

La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional

Juan Carlos Ávila-Morales¹

RESUMEN

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; esta última ha visto el surgimiento de modelos como el paternalismo, el autonomismo y aquel en el que a diario se usan términos como economía, eficiencia, administración y aseguramiento, entre otros. Este artículo analiza la deshumanización en el contexto del ejercicio profesional desde la formación del estudiante hasta la implementación del acto médico y el establecimiento de la relación médico-paciente. Se analizan el concepto y sus implicaciones en la medicina y la enfermería en tres categorías dadas por otros tantos niveles: de formación, asistencial y administrativo. El presente escrito es fruto de la revisión documental sobre el acto médico maleficente, en una investigación 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 podría humanizar los procesos de docencia médica.

PALABRAS CLAVE

Deshumanización; Educación Médica; Enseñanza; Mala Praxis; Medicina General

¹ Docente Asistente, Área de Medicina Social, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
Correspondencia: Juan Carlos Ávila-Morales; juan.avila@unimilitar.edu.co

Recibido: marzo 2 de 2016

Aceptado: julio 17 de 2016

Cómo citar: Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*. 2017 Abr-Jun;30(2):216-229. DOI 10.17533/udea.iatreia.v30n2a11.

SUMMARY

Dehumanization in medicine. From training to professional practice

Dehumanization is referred to as the loss of the properly human axiological capacity, by the fact of being surrounded by the scientific and technological powers, which have been part of the development of teaching and practice of medicine. The latter has seen the appearance of models such as paternalism, autonomism, and the one in which terms such as economy, administration, insurance, and so on, are routinely used. This article analyses dehumanization in the context of professional exercise encompassing from the formation of the student to the implementation of the medical act and the establishment of the doctor-patient relationship. Analysis of the concept and of its implications in medicine and nursery in three categories given by the levels of training, assistance and administrative is used. This text is the result of a documental review about the maleficent medical act in a doctoral investigation. It can be concluded that the complexity of present medical practice, specialization and the compartmentalization of knowledge have altered the *raison d'être* of medicine leading to dehumanization of the medical act, and that a new approach in medical faculties could humanize medical teaching.

KEY WORDS

Dehumanization; Education Medical; General Practice; Malpractice, Teaching

RESUMO

A desumanização na medicina. Desde a formação ao exercício profissional

Faz-se referência à desumanização como a perda da capacidade axiológica propriamente humana, ao estar rodeados do poderio científico e tecnológico, que tem formado parte do desenvolvimento do ensino e a prática da medicina; esta última tem visto o surgimento de modelos como o paternalismo, o autonomismo e aquele no que diariamente se usam termos como economia, eficiência, administração e asseguramento, entre outros. Este artigo analisa a desumanização no contexto do exercício profissional desde a

formação do estudante até a implementação do ato médico e o estabelecimento da relação médico-paciente. Analisam-se o conceito e as suas implicações na medicina e a enfermagem em três categorias dadas por outros tantos níveis: de formação, assistencial e administrativo. O presente escrito é fruto da revisão documental sobre o ato médico maléfico, em uma investigação doutoral. Conclui-se que a complexidade da prática médica atual, a especialização e a compartimentação do conhecimento têm alterado a razão de ser da medicina levando à desumanização do ato médico, e que um novo enfoque nas faculdades da medicina poderia humanizar os processos de docência médica.

PALAVRAS CHAVE

Desumanização; Educação Médica; Ensino; Má Práxis; Medicina Geral

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 cientificista 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 cientificista que se aleja de la sensibilidad humana. Pueden considerarse como grupos sociales deshumanizados los que se perciben como incapaces de experimentar emociones humanas complejas, de compartir creencias o de actuar según los valores y las normas sociales y morales.

El acto médico es un equilibrio de tres dimensiones que abarcan lo antropológico, lo disciplinar (formación y ejercicio profesionales) y el contexto social, en el que la praxis está regulada por determinantes científicos, técnicos, económicos, administrativos, sociales y políticos. 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 y administración de los servicios de salud, y por ello es necesario analizar la deshumanización en el contexto del ejercicio profesional, desde la formación hasta la implementación del acto médico y el establecimiento de la relación médico-paciente.

METODOLOGÍA¹

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.

...no hay peor forma de mutilación espiritual de un médico que la falta de cultura humanística. Quien carezca de ella podrá ser un gran técnico en su oficio, podrá ser un sabio en su ciencia; pero en lo demás no pasará de un bárbaro, ayuno de lo que da la comprensión humana y de lo que fija los valores del mundo moral.

Ignacio Chávez (1958). *Grandeza y miseria de la especialización médica. Aspiración a un nuevo humanismo*.

DESHUMANIZACIÓN

Edmund Husserl, filósofo fundador de la fenomenología trascendental, describió la deshumanización de las ciencias contemporáneas como una secuela de la perturbación espiritual producida por la Primera Guerra Mundial; sin embargo, desde tiempo atrás algunos pensadores planteaban la deshumanización de la sociedad que tuvo su máxima expresión en los millones de vidas perdidas durante dicho conflicto y fue en medio de aquel “sinsentido existencialista” cuando los pensadores de entreguerras vieron la necesidad de una rehumanización (1).

A lo largo de los años se ha entendido la deshumanización desde diferentes perspectivas, consolidándose en la definición de la Real Academia Española (2) como ‘acción y efecto de deshumanizar’, y definiendo esta última palabra como la acción de ‘privar de caracteres humanos’; en la literatura ha sido considerada y descrita como la privación de aquellas cualidades que distinguen a una persona como ser humano tales como inteligencia, amor, felicidad, valores, creencias morales, el lenguaje, la vergüenza, lo cual ha conducido a establecer la comparación de otras personas con objetos o animales y a considerarlos como incapaces de sentir algo más que dolor. La deshumanización no es más que la pérdida de la capacidad axiológica, tan propiamente humana, cuando estamos rodeados de tanto poderío científico y tecnológico (3); y teniendo en cuenta el concepto

¹ El presente artículo hace parte de una investigación cuya tesina fue aprobada para la obtención de un título de doctorado. 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.

de la dignidad como fundamento de la biopolítica, puede entenderse que la deshumanización dada en los procesos de desarrollo y la relación del hombre con la técnica ha llevado a la pérdida de la identidad, la independencia y la integridad del ser con respecto a los otros. Vidal (1991) citado por Schmidt (4), ha expresado que “en diversos tonos y por varias razones se le ha denominado la “muerte del hombre”, teniendo como telón de fondo la deshumanización originada por la técnica, y constatando la desaparición del sujeto humano en las ciencias llamadas positivas...”.

Son catalogados como grupos sociales deshumanizados aquellos que se perciben como incapaces de experimentar emociones humanas complejas, de compartir creencias o de actuar según los valores y las normas sociales y morales. La teoría expuesta por Haslam, citado por Rodríguez (5) plantea que otra forma de deshumanizar es por medio de la privación de las características que se suponen parte de la naturaleza humana como la 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.

La visión inicial del humanismo en el ámbito médico durante el período renacentista era aquella que consideraba al médico como quien cultivaba las ciencias que enriquecen el espíritu como las artes, la literatura y la pintura; con el paso de los años y retornando a principios que se habían establecido desde el tiempo de Hipócrates, se entendió la deshumanización como consecuencia de un modelo racional cientificista que se alejaba de la sensibilidad humana (6).

A lo largo del tiempo y con los avances de la ciencia se ha logrado encontrar tratamiento para muchas enfermedades, lo cual ha mejorado su pronóstico dando prioridad a las alteraciones orgánicas y a su resolución, lo que ha llevado a un segundo plano la relación médico-paciente (7). Esto lleva a la deshumanización de la salud debido a múltiples factores tales como la cosificación del paciente (olvidando sus rasgos personales, sus sentimientos y valores), la ausencia de calor en la relación humana, 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, la falta de participación del

paciente en la toma de decisiones relacionada con la inadecuada relación de poder, la desconfianza en el conocimiento médico y las falsas expectativas basadas en experiencias pasadas (8).

La deshumanización también se da en lo relacionado con los modelos de investigación en salud debido a que el modelo de investigación biomédica tiene un sesgo reduccionista hacia el orden biológico del ser humano y desatiende los órdenes simbólico (código del lenguaje) y de la comunicación (orden psíquico) que constituyen como un todo al ser humano. Si se da la pérdida o se hace abstracción de uno de sus tres componentes, el ser humano deja de serlo, y esto lleva a la deshumanización tanto de la investigación médica como de la práctica clínica (9).

Para autores como Agamben, citado por Kottow (10), la vida o *zoe* (como hecho biológico) se diferencia de la existencia humana, o *bíos*, en que esta última es el ser humano inmerso en su cultura, en su historicidad y sustentado por sus derechos; se introduce el concepto de “la vida nuda” o del “homo sacer”, en el que el hombre es despojado de todas sus características existenciales y ya no es ciudadano ni miembro de la sociedad. Se es “homo sacer” cuando un poder lo convierte en tal y eso ocurre con recurso a alguna denotación que justifica el despojo, siendo clasificado como un ente biológico al adquirir atributos objetos de descalificación como lo han sido judío, islámico, negro, gay, entre otros; y que en el caso de la medicina podrían extrapolarse a VIH (+), paciente crónico o discapacitado o de alto costo.

La degradación humana de *bíos* a *zoe* y la pérdida del orden biológico han tenido funestos antecedentes en la historia de la humanidad y de la medicina como lo fue el capítulo de la experimentación médica en la Segunda Guerra Mundial, proceso que a su vez se basó en las políticas raciales y eugenistas de la Alemania Nazi que su vez tuvo referentes teóricos en textos como “El permiso para la destrucción de la vida indigna” en el cual se aclara que el Estado y la medicina en la medida que no puedan lograr condiciones de vida suficientes para todos, debían tener el valor de promover la vida de los sanos y socialmente fuertes y exterminar las ‘existencias lastres’ (11).

En la búsqueda de la rehumanización de la salud se han desarrollado nuevas herramientas que permitan

la formación humanista del médico desde las facultades de medicina, basada en principios holísticos (que vean al paciente de forma integral), hermenéuticos (que entiendan la relación médico-paciente), la historia clínica centrada en la persona y no en la enfermedad y principios de moral y libertad que muestren la terapéutica como una posibilidad (6).

ACTO MÉDICO

El acto médico en la tradición aristotélica se asocia profundamente con la realidad del ser, y se lo define como “lo que hace ser a lo que es”, es decir, se puede entender que el actuar médico es lo que hace y constituye al médico (12). En Acta Médica Colombiana, Guzmán y colaboradores (13) definen el acto médico como aquel en donde se concreta la relación médico-paciente, permite el acontecimiento terapéutico y ético de la práctica médica y tiene como fin promover la salud, curar, prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente.

Según lo establecido por la Ley 23 de 1981, la relación médico-paciente es el elemento primordial de la práctica y el acto médicos (12,13) al contener el desarrollo del mismo y comprende el principio efectivo y funcional del ejercicio de la medicina y su responsabilidad (14). Este concepto se desarrolla en diversas circunstancias: cuando el enfermo acude en busca de ayuda por parte del profesional médico, cuando el profesional en un ámbito de urgencias interviene en pro de la salud del paciente, por solicitud de terceros, entre otros (13). Para efectuar de manera adecuada el acto médico se deben cumplir cuatro características: profesionalidad (en la medida que solo el médico puede efectuarlo), ejecución típica, tener como objetivo la curación o rehabilitación del paciente y licitud. De igual manera, el acto médico se efectúa en diferentes etapas, a saber: la anamnesis (incluyendo el examen físico), el diagnóstico, el tratamiento o conducta necesaria para la curación o rehabilitación y por último el seguimiento de las reacciones y la evolución del paciente (14).

El acto médico se puede clasificar en directo, indirecto y documental. El directo es aquel por medio del cual se desea obtener la curación o el alivio del enfermo, y puede ser preventivo, diagnóstico, terapéutico

o de rehabilitación. El indirecto comprende los actos denominados extracorpóreos y se refiere a la investigación, la experimentación y la autopsia, entre otros, llevados a cabo por el médico en el ejercicio de su profesión. El acto médico documental es complemento de los dos anteriores e incluye el certificado médico, la receta o fórmula médica y la historia clínica, esta última de suma importancia, ya que tiene validez legal probatoria en procesos jurídicos (13).

LA DESHUMANIZACIÓN EN MEDICINA Y ENFERMERÍA

La medicina se percibe como un conjunto de conocimientos en constante evolución cuyas 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. En el contexto actual se pueden abordar los fines de la medicina en cuatro apartados: 1) la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; 2) el alivio del dolor y del sufrimiento; 3) el tratamiento de la enfermedad y los cuidados a los incurables; 4) la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila (15).

En la medicina se han generado cambios que trastorran su ejercicio, relacionados con el sistema de salud, el esquema económico, el criterio médico (dado por los cambios en el concepto y alcance de la autonomía), la socialización imperfecta de la medicina, los cambios de la relación del médico con la sociedad y los avances científicos acelerados (16). En el Encuentro Nacional de Tribunales de Ética Médica (2014) se asoció la deshumanización de la atención en salud con el riesgo moral presente en roles que podrían darse en la relación médico-paciente y en los sistemas de salud (el médico representa al paciente, a la empresa y a sí mismo); médico y aseguradoras (selección de prestadores con criterios de tarifas bajas sin control de calidad y el control de costos con prácticas anti-éticas); el médico y las instituciones de salud (riesgo moral con incentivos antiéticos hacia los profesionales, compra de insumos de baja calidad, ahorros en nómina); el médico investigador en la industria farmacéutica (incentivos para lograr la formulación de medicamentos específicos); el médico académico (se publica y visibiliza para avanzar en su carrera, sin

investigación pertinente); el médico empresario (incentivar el uso de determinados servicios más allá de la verdad, la indicación o la demanda de los mismos).

Teniendo en cuenta la formación impartida en las facultades para el desarrollo de competencias profesionales y laborales en el ejercicio de la medicina, se debe hacer un abordaje que involucre los procesos de formación, de práctica y administrativos, toda vez que cada uno de ellos está ligado inherentemente a la atención de pacientes y al desarrollo del acto médico.

DESHUMANIZACIÓN EN EL NIVEL DE FORMACIÓN

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 exacerba aún más al empezar la práctica clínica, en la que debe cumplir compromisos asistenciales y de estudio y profundización de los temas. El síndrome de desgaste profesional (SDP) (*burnout*) puede considerarse como un factor predisponente a la deshumanización del médico en formación; está descrito como una sensación de agotamiento, decepción, pérdida de interés y eficacia por la actividad académica y por ende en su labor profesional; ha sido identificado en múltiples estudios, llevados a cabo especialmente en estudiantes de medicina de pregrado y posgrados (17). En dichos estudios se ha identificado que esta población es especialmente susceptible a padecer síntomas psiquiátricos y que se ven afectados por el entorno en que se desarrollan durante sus estudios de pregrado y posgrado y que en el futuro se asociarán a consecuencias negativas en los planos laboral y personal, que tendrán incidencia directa en el trato dado a sus pacientes. En los estudiantes también se han encontrado factores que se relacionan con esta sintomatología, dados por el estilo de vida, la actividad física y mental, el sexo, el estado civil, el tener hijos, la relación con la familia, entre otros (18). Sin embargo, respecto a estos factores y/o conductas es importante destacar que a pesar de la presencia de síntomas en los estudiantes, es fundamental generar intervenciones tempranas que realmente impacten y logren concientizar sobre el estrés y el desgaste y así evitar la aparición de esta sintomatología que, de acuerdo con lo analizado por

Schaufeli (2002), citado por Carlotto (19) puede manifestarse en tres dimensiones: agotamiento, caracterizado por el sentimiento de estar exhausto en virtud de las exigencias del estudio; competencia percibida, caracterizada por la percepción de que están siendo incompetentes como estudiantes; y cinismo, entendido como el desarrollo de una actitud descarada, despreocupada y distanciada en relación con el estudio.

Tanto en el pregrado médico como en los posgrados hay factores que llevan a presentar actitudes deshumanizadas. 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 (20).

Bajo esta premisa de un modelo de aprendizaje basado en la burla, el maltrato y la deshumanización, se podría relacionar el concepto de "identificación con el agresor" propuesto por Ferenczi, citado por Frankel (21), que aparece como una respuesta ante situaciones como la 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; esto sucede de manera automática. De este concepto se desprende la "tradicional" andragogía de la enseñanza en medicina basada en la agresión y la imitación de y hacia el docente.

En un estudio en la Universidad de Harvard con estudiantes de tercer año de medicina se les hizo hacer un ensayo sobre el currículum oculto (lo que se aprende explícitamente y lo que se aprende con vivencias); encontraron que 30 % plasmaron problemas respecto a la deshumanización (22). Los docentes deben promover e inculcar en sus estudiantes, mediante la palabra y el ejemplo, los principios de la ética médica en su relación con los pacientes y sus familiares, a la vez que desarrollan los esfuerzos necesarios para garantizar la adecuada adquisición de conocimientos y habilidades (23).

Ciertas circunstancias influyen en el desgaste "ético" de los médicos; entre ellas se pueden enumerar las siguientes: conductas inapropiadas de tutores y docentes, mensajes de currículum "oculto", objetividad

“científica” y valores del modelo biomédico, representación social e imagen del médico, cambios en los valores de la profesión médica, choques de los ideales con la realidad, sobrecarga emocional derivada del contacto con el sufrimiento, limitaciones de la medicina, pacientes en situaciones difíciles o con personalidad disfuncional o reacciones regresivas, contradicciones inherentes al rol de entrada al sistema sanitario, consumismo sanitario y expectativas irreales de los pacientes (20).

Por casi medio siglo se ha encontrado que las expresiones de actitudes cínicas en los estudiantes de medicina aumentan a medida que progresan en su carrera. De hecho, durante un estudio en la Universidad de Northeast en Ohio (Estados Unidos), se encontró que los comentarios despectivos y cínicos no eran sobre situaciones relacionadas con su propio entrenamiento (como las largas horas de estudio, la fatiga o la falta de vida social), sino sobre los pacientes que ellos mismos no consideraban “buenos pacientes”, y que la mayoría de estos comentarios los iniciaban los residentes y/o especialistas (24).

A este respecto se han descrito dos modelos (25) para explicar cómo los estudiantes de medicina se vuelven cínicos: 1) el modelo de transmisión intergeneracional, según el cual el comportamiento es transmitido a los estudiantes y residentes por los docentes quienes son a su vez cínicos y abusivos; 2) el modelo de identidad profesional, en el que el cinismo se considera un subproducto temporal de los aspectos más inquietantes y abusivos de la educación médica, que corresponde con la lucha para desarrollar una identidad profesional mientras sobrevive a los demandantes desafíos académicos y clínicos en un ambiente ético complejo y ambiguo a la vez.

Algunos investigadores interpretan el uso del cinismo como un mecanismo adaptativo al estrés del estudio de la medicina, que se puede exacerbar por la fatiga y la cantidad de responsabilidades para las cuales se puedan sentir poco preparados y, de hecho, este cinismo y el uso de humor despectivo pueden tener un rol importante en el bienestar psicológico y la supervivencia de los estudiantes (24). Por ello, hoy en día es cuestionable el tipo de formación ética que están recibiendo los estudiantes, debiendo replantearla en el área de la relación médico-paciente por medio de una educación teórico-práctica que optimice el

entendimiento de las reacciones emocionales del paciente y sus raíces psicopatológicas, para lograr una mejor comprensión y evitar o disminuir el posible rechazo, el distanciamiento excesivo y la ausencia de empatía en la relación con el mismo (20).

De igual manera, los currículos por competencias de las facultades de medicina deben retomar la enseñanza y profundización de las humanidades para lograr no solo una formación en el saber y el hacer, sino también en el ser; la enseñanza ha de dotar de herramientas cognitivas y emocionales, y de habilidades y actitudes para poder afrontar los retos y los problemas (26). Las humanidades brindan los lineamientos para el mejor ser y se complementan o deberían complementarse con todas las asignaturas que proveen los elementos necesarios para saber hacer, ya que las solas ciencias enfocadas en la tecnología y la globalización generan lo que José Luis Martín Descalzo, citado por Guerra (27), describió como una “fábrica de monstruos educadísimos” causantes de las más grandes tragedias de la humanidad; estas materias permiten que el estudiante recuerde que es un ser humano que se encuentra entre un grupo de personas iguales que tienen miedo, que sienten necesidades y que tienen metas y ambiciones como él mismo (27).

DESHUMANIZACIÓN EN EL NIVEL ASISTENCIAL

La asistencia sanitaria es un conjunto de labores basadas en un contexto no solo biopsicosocial hacia el paciente, sino también hacia los aspectos sociales, políticos, culturales y económicos, que hacen parte del diario vivir, por lo cual tanto la atención médica como la de enfermería son actos técnico-científicos, que podrían representarse por una deshumanización importante que involucra no solo estos saberes y competencias (28), sino también los de instrumentadoras, camilleros y usuarios (29). Por lo anterior, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las aseguradoras y demás actores del sistema han implementado programas relacionados con la humanización asistencial médica para mejorar la calidad de la atención de los usuarios.

Hasta la época moderna se mantuvo el valor de la llamada relación médico-paciente “paternalista” (del latín *pater* o padre) en la que una persona

intencionalmente tomaba control de las preferencias o acciones de otra (30). Siegler, citado por Couceiro (31), estableció tres períodos o eras que tipifican la relación clínica: la del paternalismo o del médico, la de la autonomía o del paciente y la de la burocracia o del contribuyente (31); algunos autores consideran que el modelo paternalista tiene su final cuando al enfermo se le reconoce como un sujeto con derechos a quien se le debe garantizar la atención adecuada, no limitada por su estatus socioeconómico, con información completa sobre su situación clínica, y a quien se le debe otorgar la capacidad de decidir entre las alternativas de tratamiento y respetar su escogencia como adulto autónomo y libre que es; y es a partir de este momento cuando el enfermo deja de ser paciente o “pasivo” para convertirse en persona activa, capaz de tomar decisiones sobre su salud en un modelo ético de participación (32).

Durante toda la formación médica se le inculca al estudiante que debe tener adiestrados los sentidos de escuchar, observar y examinar para llegar al diagnóstico; sin embargo, hasta el día de hoy el profesional debería cuestionar si escucha o solo oye a los pacientes, o si solo busca ver signos clínicos sin mirar a la cara a quienes atiende, y es por ello que el profesor español Raventós, citado por Duarte (28), en unas jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial afirmó que “un sistema sanitario humanizado es aquel cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre”. Por lo general son los usuarios quienes son siempre afligidos en esta deshumanización, aún más cuando no se sienten a gusto con la atención médica, pues refieren que desean ser tratados con respeto, humildad y carisma, y lo más esencial, ser escuchados, ya que muchos pacientes más que ir a un centro de atención médica para un tratamiento buscan ser escuchados y atendidos afectuosamente; se ha demostrado que los usuarios en urgencias califican la humanización médica por la instancia de admisión para la atención urgente, la información sobre su enfermedad y el acceso de sus visitas familiares (29).

Para la asistencia, el médico debe tener características como empatía, autenticidad, compasión, fidelidad, integridad, respeto, espiritualidad y virtud, que Rogers, citado por Oseguera (6), agrupa en las siguientes

categorías: respeto por los puntos de vista del paciente y consideración de cada una de sus opiniones en la toma de decisiones respecto a su salud; atender el bienestar psicológico del paciente, recordando que es único e individual; tratarlo en su contexto familiar y en su ambiente social y físico; poseer buenas cualidades de comunicación, escuchar (proporcionando confidencialidad y confianza), demostrar calidez y compasión y ser empático (6).

La enfermería siempre ha mantenido la vocación de atender y cuidar al paciente en un contexto dado por la palabra servicio, que es estar al cuidado del otro; la deshumanización ha estado presente en el ejercicio médico, pero también es relevante en el de enfermería ya que esta profesión ha asumido el cuidado del paciente como la piedra angular de su ejercicio, sin dejar de lado las labores de educación e investigación que han permitido construir y desarrollar día a día los fundamentos de la profesión (33). Siendo esta la premisa del ejercicio de la enfermería, hay que tener en cuenta que el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto de quien recibe como de quien otorga el cuidado, ya que el profesional cuenta con la disponibilidad para acercarse al paciente, tener tiempo para escucharlo y comunicarse con él de una manera empática y amable (34).

El cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el profesional de enfermería establece con el paciente, acogiendo al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica dicho cuidado (35). En ocasiones la enfermería desarrolla su trabajo en instituciones fundamentadas en el modelo biomédico y curativo que reduce lo humano a una expresión biológica alejándolo de la visión humanista y holística del cuidado; esta es una de las causas de deshumanización en los cuidados de enfermería junto con la aplicación de las nuevas tecnologías, la búsqueda de la eficiencia y la sobrecarga de trabajo (36).

Los criterios para evaluar globalmente la deshumanización en la práctica de la enfermería son los siguientes: sentimientos del paciente, características del enfermero, apoyo emocional y físico, cualidades

del quehacer del enfermero, proactividad, empatía, priorizar al ser de cuidado y disponibilidad para la atención; estos criterios han sido tenidos en cuenta para la objetivación y documentación en la práctica asistencial de los cuidados humanizados por parte del personal de enfermería (37). El ejercicio de esta profesión centrado en los objetos y no en el sujeto va en contravía del cuidado humanizado, al ser la enfermería defensora del derecho a la salud y de la dignidad de la vida humana; las condiciones adversas generan un cuidado deshumanizado y por ello un compromiso de la docencia y la asistencia debe ser liderar la resignificación del acto de cuidado (38).

DESHUMANIZACIÓN EN EL NIVEL ADMINISTRATIVO

Puede resultar contradictorio hablar de humanización en el contexto actual de la medicina, en el que un enfoque basado en la administración eficiente de los recursos puede llevar a tratamientos inadecuados (por desconocimiento o por negligencia del personal de salud) que no benefician al paciente ni a la familia, lo que perpetúa la enfermedad e incrementa los costos de la atención de salud; por tanto, se tendrá como resultado inevitable una verdadera “deshumanización”, cuando se instaura una medicina en la que no son importantes los seres humanos, sino los números y en la que los administradores manejan estadísticas en vez de pacientes individuales (39). La medicina resultante del modelo neoliberal de los años noventa, que al ser traducido en la implementación de un modelo de salud basado en el aseguramiento, trae como consecuencia el creer que no existe ninguna justificación moral para considerar los servicios de salud como derechos humanos, o como derechos fundamentales o como un deber del Estado y, por tanto, los servicios se obtienen en la libre competencia de mercado y la capacidad de pago de las personas, con la regulación de contratos garantizados por el Estado (40).

En el proceso de toma de decisiones para la atención en salud se identifican elementos de dos morales enfrentadas: en primera instancia una moral fundamentada en la concepción constitucional (normativa) del estado social de derecho, y por otro lado, la rentista (basada en las leyes del mercado y la competencia) que busca garantizar la rentabilidad financiera

mediante una gestión institucional que impone barreras administrativas, geográficas y económicas al acceso a la salud; predomina el enfoque utilitarista e individualista basado en criterios de competitividad y rentabilidad que favorecen prácticas que contravienen los derechos de las personas y la comunidad. De acuerdo con Freire, citado por Molina (41), se necesitan procesos de reflexión y educación que promuevan el fortalecimiento de una conciencia crítica y, por tanto, una sólida educación moral y ética y una adecuada formación técnico-científica del profesional deberían garantizar la capacidad necesaria para identificar las presiones de una moral empresarial rentista y proteger la autonomía y los derechos de los pacientes (41).

DISCUSIÓN

El acto médico implica la relación interpersonal del médico con el enfermo (42); dicha relación, dada en su inicio por la comunicación empática entre el médico y su paciente, se ha venido perdiendo. Lo que establece el acto y la relación es la perturbación de la salud y el acceso a los servicios por parte del paciente, haciendo necesario el tratamiento médico; la conversación forma parte de este y domina la dimensión decisiva de toda acción médica. La conversación humaniza la relación entre dos individuos que son fundamentalmente distintos (el médico y el paciente) y el llevar este concepto al aseguramiento y prestación de servicios de salud permitiría encontrar posibilidades de humanizar ciertos elementos que se han instalado en un orden social instrumentalizado (43).

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 (44). 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 (45).

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 (6).

Se tiene entonces que la deshumanización en el proceso de formación y en el consecuente acto médico da prelación al racionalismo científico en desmedro de la sensibilidad humana lo cual a su vez se manifiesta de diferentes maneras: deficiente selección de los postulantes sin la exigencia de una auténtica vocación médica; proceso exigente de selección durante los estudios de medicina con énfasis exclusivo en los conocimientos científicos y técnicos; escasa o deficiente formación humanista durante la carrera médica; predominio de las asignaturas técnicas en las facultades de medicina y eliminación de los cursos de humanidades; relación médico-paciente basada en aspectos comerciales con una creciente desconfianza de parte del paciente; 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; evitación sistemática del tema del sufrimiento humano durante la formación médica; sobresaturación del mercado médico debido al exceso de profesionales de la medicina; explotación inicua del médico; médicos poco humanistas presentados como “modelos de éxito” o paradigmas (46).

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 (47,48).

CONCLUSIÓN

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 ecobiopsicosocial 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. 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. Esto concuerda con la declaración de la UNESCO (49) cuando estipula que al aplicar y

fomentar el conocimiento científico, la práctica médica debe tener en cuenta la vulnerabilidad humana y que a los individuos y grupos vulnerables se les debe proteger y respetar su integridad.

Los fines de la medicina (15) describen que una relación fecunda y sólida con el paciente es una necesidad fundamental y es el punto de partida de la educación médica para la comprensión del paciente como persona, cambiando el enfoque reduccionista y científico de la salud que puede darse en la academia por uno que introduzca rápidamente al estudiante en el trato con los pacientes y en la familiarización con las humanidades, lo cual permitiría entender el marco humano y cultural de su profesión y disciplina

Por ello, forma parte fundamental del proceso de humanización en medicina la transición hacia un modelo de salud con un enfoque en el abordaje integral de sus determinantes y donde el imperativo pase de lo económico a lo hipocrático, respetando la homeostasis que la misma praxis demanda. Partiendo del principio de la relación existente entre la medicina y la docencia (50) en la que los términos médico y doctor se utilizan como sinónimos (la palabra doctor proviene del latín *docere*, que significa “enseñar”), es necesario retomar las humanidades en la formación médica teniendo en cuenta que la enseñanza es parte fundamental del proceso de humanización de los profesionales de la salud, estableciendo contenidos curriculares y de competencias que permitan el desarrollo humano, formen en valores y ética, establezcan relaciones académicas y personales con una excelente comunicación y relación humana y enseñen para actuar con parámetros humanizantes (51) y que puedan ser desarrollados y consolidados en la práctica clínica.

