chile*. 143: 337-344.
- Nizama-Valladolid, M. (2002). Humanismo Médico. *Rev Soc Peru Med. Interna*, 15(1).
- Oseguera, F. (2006) El humanismo en la educación médica. *Revista Educación*, 30 (1), 51-63.
- Perales, A., Mendoza, A., Sánchez, E. (2013). Vocación médica; necesidad de su estudio científico. *An Fac Med*, 74 (2), 133-7.
- Rodríguez, A. (2007) Nosotros somos humanos, los otros no. El estudio de la deshumanización y la infrahumanización en Psicología. *Revista IPLA*, 1(1), 28-39. Recuperado de <http://www.ridpsiclo.ull.es/index.php/ridpsiclo/article/view/66/56>
- Santos, A. (2003). Humanización de la atención sanitaria; retos y perspectivas. *Cuadernos de bioética*, 14(50), 39-60. Recuperado de <http://www.aebioetica.org/revistas/2003/14/1/50/39.pdf>
- Sultán, O., Waytz, A. (2012) Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspect Psychol Sci.*, 7(2), 176-86. doi: 10.1177/1745691611429706.
- Tealdi, J. (2008) Justicia y Derechos Humanos – Sistema de derechos humanos. En: *Diccionario Latinoamericano de Bioética* (pp.88-91). Bogotá: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia.