

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA: RETOS Y PERSPECTIVAS.

Aldo Miguel Santos Hernández
Especialista de I^{er} grado en Medicina General Integral
Policlínica Docente Pedro Díaz Coello, Holguín
Miembro de la Cátedra de Ética del Centro de Formación
y Promoción del Laico “A. Janssen”, Diócesis de Holguín.
E-mail: obiholguin@cooc.co.cu

1. Introducción

Tras milenios plagados de crueldad, calamidades y toda clase de sufrimientos e injusticias; justo cuando el género humano, confiado en el vertiginoso progreso en todas las esferas del saber y del quehacer, aguardaba expectante el advenimiento de una renovada humanidad colmada de bienes, exultante de gozo, y en medio de una euforia casi general en la que se presagió el “fin de la historia”¹ En realidad nos hallamos hoy ante una sociedad postmoderna cada vez más desencantada, una “aldea global” que ha conseguido acortar ciertas distancias – entre terminales de computadoras y bancos de datos -, a costa de acrecentar muchas otras – entre norte y sur; poseedores y desposeídos; poderosos y dominados -.

La raíz de tal crisis se encuentra en la extensión y arraigo de una concepción sumamente empobrecida del ser humano, de su sentido y de su dignidad, la cual se fundamenta de manera casi exclusiva en criterios economicistas (competitividad, eficiencia), ideológicos (poder, dominio) y socioculturales (éxito, placer). Promovida activamente por poderosas corrientes de diverso signo, se nos trata de imponer por medio de la fascinación, la seducción o el engaño, una visión limitada y degradante de la persona: La frase bíblica del Creador “*hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza*” es sustituida por quienes parecen exclamar “*hagamos un hombre a nuestra medida*”, esto es, un objeto desprovisto de dignidad, un “casi hombre” acorde con sus intereses, cuya vida será útil y por lo tanto acreedora de algún valor relativo, mientras responda a dichos criterios o reporte algún beneficio a sus fines. La persona concreta, sumida en este panorama de palpable deshumanización, con frecuencia se muestra confundida y desorientada, pues no logra desentrañar el sentido último de su existencia, e incapaz de discernir entre el bien y el mal, se ve abocada a un profundo vacío ético.

Debido a que la atención sanitaria desarrolla su acción en estrecha cercanía a la persona, al servicio de sus bienes más preciados: la vida y la salud, precisamente en cruciales de la existencia como son su jubiloso inicio, su siempre dramático fin, y durante la enfermedad, situación en la que el individuo sufre además de los síntomas propios de su condición, la más radical pobreza, limitación y dependencia; este campo de ejercicio profesional experimenta, quizás como ningún otro, los embates y tensiones del presente proceso de deshumanización.

La práctica médica actual, estrechamente asistida por el avance técnico y científico, detenta como nunca antes un insospechado poder sobre las personas². Poder que en ausencia de claros referentes éticos puede conducir al vértigo del dominio y la manipulación más deshumanizante y cruel, en lugar

de lo que está realmente llamada a ser: el servicio más noble, honorable y dignificante, ámbito privilegiado de enriquecedores modos de relación interpersonal y encuentro a la verdadera altura y medida del ser humano.

A pesar de la profusa reflexión al respecto, el concepto de *deshumanización* aun permanece poco delimitado. Algunos autores lo emplean indistintamente junto al término *despersonalización*, aunque otros los distinguen, asociando el primero con una pobreza comunicativo-afectiva desplegada en las relaciones interpersonales o incluso con otros ámbitos animados e inanimados de la realidad, reservando en cambio el segundo, para aquellas relaciones de corte impersonal, excluyentes de la individualidad y subjetividad de sus protagonistas, fenómeno motivado por la superficialidad y la fugacidad de las relaciones en las que intervienen un elevado número de actores. Tal es el caso del enfermo que es atendido de forma casi simultánea por un numeroso grupo de profesionales médicos, paramédicos y personal auxiliar, mientras que por otro lado cada uno de esos miembros del equipo asistencial, por lo general tiene a su cargo un enorme volumen de pacientes. Como resulta lógico suponer, por encima de tal distinción, es indudable la existencia de una estrecha interconexión entre ambos fenómenos. Sus expresiones más comunes en la práctica sanitaria son:

- La «cosificación» del paciente que “*pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos*”³, pasando a ser tratado como: “la cama tal”, “la colecistitis” o “la historia clínica más cual”.
- Falta de calor en la relación humana, distanciamiento afectivo por parte del personal, rayano en fría indiferencia o indolencia.
- Ausencia de un entreveramiento creativo entre los ámbitos personales del paciente y de los miembros del equipo asistencial que favorezca formas mutuamente enriquecedoras de encuentro⁴.
- Violación de los derechos del enfermo (privacidad, confidencialidad, autonomía...), que puede llegar a la negación de sus opciones últimas.

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

La Deshumanización en la Práctica Sanitaria Actual

Numerosos y disímiles son los fenómenos que a escala global, propician la despersonalización y la deshumanización en la asistencia sanitaria contemporánea. He creído de utilidad, con miras a facilitar su comprensión, distinguir entre los factores de tipo sociológico, los atribuibles a la organización y funcionamiento de las estructuras sanitarias, los factores imputables al personal sanitario, y los relativos al paciente y su medio, así como aquellos originados por la aplicación inadecuada de los avances de la tecnociencia médica. Tal distinción corre el riesgo de incurrir en enojosas simplificaciones, pues en realidad todos estos factores interactúan de forma tan compleja y proteica que en la praxis cotidiana se hace con frecuencia imposible tal categorización.

1. Factores Sociológicos

Crisis de la cultura

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

Pluralidad de sistemas éticos

El proceso de globalización de las últimas décadas que se ha desarrollado principalmente en los planos tecnoeconómico, sociopolítico y cultural, a pesar de los crecientes esfuerzos no alcanza aun el plano ético.

Esta globalización asimétrica origina una violenta colisión de valores: por un lado la cultura empresarial en boga propugna valores como la tenacidad, la eficiencia y la lealtad; mientras que las instancias sociales y políticas promueven la participación en la toma de decisiones, el respeto por el bien común y la equidad; sin embargo en la cultura mediática y popular se preconiza el rechazo al esfuerzo, y una “libertad” consistente en el disfrute y la autosatisfacción personal sin barreras, divorciada de toda preocupación social.

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

Exigencias desproporcionadas

Como consecuencia de los dos anteriores fenómenos, se origina una ambigüedad: se le exige al personal sanitario –médico y paramédico-, una cuota de sacrificio, abnegación, entrega y desinterés que sin embargo la sociedad actual, atenazada por el egoísmo individualista, el afán de lucro y el hedonismo, es incapaz de incentivar. Se exigen valores y virtudes que el resto de la sociedad no está dispuesto a asumir ni vivenciar y que por lo tanto no logra transmitir.

Medicalización de la sociedad

El sinnúmero de problemáticas, tensiones e insatisfacciones de todo tipo que afrontan de manera constante los individuos, se traduce habitualmente en síntomas de origen funcional, pertinaces y de muy difícil control. El gran volumen de personas así enfermas, genera una demanda que presiona a los sistemas sanitarios estimulando su hipertrofia. Este fenómeno unido al simplismo con que se enfoca la solución de ciertas problemáticas sociales e individuales, ha dado paso a una creciente medicalización de la sociedad. De esta forma son invertidos cuantiosos recursos materiales y humanos que, con la pretensión de solucionar “problemas de salud”, solo están tratando sus signos y síntomas en lugar de sus verdaderas causas, pues sus soluciones rebasan ampliamente la perspectiva sanitaria. Tal es el caso de fenómenos como el alcoholismo, las drogodependencias, el suicidio y el VIH/SIDA por solo citar algunos.

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

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

Inestabilidad del personal y fragmentación de los servicios de salud

Debido a la complejidad, dinamismo y sobrecarga a los que están expuestos algunos servicios de salud, no siempre es posible garantizar la estabilidad de la atención y el seguimiento del paciente por el mismo profesional. A menudo el individuo enfermo se relaciona no con un médico en particular, sino con un equipo más o menos extenso de personas. Esto impide el rapport que solo es capaz de generarse en una comunicación interpersonal estrecha y fluida, a la vez que diluye el compromiso con su cuidado y la responsabilidad con los resultados de las acciones diagnósticas y terapéuticas.

Otro peligroso factor de despersonalización de la asistencia sanitaria es la cada vez mayor fragmentación de los servicios, lo cual atenta contra la visión del individuo en su compleja e indivisible totalidad.

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

Como resultado del establecimiento en la mayor parte de los países, de la economía de mercado de corte neoliberal, en la que se otorga a las leyes del libre mercado un poder casi ilimitado, al tiempo que los estados se desentienden cada vez más de su tradicional papel de velar por el interés general y de asistir a los más desfavorecidos. Se ha difundido la tendencia a evaluar también los resultados y la calidad de los servicios de salud con fríos *criterios economicistas* (competencia, productividad, eficiencia) encaminados a rentabilizar al máximo los recursos sanitarios y originar ganancias.

Las consecuencias de este enfoque han sido desastrosas tanto para los pacientes como para el personal médico y paramédico, pues como lo describe Lelkens “*Los hospitales están considerados como empresas comerciales que deben someterse al criterio del provecho[...] la asistencia sanitaria proporcionada se ha convertido en un «producto» y el paciente en un «cliente», la calidad del producto que se proporciona debe ser calibrada con el menor costo y ser lo más eficiente posible*”⁵. En la práctica esto se traduce en: recortes presupuestarios y de personal, aumento del volumen de pacientes-clientes, omisión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos costosos, así como la escandalosa carestía de servicios y seguros médicos, que excluye a todo aquel sin suficiente capacidad financiera, en suma: ominosa deshumanización de la asistencia sanitaria.

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

Inadecuadas estrategias gerenciales y de dirección

Estrategias inadecuadas de dirección y gerencia de salud, pueden favorecer la aparición de rasgos deshumanizadores en la práctica médico-asistencial. La dirección basada en un excesivo centralismo, con el predominio de esquemas rígidos que otorgan muy poco margen a la participación de los subordinados en la toma de decisiones, y en los que casi todo se encuentra ya normado. De tal forma que la defensa de un criterio profesional o la adopción de una determinada postura, incluso en las materias o tópicos en los que no se ha legislado, necesita ser refrendado por los niveles superiores; frena la creatividad, generando descontento y frustración en el personal, así como falta de compromiso con los resultados de la labor. Esto como es de suponer se revierte negativamente en la calidad humana de la asistencia sanitaria.

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

Excesiva burocratización

La excesiva burocratización de los sistemas sanitarios provoca que el personal emplee parte sustancial de su tiempo en actividades burocráticas, en detrimento de las asistenciales o promocionales. Me permito citar a F. Torralba, quien ha dicho “*Resulta evidente que la burocratización es algo inevitable cuando se trata de coordinar y atender a una masa humana [...] sin embargo en el plano ético, la burocratización del cuidar, altera negativamente el sentido y la esencia de este proceso, [...] dicha acción requiere el rostro a rostro, la salvaguarda de la identidad personal y esto, en el seno de un mundo de vida radicalmente burocratizado, es difícil llevar a cabo*”⁶.

3. Factores Relativos al Personal Sanitario

Desequilibrio en la formación académica

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

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

La especialización

El vertiginoso ritmo del progreso científico técnico que ha propiciado la acumulación de un enorme volumen de información y conocimientos médicos así como la necesidad de estudiar con

mayor profundidad y acuciosidad los disímiles problemas de las ciencias de la salud, ha motivado que en la segunda mitad del pasado siglo, fuese haciéndose imprescindible una división de la asistencia médica por sectores denominada “especialización”. Surgieron de esta forma profesionales “macroexpertos” en “microtemas”. A la par de sus innegables ventajas, este proceso abrió una brecha para la despersonalización en la atención médica. Bajo este modelo de atención se ha cometido con frecuencia el error de tratar una patología o una parte del paciente ignorando el resto de su persona. Esta “fractura” atenta contra la unicidad del individuo, por lo que despersonaliza y desvirtúa la relación médico-paciente.