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 (50) y, por qué no decirlo, a que transforme su acción por medio del conocimiento, entregándose así a la más genuina solidaridad con el otro (52).

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno que declarar

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cañas-Fernández JL. De la deshumanización a la rehumanización (El reto de volver a ser persona). *Pensam Cult.* 2010 Jun;13(1):67-79. DOI 10.5294/pecu.2010.13.1.5.
2. Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE; 2015 [consultado 2016 Nov 4]. Deshumanizar. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=D5OWhL1>
3. Tealdi JC, editor. Justicia y Derechos Humanos – Sistema de derechos humanos. En: *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 88-91.
4. Schmidt L. La dignidad como fundamento de la Biopolítica. *Rev Latinoam Bioet.* 2007 Ene-Jun;7(12):126-55.
5. Rodríguez Pérez A. Nosotros somos humanos, los otros no. El estudio de la deshumanización y la inhumanización. *IPLA [Internet]* 2007. [consultado 2015 Nov 6];1(1):[28-39]. Disponible en: <http://www.ridpsiclo.ull.es/index.php/ridpsiclo/article/view/66/56>
6. Oseguera Rodríguez JF. El humanismo en la educación médica. *Educación [Internet]* 2006. [consultado 2015 Nov 11];30(1):[51-63]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/1794/1767>
7. Rodríguez Guerra A. Modelos de la relación médico-paciente: reflejo de la deshumanización de la salud. *Ars Med.* 2006;12(12):95-106.
8. Santos A. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. *Cuad Bioét [Internet]* 2003 [consultado 2015 Nov 19];14(50):[39-60]. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2003/14/1/50/39.pdf>

9. Escobar J. ¿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; 2015. p. 34-45.
10. Kottow M. Bioética y Biopolítica. RBB [Internet] 2005. [consultado 2016 Feb 26]; 1(2):[110-21]. Disponible en: <http://bioetica.org/cuadernos/bibliografia/kottow.pdf>
11. Guerra Y, Ávila J, Acuña H. La eugenesia en el tercer reich (1933-1945). Análisis histórico y reflexiones bioéticas. En: El racismo y la eugenesia como política de estado. Desde la Alemania de Hitler a la Colombia del siglo XX- Recuento de normas y tendencias sobre el control de la raza. Bogotá: Ediciones Ciencia y Derecho; 2015. p. 53-68.
12. Bedoya Hernández MH, Builes Correa MV. El acto médico como ética de la relación. Iatreia. 2009 Mar;22(1):47-54.
13. Guzmán F, Franco E, Morales de Barrios MC, Mendoza Vega J. El acto médico: Implicaciones éticas y legales. Acta Med Colomb. 1994;19(3):139-49.
14. Varas Cortés J. Responsabilidad médica y acto médico. Rev Obstet Ginecol [Internet] 2011. [consultado 2016 Ene 14];6(3):[240-44]. Disponible en: www.revistaobgin.cl/articulos/descargarPDF/633/190.pdf
15. Callahan D. Determinación de los fines de la Medicina. En: Los fines de la medicina - El establecimiento de unas prioridades nuevas. Proyecto internacional del Hastings Center. Barcelona: Fundación Víctor Grífol i Lucas; 2004. p. 35-47.
16. Villota E. Intereses en conflicto frente a la práctica médica actual. Profesión médica en la encrucijada. En: Tribunal Nacional de Ética Médica. Memorias del encuentro nacional de tribunales de ética médica. Bogotá: Giro Graphos; 2014. p. 17-28.
17. Arango Agudelo S, Castaño Castrillón JJ, Henao Restrepo CJ, Jiménez Aguilar DP, López Henao AF, Páez Cala ML. 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 [Internet] 2010 Jul-Dic. [consultado 2016 Ene 15];10(2):[110-26]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819503002.pdf>
18. Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. Psychol Health Med. 2015;20(3):353-62. DOI 10.1080/13548506.2014.936889.
19. Brazil Borges AM, Carlotto MS, Gonçalves Câmara S. Predictores del Síndrome de Burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería. Diversitas. 2005;1(2):195-205.
20. Loayssa Larrea JR, Ruiz Moralb R, García Campayoc J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (malvados) con sus pacientes? Aten Prim. 2009;41(11):646-9. DOI 10.1016/j.aprim.2009.01.005.
21. Frankel J. Exploring Ferenczi's concept of identification with the aggressor. Its role in trauma, everyday life, and the therapeutic relationship. Psychoanal Dialogues. 2002;12(1):101-39. DOI 10.1080/10481881209348657.
22. Gaufberg EH, Batalden M, Sands R, Bell SK. The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? Acad Med. 2010 Nov;85(11):1709-16. DOI 10.1097/ACM.0b013e3181f57899.
23. Salas Mainegra A, Salas Perea RS. La Bioética en la educación médica superior cubana actual. Educ Med Super [Internet] 2012. [consultado 2015 Nov 25];26(3):[434-49]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v26n3/ems09312.pdf>
24. Wear D, Aultman JM, Varley JD, Zarconi J. Making fun of patients: medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. Acad Med. 2006 May;81(5):454-62.
25. Testerman JK, Morton KR, Loo LK, Worthley JS, Lamberton HH. The natural history of cynicism in physicians. Acad Med. 1996 Oct;71(10 Suppl):S43-5.
26. Feito L. Investigación y enseñanza de la Bioética: Influencia en el entorno sanitario y en la sociedad. En: Feito L, Domingo T, editores. Investigación en Bioética. Madrid: Dykinson; 2012. p. 35-55.
27. Guerra YM. ¿Las humanidades en crisis o la crisis de la humanidad? Educación y Desarrollo Social. 2008 Jul-Dic;2(2):135-42.
28. Duarte V. Humanización de la asistencia médica en el servicio de urgencias: la importancia de los valores en salud. Emergencias. 2014;26:481-3.
29. Oliveira dos Santos Mde F, Melo Fernandes Mds G, de Oliveira Hde J. Acogida y humanización en la visión de los anestesiólogos. Rev Bras Anestesiol. 2012;62(2):199-213.
30. Rodríguez-Osorio CA, Domínguez-Cherit G. Medical decision making: paternalism versus patient-centered