Vulnerabilidad del personal asistencial: La medicina defensiva

En contraposición con la antigüedad, cuando a la figura del médico junto a la del Rey, sus jueces y los sacerdotes, se le concedía una fuerte responsabilidad moral en su ejercicio, que les eximía de la responsabilidad legal, debido a la ausencia de normas jurídicas que juzgaran la rectitud de sus actos profesionales, pues se partía de la tesis que solo la medicina era competente para discernir la buena de la mala praxis. Actualmente el ejercicio de la profesión médica se encuentra en una situación sumamente vulnerable.

Sobre los profesionales se ciernen, cual espadas de Damocles, numerosas leyes, normativas, regulaciones jurídico-legales y administrativas que crean un clima de permanente amenaza, con sanciones o penalizaciones de diverso tipo. Existe además una opinión pública, que moldeada por los medios de comunicación social, tiende a depositar un exagerado optimismo en la eficacia, seguridad e inocuidad de la tecnología médico-farmacéutica. Tal y como ha señalado Manuel de Santiago “*Ejecutando el arte médico con excelencia, de manera competente y con los medios adecuados, el médico moderno sigue siendo incapaz de asegurar una evolución favorable o de garantizar que una complicación imprevista no pueda hacer su aparición*”⁷, sucede entonces que como este mismo autor indica “*El paciente, al que disponían a ayudar, a servir, se convierte en sospechoso. Advierten que detrás de una cara amable o de una expresión de sufrimiento puede albergarse, meses más tarde, un sentimiento de indignación y revancha injustificada o la codicia menos defendible*”⁸. Esta sensación de vulnerabilidad impulsa al personal sanitario a trabajar bajo la continua presión del *temor*, tan nocivo desde el punto de vista psicológico y espiritual pues el miedo repliega, entorpece y violenta profundamente, tanto a quien lo experimenta como a quien lo detecta. Ello conduce a la práctica de una *medicina defensiva* en la que el médico “cuidándose”: no informa o desinforma, sobremedica, prescribe exceso de costosos y molestos exámenes, determina ingresos, sobrestadías hospitalarias e interconsultas innecesarios o deriva los casos más molestos para “quitárselos de encima”. Otra manifestación de la medicina defensiva consiste en la conservación a ultranza, de las distancias por parte del profesional, quien rehuye toda clase de cercanía o compromiso afectivo que quizás le podría hacer sufrir y padecer con el paciente, al tiempo que le demostraría a este y a su familia la fragilidad y limitaciones de su imperfecta ciencia.

Dificultades en la realización profesional

La realización profesional, constituye parte esencial del continuo proceso de crecimiento y maduración del individuo en la búsqueda de plenitud y de su realización integral como persona. Esta es pues, una categoría dinámica que depende del equilibrio de múltiples factores. Entre ellos ocupa un

lugar central el *cultivo constante de la vocación*, además de las respuestas que se logren ir formulando a una compleja trama de *elementos psicológicos* como son: la necesidad de aprecio, respeto y reconocimiento a su labor, tanto por parte de los pacientes, como de la comunidad y de sus superiores, además de la presencia de cierto margen de autonomía que favorezca un clima de participación en la toma de decisiones y apertura a las iniciativas creativas, de manera que el profesional sanitario logre experimentar la satisfacción y el gozo que aportan la generación de conocimientos, la práctica del bien, así como el establecimiento de enriquecedoras formas de unidad con sus semejantes.

Influyen también en la realización profesional del trabajador de la salud una serie de factores *materiales* entre las que se encuentran: la necesidad de una justa retribución monetaria, que debe ser proporcional a la carga de trabajo, el nivel de responsabilidad, la jerarquía, el grado de competencia alcanzado y la antigüedad laboral, de forma tal que le garanticen un nivel de vida digno. Dentro de estas necesidades se incluyen además la disponibilidad de condiciones y medios laborales idóneos y seguros. Es importante tener también en cuenta otras *aspiraciones de tipo profesional* como la de capacitación o superación y de promoción jerárquica.

Un horizonte de realización profesional en el cual existan metas claras y alcanzables hacia las que se avance progresivamente, contribuirá de manera notable en la configuración del sentido existencial de la persona, generando fuertes incentivos así como una intensa motivación a la apertura, la entrega y el servicio altruista. De lo contrario, el individuo caerá irremisiblemente en el foso del desánimo y la desmotivación, pudiéndole incluso sobrevenir severos trastornos de su autoestima y en suma, la frustración, el vacío o la corrupción más deshumanizadores.

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

Sobrecarga de trabajo y desgaste profesional

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

Las dificultades en la realización profesional así como la sobrecarga de trabajo, entre otros factores de tipo personal, profesional y social, pueden dar lugar a un estado que ha sido descrito como “Síndrome de desgaste profesional” o de “Burnt out”, (se traduciría al español como “estar quemado”). Tal y como reflejan algunos autores este “*Es un cuadro de agotamiento emocional, despersonalización en el trato con los destinatarios de la actividad profesional y personal, que se desarrolla progresivamente como respuesta a una situación de estrés mantenido en el desarrollo de algunas profesiones, sobre todo de ayuda a otras personas (sanitarias, educativas, ect.)*”⁹. Los

miembros del personal sanitario que sufran tal condición podrán incurrir, aun de manera involuntaria e inconsciente, en un actuar deshumanizado¹⁰.

Inadecuada relación de poder

La autoridad “*es la instancia que dirige a los hombres hacia los bienes que constituyen su fin, cuando no son capaces de alcanzar esos bienes sin la ayuda de quien manda*”¹¹. Los principios en los que se funda la autoridad son pues, por un lado los méritos o facultades de quien la detenta y por el otro, el reconocimiento y la libre aceptación de dichas cualidades por parte de quienes bajo ella se encuentran. Esta se debe ejercer de forma justa y razonable para lograr siempre una finalidad positiva.

De este modo se comprende mejor, el porqué desde antaño la relación entre el médico y sus pacientes se ha basado en el ejercicio de la autoridad por parte del primero, quién cuenta con los conocimientos, habilidades y experiencia imprescindibles para orientar al paciente hacia bienes que no puede por sí mismo alcanzar: la salud y la vida.

Sin embargo cuando la autoridad no es ejercida sobre los principios anteriormente anunciados, se puede caer; o bien en una negación de casi toda forma de relación basada en la autoridad profesional, conducente a la desmedida exaltación de la libertad individual, lo que a su vez origina desorientación y caos – las personas, sin estar aptas deben determinar y buscar por sí mismas, solución a sus necesidades -. O en el otro extremo al *autoritarismo*, el cual consiste en una excesiva asimetría de poder que origina una injusta relación de dominación, lesiva de la libertad y la dignidad de los dominados.

Con suma frecuencia, la inadecuada relación de poder genera además el no menos nocivo *paternalismo*. En este, quien ejerce la autoridad, basándose en la presunta ignorancia e incapacidad de los dominados, no les concede la posibilidad de determinar sus necesidades, ni en consecuencia orientarse por sí mismos en la búsqueda de los bienes que precisan, lo que perpetúa la incapacidad, la dependencia y la pasividad.

Cuando estas formas incorrectas del ejercicio de la autoridad, inciden en las relaciones médico-paciente o de forma más genérica: personal sanitario-paciente, causan desajustes y rupturas que provocan situaciones de conflictividad, incomunicación y a la postre deshumanización¹². En el primer caso, al magnificar la autonomía del paciente se le empuja a la desorientación y el individualismo mientras que por su parte, el facultativo se desentiende y lo deja a merced de su propia incapacidad. En los otros dos, debido a la excesiva verticalidad de una relación en donde la postura profesional pasa a ser eminentemente coercitiva en lugar de dialogante y persuasiva, no se consigue generar en las personas un compromiso que los lleve al cambio de actitudes y la promoción de su salud, obteniendo el mejor de los casos solo pasividad y sometimiento. Esto propicia una severa atrofia de la capacidad del paciente para tomar decisiones responsables de manera voluntaria y autónoma en el ámbito del cuidado de su salud, coartando de esta manera su crecimiento personal y perpetuando por ende su estado de dependencia e indefensión.

4. Factores Relativos el Paciente y su Medio

Desconfianza

Con frecuencia el paciente, basándose en experiencias negativas - suyas o de quienes le rodean -

, acudirá ante el personal sanitario con serias reservas que le impedirán abrirse al encuentro. Numerosas dudas le asaltan: ¿se encontrará este médico adecuadamente capacitado?, ¿me dirán la verdad? ¿realmente le preocupará mi problema o solo busca su propio provecho?, ¿respetarán mi privacidad?. Esta situación le sitúa “a la defensiva”, el paciente omite aspectos relevantes o llega a mentir e incluso en algunos casos, alberga una agresividad latente que fácilmente puede degenerar en franca hostilidad. La desconfianza crea un enrarecido clima, lesivo de la relación médico paciente, la que según se ha dicho debe ser ante todo “*un encuentro entre una conciencia y una confianza*”¹³.

Falsas Expectativas

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

Ejercicio Inadecuado de la Autonomía

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

Insatisfecho y cada vez más irritado, irá de consulta en consulta incluso a veces omitiendo valiosa información a quién él estima no le corresponde pues “no son síntomas de esa especialidad”, convirtiéndose de esa forma en un sujeto “desmenuzado”, en una relación de síntomas donde cada especialista va arreglando su parte y ninguno el todo. “*El paciente fragmentado –en la mente y en el cuerpo- busca al médico como un técnico, como alguien que resolverá un tema particular, y no como un profesional a quién confiar el cuidado de la salud [...] en ese contexto no se puede pedir que el paciente conserve el sentido profesional del médico*”¹⁴. Cuando el problema de salud se descompensa o agrava, el enfermo acude entonces al servicio de urgencias donde, debido a las características y la dinámica propia de estos departamentos destinados al tratamiento de las situaciones de emergencia, no se dispone del tiempo ni la posibilidad de poner el orden y concierto imprescindibles para hallar las soluciones que el paciente tanto necesita.

La autogestión ignorante del paciente provoca una “inflación de enfermos”, pues la fácil accesibilidad en algunas regiones del mundo a una amplia gama de especialistas y servicios médicos, se convierte en la tentación cómoda para que el individuo intente eliminar el primer síntoma real o imaginario que aparece, por circunstancial o insignificante que sea. En medio de una verdadera avalancha de enfermos reales, imaginarios o simulados que sobrecargan los sistemas de sanidad y

deshumanizan la labor del personal asistencial, se disuelven aquellos que realmente necesitan una esmerada atención, por un médico que asuma la responsabilidad de su cuidado de forma personalizada.

5. Tecnociencia Médica y Deshumanización

Nos encontramos inmersos en un proceso cada vez más acelerado de desarrollo científico y tecnológico que alcanza todos los ámbitos de la existencia. El volumen de información y conocimientos que actualmente se genera, trasmite y aplica, crece a un ritmo exponencial, fenómeno facilitado por las nuevas tecnologías de la informática y las telecomunicaciones. En un lapso cada vez más breve, que ha hecho hablar de la “aceleración de la historia”, hemos sido testigos del trayecto por las dos fases de era industrial, la atómica hasta la actual era electrónica y digital.

En los últimos decenios también las ciencias biomédicas han experimentado enormes progresos en todos los campos (preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitatorio). Desde la revolución quirúrgica que representó la aplicación de los anestésicos y las medidas de sepsia y antisepsia, el inicio de la era antibiótica con el descubrimiento de la penicilina, pasando por los avances en el terreno de la farmacología y de los medios diagnósticos, hasta la revolución biotecnológica de nuestros días. Los avances de la tecnociencia médica han contribuido de manera notable a mejorar la salud e incrementar la calidad de vida de millones de personas.