- (autonomous) care. *Curr Opin Crit Care* [Internet]. 2008 Dec. [consultado 2016 Ene 12];14(6):[708-13]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/23469741_Medical_decision_making_Paternalism_versus_patient-centered_autonomous_care
31. Couceiro A. La relación clínica: historia, modelos instrumentos y retos. En: Beca JP, Astete C, editores. *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012. p. 145-59.
 32. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Sis San Navar* [Internet] 2006. [consultado 2015 Nov 26];29(3 Supl):[7-17]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original1.pdf>
 33. Rodríguez - Artavia A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. *Enfermería Costa Rica* [Internet] 2011. [consultado 2016 Ene 13];32(1):[37-42]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art7.pdf>
 34. Ramírez Perdomo CA, Parra Vargas M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av Enferm*. 2011;29(1):42-51.
 35. Romero-Massa E, Contreras-Méndez I, Pérez-Pájaro Y, Moncada A, Jiménez-Zamora V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. *Rev Cienc Biomed*. 2013;4(1):60-8.
 36. Quero García M, Molina Fernández N. Humanización de los Cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional. *Enfermería Docente* [Internet] 2010. [consultado 2016 Ene 20];92:[20-2]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvsites/default/files/revistas/ED-092-08.pdf>
 37. Rivera Álvarez LN, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. *Rev Av Enferm*. 2007;25(1):54-66.
 38. Romero-Quinones DM. Humanizar la enfermería una responsabilidad académica. *Visión Hermenéutica. Salud Arte y Cuidado* [Internet]. 2014 Jul-Dic. [consultado 2016 Ene 22];7(2):[33-44]. Disponible en: http://bibvirtual.ucla.edu/vr/db/psm_ucla/edocs/sac/sac0702/sac070203.pdf
 39. Flynn MB. Power, professionalism, and patient advocacy. *Am J Surg* [Internet] 1995 [consultado 2016 Ene 22];170(5):[407-9]. Available from: <https://www.deepdyve.com/lp/elsevier/power-professionalism-and-patient-advocacy-MOqxrecBxq>
 40. Hernández-Álvarez M. El Concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev Salud Pública*. 2008;10 Supl(1):72-82.
 41. Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 Apr;33(4):287-93. DOI 10.1590/S1020-49892013000400008.
 42. Guevara Chacabana G. Actos médicos: límites y posibilidades. *Pediatría* [Internet]. 2002 [consultado 2016 Ene 15];4(3):[54-62]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v04_n3/acto_m%C3%A9dico_l%C3%ADmites.htm
 43. Gadamer H. El estado oculto de la salud. En: *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa; 1993. p. 119-32.
 44. Kottow M. Encuentro clínico. En: *Introducción a la Bioética*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2005. p. 225-35.
 45. Martínez-Gutiérrez J, Magliozzi P, Torres P, Soto M, Walker R. Diplomado de salud y humanización: el valor de la reflexión y el aprendizaje presencial. *Rev Med Chile*. 2015 Mar;143(3):337-44. DOI 10.4067/S0034-98872015000300008.
 46. Nizama-Valladolid M. Humanismo Médico. *Rev Soc Peru Med. Interna* [Internet]. 2002 [consultado 2016 Ene 15];15(1). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v15n1/humanis_medico.htm
 47. Perales A, Mendoza A, Sánchez E. Vocación médica: necesidad de su estudio científico. *An Fac Med*. 2013 Abr- Jun;74 (2):133-7.
 48. Sultan O, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspect Psychol Sci*. 2012;7 (2): 176-86. DOI 10.1177/1745691611429706.
 49. Organización de las Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: UNESCO; 2005 [consultado 2016 Ene 15]. Artículo 8 – Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal. En: *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
 50. Pérez Tamayo R. Humanismo y Medicina. *Rev Fac Med*. 2010;53(6):38-43.

51. Lozada Camacho O, Pérez Galicia BA, Vargas Medina FA, Beltrán Callejas OM, Hincapié Cuartas BS, Martín Castañeda DA, et al. Humanización de la práctica docente universitaria [tesis especialización Internet]. Bogotá: Universidad de San Buenaventura; 2013[consultado 2016 Feb 4]. Disponible en: <http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/77682.pdf>
52. Cardona, F El reconocimiento dialógico de la perversidad humana. En: Mal y sufrimiento humano. Un acercamiento filosófico a un problema clásico. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2013. p. 251-332.