Todo este proceso de impetuoso desarrollo científico-técnico ha facilitado la aparición del denominado “mito cientificista del eterno progreso”, según el cual: *“El saber científico muy elevado permite llegar a un saber técnico muy poderoso, aun dominio muy amplio de la realidad, a la solución satisfactoria de múltiples problemas, la producción de artefactos extraordinariamente perfeccionados. A formas nuevas, sorprendentes de confort y a una medida correlativa de bienestar y felicidad”*¹⁵. Bajo esta percepción, se le ha conferido a la ciencia una omnipotencia utópica, pretendiendo que en ella radican todas las respuestas sobre la condición del hombre y el sentido de la vida, que proporcionarán las “fórmulas” para el dominio sobre los más complejos procesos sociales, la total superación de la enfermedad y del envejecimiento así como la supresión de la muerte. Este modelo que ha demostrado ser insostenible y cuyo principal fallo es confundir la suma aritmética del confort y el bienestar con la felicidad, pone sus bases en una serie de argumentos entre los que se destacan los siguientes:

- Todo proceso tecnológico supone un progreso para la humanidad.
- Cuando algo es técnicamente posible, hay que hacerlo.
- La ciencia y la tecnología no son buenas ni malas en sí mismas: son neutras. Todo depende de con que actitudes se asuma y con que fines se utilicen.
- Ante el avance tecnológico hay solo dos opciones: a favor o en contra.

A pesar de las dolorosas experiencias recientes que confirman la falsedad de los anteriores supuestos (armas atómicas, guerra química y bacteriológica, experimentación con embriones, contaminación, agotamiento de recursos), la humanidad aún no ha perdido del todo cierta inocencia en relación con las tecnociencias, estas se han revestido de una “aureola prometeica” que ha propiciado la distorsión de su sentido original: lo que en un principio era tan solo el *medio* para lograr que las personas alcanzaran cotas cada vez más altas de bienestar y satisfacción, ha sido trastocado por oscuros intereses en un *fin* en sí mismo.

El ser humano ha terminado con frecuencia siendo también rebajado al plano de un objeto más, bajo el dominio de la ciencia y la tecnología, su dignidad ha quedado rota y olvidada. La sociedad globalizada postmoderna ha entrado en el tránsito cuesta abajo de una cultura humanista a una cultura tecnicista.

Es preciso no perder de vista que tal y como la utilización de técnicas y herramientas, influyó progresivamente en la evolución de los primeros humanos (desarrollo de la mano, bipedestación, lenguaje oral articulado, pensamiento concreto). Las tecnologías contemporáneas, al modificar radicalmente nuestro entorno y ejercer un constante influjo sobre cada individuo, también a largo plazo, de manera paulatina e imperceptible, nos configuran y remodelan física, psíquica y emocionalmente, transformando a su vez todo el sistema de relaciones interhumanas y con ellas la sociedad y la cultura.

Por otro lado, resulta prácticamente inevitable que la aplicación de algunas tecnologías no haga aparecer ciertos tipos de “mediación” entre los actores implicados. En el caso de la atención sanitaria pensemos por ejemplo en la radioterapia, la medicina nuclear, los estudios imagenológicos y la telemedicina, lo cual tiende a aislar al personal médico del paciente. Esta relativa separación del *sujeto agente* respecto al *sujeto paciente*, puede hacer evaporar el sentido de la responsabilidad, puesto que el personal sanitario aparentemente permanece distante de las posibles consecuencias de sus acciones diagnósticas y terapéuticas.

A este respecto me tomo la libertad de recordar el testimonio citado por Ignacio Ramonet, de un piloto que se considera a sí mismo como el simple ejecutor de una técnica desprovista de cualquier imperativo ético¹⁶ Este ejemplo, aun cuando no pertenece propiamente al campo de la atención sanitaria, nos ilustra de una forma espeluznante, a que límites de despiadada deshumanización, nos puede conducir una fría aplicación de las tecnociencias.

Como consecuencia de esta creciente tecnificación que atenta contra la humanización en los procesos sociales, la persona corre el riesgo de experimentar:

- ☑ **Desconcierto:** Lo que apenas ayer era nuevo y útil, hoy es ya viejo y obsoleto.
- ☑ **Angustia:** Por la incapacidad para adaptarse a un mundo tan cambiante y asimilar el torrente de información que le llega por tantas vías, la cual le es imprescindible dominar en un mundo tan competitivo.
- ☑ **Expectación paralizante:** El individuo se mantiene inmóvil, a la espera de que aparezca la solución “técnica” a sus problemas, lo cual en realidad le impide intentar una búsqueda en otros ámbitos de la realidad.
- ☑ **Frustración:** Cuando el individuo reconoce la incapacidad para conjurar la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.
- ☑ **Incomunicación:** Aun las tecnologías que pretenden comunicarnos, pueden aislarnos en “espacios virtuales”, desperdiciando la riqueza insustituible del encuentro físico interpersonal.
- ☑ **Marginación:** No son pocas las personas a las que se les niega por razón de edad, raza, nivel socioeconómico o lugar de residencia el acceso a las ventajas y beneficios que proveen las nuevas tecnologías.
- ☑ **Amenaza:** Cuando algunos “progresos” tecnológicos se vuelven contra las personas en cier-

tos estados de fragilidad, tal y como ocurre con los enfermos terminales –encarnizamiento terapéutico, eutanasia... -, así como durante la etapa prenatal – técnicas abortivas cada vez más sofisticadas, manipulaciones de embriones... -.

Es por todo ello que cada vez son más las voces que claman a favor de que el “*technos*” se encuentre supeditado al “*ethos*”. Al decir del prestigioso filósofo germano-judío Hans Jonas “*es preciso someter el potencial apocalíptico de la técnica al dominio de los valores, de la reflexión moral*”, él mismo nos explica la urgencia de “*poner el galope tecnológico bajo control extratecnológico*”¹⁷. Esto cobra especial relieve en una época en que la tecnociencia médica tradicionalmente restaurativa o fisiológica tiende a ser cada vez más transformadora de la naturaleza humana, transitando hacia una medicina antropoplástica o perfectiva. Transición que se vislumbra aun más, con el progresivo conocimiento del genoma humano y el perfeccionamiento de las técnicas y procedimientos de la ingeniería genética. De ahí el imperativo de tener siempre en cuenta las últimas consecuencias de nuestras acciones y no solo pensar en los posibles beneficios inmediatos, pues la aplicación de algunas técnicas podrían generar nocivos efectos de difícil reversibilidad que no se limitarían al “aquí y ahora” sino que rebasando las coordenadas del espacio y del tiempo, influirán globalmente y en un futuro, sobre personas que no habrán tenido posibilidad de elección.

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

Retos y Exigencias para una Atención Sanitaria Humanizada

La asistencia sanitaria será cada vez más humanizada y a la vez humanizadora, en la medida que logremos asumir los siguientes imperativos:

Imperativo filosófico; el ser humano digno:

Cada persona concreta posee una condición de absoluto moral. Todo ser humano constituye un valor en sí mismo y por sí mismo, lo que le hace un sujeto digno que debe de ser siempre un fin y nunca un medio para otro fin, por bueno o loable que este aparente ser. Esta dignidad es absoluta, esto es, un valor inviolable e innegociable del que emanan todos los derechos y deberes humanos. La dignidad personal constituye la raíz y fundamento de la igualdad de todos los seres humanos entre sí.

Imperativo antropológico; la persona, un ser para el encuentro:

La persona, tal y como afirmaba Santo Tomás de Aquino “*es lo más perfecto que hay en la naturaleza*”¹⁸. Pero esa misma perfección y complejidad, la tornan frágil y sumamente vulnerable en todas sus dimensiones (ontológica, corpórea, psicológica, espiritual, moral, social y cultural), por lo que cada ser humano al no poder desarrollarse por sí mismo, experimenta una necesidad radical de encuentro con los demás en la alteridad (del latín *alter ego*: otro yo) con un “tú”, y dentro de un contexto social con un “nosotros”¹⁹.

Imperativo ético; el ser humano, libre para el bien y la justicia:

En relación con su claridad (inteligencia, conocimiento) y su fuerza (voluntad), en la base del

comportamiento humano se conjuga tanto la sensibilidad para descubrir y asumir determinados valores, como la capacidad y la posibilidad de ejercer mediante un continuo proceso de discernimiento ético, una libertad responsable, siempre orientada al bien y a la justicia²⁰.

Solo un ser humano es capaz de reconocer la dignidad de otro y de respetar sus derechos, asumiendo en consecuencia el deber ético de asistirlo, cuidarlo, consolarlo y acompañarlo en su fragilidad.

Pero junto a la comprensión coherente del ser humano, - de la *humanitas* - en su pluridimensionalidad, resulta además imprescindible para lograr un verdadero encuentro entre las realidades ambiales del paciente y del profesional sanitario, en el que la apertura y la donación propicien una relación de servicio solidario y altruista, que el profesional médico conjugue: vocación, competencia profesional y virtudes morales.

La vocación, y en especial la **vocación médica**, es una categoría compleja que evoluciona en un constante proceso de desarrollo y maduración, en el que podemos distinguir tres niveles por los que se asciende sin que esto implique que el nivel superior barra con las motivaciones y la riqueza del precedente. El primero de estos niveles es el «afectivo», en el que el sujeto, por decirlo de alguna manera, descubre que se ha ido generando en él o ella una especial inclinación personal a ejercer una profesión que se desenvuelve en el ámbito de algunos de los valores más estimados por el ser humano²¹, así como el intenso deseo de conocer y desentrañar el profundo misterio que representa la vida, la enfermedad y la muerte. El segundo nivel es el «racional», en este, la cercanía al sufrimiento humano y el discernimiento consciente, conducen al compromiso libre y responsable como respuesta a un profundo llamado que va más allá del simple cumplimiento del deber y de las normas. Por último, el nivel «volitivo» en la vocación, consiste en la capacidad de perseverar en la misión asumida gracias al ejercicio de la voluntad, a pesar de los esfuerzos, dificultades, riesgos o hasta sacrificios que exige todo el trayecto de la vida profesional. De aquí se desprende la importancia del cultivo de la propia vocación por parte de cada profesional médico, así como del sumo cuidado que se debe poner por parte de las instituciones docentes y luego de las asistenciales para que esta madure, consolidándose de forma satisfactoria, de forma tal que no quede “anclada” en sus fases iniciales.

La **competencia profesional** constituye otro de los pilares deontológicos básicos para una atención sanitaria humanizada. Ser competente significa estar capacitado para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo. Solo desde la competencia es posible cuidar y asistir a un ser humano, reduciendo al mínimo los riesgos de ocasionar daños y sufrimientos peores a los que se pretenden aliviar. Sin embargo es preciso no perder de vista la triple dimensión de la competencia profesional, que no está solo en *saber* (lo cual sería un conocimiento inútil), ni tampoco únicamente en *saber hacer* (puro virtuosismo técnico-manipulativo), sino también en *saber ser*. Dicho de otro modo: no basta la presencia de un conjunto de *aptitudes* sino también de *actitudes*, como la capacidad de escucha y de diálogo, la empatía, la simpatía, y el respeto. Estas importantes dotes necesitan ser educadas y ejercitadas, desde los primeros momentos de la iniciación profesional. El ser competente exige del profesional sanitario un esfuerzo constante, pues el saber humano se transforma y enriquece aceleradamente, su deber es dominarlo y emplearlo adecuadamente para lograr atender al enfermo de una manera eficaz y a la vez humana.

Por su parte, las **virtudes morales**: *prudencia, sensibilidad, honestidad, discreción, humildad, paciencia, justicia*, entre otras, son valores fundantes, actitudes firmes y estables caracterizadas por el equilibrio y la armonía, las cuales modelan nuestra forma de actuar, el modo de ser, de estar y de relacionarnos. La virtud constituye de algún modo, la meta de la vida moral. Al decir de Diego Gracia “*El médico perfecto es el médico virtuoso [...] la relación médico-enfermo (o más genéricamente, la relación sanitario-paciente) solo será perfecta si el profesional aspira a la virtud, es decir a la excelencia*”²². Son numerosas las voces que claman a favor de la recuperación de las riquezas del modelo clásico Aristotélico de la ética de la virtud, totalmente suplantado por el actual modelo principalista anglosajón de la ética de los derechos y los deberes. La experiencia ha demostrado que la ética biomédica centrada exclusivamente en la tetralogía de principios (beneficiencia, no maleficencia, autonomía y justicia), afronta el riesgo de terminar reducida a una moral de mínimas obligaciones, insuficiente para asumir los grandes retos que plantea una atención sanitaria plenamente humanizada, “*Porque ausente esta perspectiva de los grandes ideales, de la supererogación, del ir más allá de las obligaciones y los deberes mínimos, el horizonte de la ética que ellos perciben se difumina, se diluye y angosta. La vida moral de los médicos parece quedar sin inspiración, carente de un reto moral ilusionante que tienda a elevarles, a tirar hacia arriba, a exigirles un sacrificio - una dimensión de máximos - que les haga sentirse al final, más felices*”²³. Esta adquisición de las virtudes morales, como lo expresara el mismo Aritóteles en su “*Ética a Nicómaco*”, no se da en un proceso teórico sino eminentemente vivencial: solo se aprende a ser virtuoso practicando y viendo practicar la virtud.

Cuando la *vocación*, la *competencia profesional* y las *virtudes morales* resultan plenamente integradas por el individuo, la profesión médica se convierte entonces para él en una especie de segunda naturaleza. Un verdadero estado de vida que le permitirá establecer modos de relación cada vez más creativos consigo mismo y con el resto de las personas, a la real altura que merece el ser humano.

Pautas y Perspectivas

Ante el creciente interés que en los últimos tiempos ha despertado a nivel internacional el tema de la deshumanización en la atención sanitaria, recordemos el antiguo aforismo que declara: “*reconocer un problema es empezar ya a solucionarlo*”, sin embargo, la búsqueda de remedios a una problemática de génesis tan compleja es sumamente difícil. No obstante podemos identificar tres campos de acción prioritarios:

En primer lugar resulta imprescindible incentivar aquellos **espacios de intercambio, estudio e investigación** que favorezcan un continuo proceso de reflexión, los cuales deben comprometer tanto al personal sanitario, como a las autoridades de salud, los diseñadores de políticas sanitarias, las autoridades civiles, entre otras instancias sociales, de forma tal que se logre desentrañar y solucionar los factores que propician una atención de salud deshumanizada.

Otro importante terreno es el de la **formación profesional**, la cual debe ser sumamente rigurosa, unas cuantas conferencias no son suficientes para “aprender” a actuar bajo el auspicio de una ética humanista.²⁴ La enseñanza de la ética médica y de la bioética en los estudios de pregrado, debería combinar una parte de formación básica en forma de conferencias o seminarios con profesores expertos en la materia, y una parte más práctica e interactiva que coincida con la formación clínica,

“la bioética solo se puede enseñar si se trata de llevar a la práctica y solo se puede aprender si se ve practicar”²⁵. Esta enseñanza, tal y como lo han aconsejado algunos autores debe ser multidisciplinaria, debido a que es importante proveer al estudiante de toda una cosmovisión humanística, antropológica y filosófica que le sirvan de sólido fundamento. Es necesario además, que la bioética esté formalmente integrada a los programas de estudio de las residencias, pues determinadas especialidades generan situaciones y conflictos éticos propios, que el futuro especialista deberá estar capacitado para manejar satisfactoriamente. Por último, también es imprescindible que esta forme parte de los planes de formación continuada de todo el personal sanitario.

En medio de los embates que sufre la asistencia sanitaria por parte de los diversos factores de deshumanización, cobra especial relieve el **rescate y desarrollo de la medicina familiar** como recurso capital. Esto es, un espacio donde los pacientes encuentren una atención personalizada y a la vez integradora por parte de un profesional competente, que asume responsablemente además de su tradicional papel preventivo-terapéutico-rehabilitatorio, el de servir de guía a la persona enferma ante las complejidades de los sistemas de salud actuales: una referencia de confianza que ayuda a poner orden, y claridad en medio del desconcierto, la tristeza y la desolación que con tanta frecuencia genera la enfermedad.

Solo con estrategias de intervención coherentes y a todos los niveles – *social, estructural-institucional y profesional* -, lograremos que la interacción agente sanitario-paciente, sea un valioso modo de relación, con verdadera dimensión, calidad y calidez humana.

Quiero terminar haciendo mía una frase de ese extraordinario médico y pensador, que fue Gregorio Marañón, cuando decía:

“Sentiría mucho que alguien concluyera que no soy respetuoso para con la medicina y que soy pesimista sobre su presente y su futuro. Yo respeto la medicina porque la amo [...] pero el amor es también y debe ser crítico. Solamente cuando desmenuzamos el objeto amado, retirando lo que tiene de deletéreo, acertamos a encontrar en el fondo, lo que tiene de imperecedero [...] El que va puliendo con críticas justas su profesión, ese es quien la sirve con toda su plenitud”²⁶

Bibliografía

1. Acosta J. (Ed.). Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela, 1997
2. Acosta J.L. Tecnocracia: un reto a la práctica médica clásica. *Ethos* 1998; 10(2): 14-16.
3. Amaro Ma. Del C. La invasión tecnológica de las ciencias médicas y su repercusión ética en el desarrollo sostenible. *Cuadernos de Bioética* 2000; 42(11): 200-9.
4. Angelini F. La medicina: arte y ciencia; vocación y profesión. *Dolentium Hominum, Iglesia y Salud en el Mundo* 1991; 17(6): 66-9.
5. Arratia A. Ética y educación para la salud. *Cuadernos de Bioética* 2000; 42(11): 210-.
6. Arratia A. Presencia de conductas autoritarias y de poder en la educación para la salud. *Cuadernos de Bioética* 2000; 42(11): 235-44.
7. Barrientos T. La enseñanza de los futuros profesionales de la salud. *Dolentium Hominum, Iglesia y Salud en el Mundo* 2001; 46(16): 96-8.
8. Bermejo J. C. Cuando enfermería es más competente que medicina. *Humanizar* 1997; 31:36-7.
9. Blázquez N. Bioética fundamental. Madrid: BAC, 1994.

10. Bonelli J. El reto tecnológico de la medicina moderna. *Dolentium Hominum, Iglesia y Salud en el Mundo* 1996; 31(11): 115-8.
11. Burgueño A. Recuperar el humanismo en la sanidad. *Diario Médico*, 15 noviembre 2001.
12. Carrera J. Ética y tecnociencia. *Cuadernos Cristianisme i Justícia* 2001; 105: 46-59.
13. Casas M. Conocer y amar: vocación médica. *Cuadernos de Bioética* 1998; 34(9): 336-43.
14. Centro de Humanización de la Salud. Humanizar la ciencia médica. *Humanizar* 1997; 31: 5.
15. De Santiago M. Crisis de la conciencia médica en nuestro tiempo. *Cuadernos de Bioética* 1998; 36(9): 665-78.
16. Di Virgilio D. el médico, un hombre para todos. *Dolentium Hominum, Iglesia y Salud en el Mundo* 1996; 31(11): 93-7.
17. Díaz G. Algunos problemas conceptuales del paternalismo y la autonomía moral individual con posible aplicación en el ámbito del tratamiento médico. *Cuadernos de Bioética* 1997; 31(8): 1157-63.
18. Díaz J. A. La formación bioética en la universidad. *Cuadernos de Bioética* 1999; 37(10): 38-43.
19. Fernández P. Potenciar el capital humano es clave para la excelencia de las empresas hospitalarias. *Tribuna*, 24 julio 1998.
20. Frankl V. *El hombre doliente*. Barcelona: Herder, 1989.
21. Gafo J. 10 palabras clave en bioética. Navarra: Editorial Verbo Divino, 1994.
22. García M. Llamada de atención para recuperar y desarrollar la riqueza ética de la medicina. *Diario Médico*, 5 julio 2002.
23. Gómez L. La enfermedad y los hombres en *Memorias del II Forum de Bioética*, La Habana: Centro Juan Pablo II, 1996.
24. González P. Medicina y persona humana. *Cuadernos de Bioética* 1998; 34(9): 275-83.
25. Gort Ma. Del C., Tellez N. Humanización de la medicina: una necesidad. *Vitral* 1996; 3(12): 25-6.
26. Gracia D. El juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina. *Dolentium Hominum, Iglesia y Salud en el Mundo* 1996; 31(11): 22-8.
27. Gracia D. Medicina y cambio cultural. *Dolentium Hominum, Iglesia y Salud en el Mundo* 2001; 46(16): 51-7.
28. Hofstetter A. Límites de la tecnología. *Dolentium Hominum, Iglesia y Salud en el Mundo* 2001; 46(16): 18-20.
29. Infante D. Atenciones médicas no cuantificables por ordenador. *Humanizar* 1997; 31: 12-3.
30. Lauricirica C, Bello B, Barreras J, Hernández M. Valores humanos y realización profesional. *Cuadernos de Bioética* 1998; 33(9): 112-15.
31. Lauricirica C. La vocación del trabajador de la salud y su servicio a la promoción humana. *Ethos* 2000; 19 (5): 14-6.
32. Lelkens J. Deshumanización de la asistencia sanitaria dentro y fuera de las estructuras sanitarias, sus causas de fondo y las expectativas para el futuro. *Dolentium Hominum, Iglesia y Salud en el Mundo* 2001; 46(16): 21-4.
33. López A. *El arte de pensar con rigor y vivir de forma creativa*. Madrid: Asociación para el

Progreso de las Ciencias Humanas, 1993.

34. Marchesi P. Spinsanti S. Spinelli A. Por un hospital más humano. Madrid: Ediciones Paulinas, 1986.
35. Martínez L. Espinel M. Medicalización de los problemas sociales: La enfermedad social y su repercusión sobre el sistema de salud. Vitral 1996; 3(13):68-70.
36. Matozzo L. Ética, libertad y responsabilidad. Cuadernos de Bioética 1999; 38(10): 380-84.
37. Núñez J. Los desafíos de la bioética actual. Cuadernos de Bioética 1998; 36(9): 804-14.
38. Place M. Los hospitales del siglo XX: Caridad antigua y tecnología moderna. Dolentium Hominum, Iglesia y Salud en el Mundo 2001; 46(16): 79-84.
39. Riverón S. La persona Humana. Boletín Pro-Vida Cuba 2000; 12(3): 1-3.
40. Schepens R. Las tentaciones del médico en el ejercicio de su profesión. Boletín Pro-Vida Cuba 1998; 1(1): 8.
41. Seifert J. Una reflexión sobre los fundamentos de la ética médica, Cuadernos de Bioética 2000; 41(11): 1-19.
42. Sols J. Sociedades plurales en un mundo global, el siglo XXI (pre)visto por una generación nueva. Cuadernos Cristianisme i Justícia 2001; 105: 10-21.
43. Torralba F. Lo ineludiblemente humano, hacia una fundamentación ética del cuidar. Labor Hospitalaria 1999; 253: 131-48.
44. Vega J, Vleming E, Soto D, Castilla A, et. al. Docencia en Bioética. Cuadernos de Bioética 1999; 37(10): 94-7.
45. Vilamor J. Aumenta el interés por la humanización de la salud. Humanizar 1996; 25: 18-20.