

DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA
O
DESHUMANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD



DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA
O
DESHUMANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD

AE Dr. Alberto Perales
Editor

El contenido de esta publicación puede utilizarse citando su procedencia. Este documento es de distribución gratuita.

La responsabilidad del contenido de las exposiciones editadas corresponde absoluta y totalmente a los autores de los temas o a la participación de los invitados.

La impresión de este libro se ha hecho con fondos del Ministerio de Salud.

Editado por:

Academia Nacional de Medicina

Av. 28 de Julio 776, 8° Piso, Miraflores, Lima 18, Perú
academianacionaldemedicina@gmail.com

Editor

AE Dr. Alberto Perales

Tiraje: 300 ejemplares

Primera Edición: Diciembre 2018

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2019-02749
ISBN N° 978-612-45898-7-4

AN Dr. Nelson Raúl Morales Soto,
Coordinador, Grupos de Trabajo

AN Dr. Guillermo Quiroz Jara,
Coordinador de edición

Impresión:

JASPRINT SERVICE
R.U.C. 10459562929
Av. Bolivia 222 - Of. 107
Lima - Perú

Fecha de Impresión: Febrero 2019



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

**DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA
O
DESHUMANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD**

Informe del Grupo de Trabajo

EDICIÓN

Academia Nacional de Medicina

EDITOR

AE Dr. Alberto Perales Cabrera

AUTORES

AN Dr. Patrick Wagner Grau

AN Dr. Guillermo Quiroz Jara

AN Dr. Enrique Cipriani Thorne

AA Dr. Javier E. Saavedra Castillo

PANEL

AH Dr. Eduardo Pretell Zarate

AE Dr. Rolando Calderón Velasco

AE Dr. Fausto Garmendia Lorena

Dr. Raúl Mujica Cacho

AN Dr. Ernesto Ríos Montenegro

AN Dr. Luis Pinillos Ashton

AH Dr. Zuño Burstein Alva

AA Dr. Eduardo Penny



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

JUNTA DIRECTIVA 2013 - 2015

AN Dr. Patricio Wagner Grau
Presidente

AN Dr. Oswaldo Zegarra Rojas
Vicepresidente

AN Dr. Nelson Raúl Morales Soto
Secretario Permanente

AN Dr. Alfonso Zavaleta Martínez-Vargas
Secretario Bienal

AN Dr. Víctor Sandor Morales Corrales
Secretario Bienal

AN Dr. Miguel Ricardo Sánchez-Palacios Paiva
Tesorero

AN Dr. Walter Rafael Llaque Dávila
Bibliotecario

AN Dr. Oscar Guillermo Pamo Reyna
Vocal

AN Dr. Jesús Baldomero Valdez Herrera
Vocal

CONTENIDO

	Pág.
Presentación	11
<i>AN Dr. Patricio Wagner Grau</i>	
Simposio	13
Deshumanización de la Medicina o Deshumanización de la Sociedad	15
Introducción	
<i>AH Dr. Alberto Perales Cabrera</i>	
El Humanismo: Aspectos Filosóficos	19
<i>AN Dr. Patricio Wagner Grau</i>	
Deshumanización de la Salud: Aspectos Generales	29
<i>AN Dr. Guillermo Quiroz Jara</i>	
Aspectos Clínicos: Relación Médico-Paciente-Sociedad	37
<i>AN Dr. Enrique Cipriani Thorne</i>	
Humanismo en la Atención de Salud: Una propuesta de investigación	45
<i>AA Dr. Javier Saavedra Castillo</i>	
Discusión con la audiencia	57

PRESENTACIÓN

La deshumanización es hoy un fenómeno universal. Deshumanizar significa perder o ignorar las características y atributos propios de la esencia de lo humano. El ser humano es persona y, por tanto, resuena, resplandece en el ámbito del universo.

Ontológicamente, el hombre-ser humano-además de su esencia y su existencia, que son atributos comunes a los demás seres no humanos, trasciende lo que significa que realiza valores de impacto universal que lo definen como un ser axiológico, un dechado de valores, que decía Scheler.

Lo humano, empero, posee también atributos negativos, sí de algún modo insertado en su ser. Ese aspecto no luminoso, no trascendente está ligado al tener, en muchos sentidos opuesto al ser.

Es decir, lo humano no es sólo prístino y valioso, si no asimismo oscuro, anti-valioso, no trascendente. Bien lo expresaba Mefistóles en su diálogo con Fausto: “eres un ser humano con todas las consecuencias de serlo”.

Nuestra sociedad está deshumanizada, desprovista, en buena parte, de aquellos valores que caracterizan al espíritu humano, valores espirituales, que se reconocen pero no cuentan. Ante la embestida de lo material, que da sustento, seguridad y tranquilidad, se prefieren los llamados “valores utilitarios” que son los que se aprecian y consideran.

El “ser exitoso” significa haber alcanzado éxito material, prescindiendo o pisoteando aquellos valores propios de la esencia espiritual del hombre: en vez de generosidad egoísmo, en vez de honestidad sentido del provecho utilitario, en vez de bondad, ocasión de someter, opacar y lucrar, en vez de humildad, arrogancia y autoritarismo. No siempre, es así pero sí lo es muchas veces

La Medicina, esa gran profesión humanista, fue capaz de mantenerse al margen de esta obra deshumanizante universal. ¿Sigue siendo humanista?.

De todo ello, trata este Simposio.

AN Dr. Patricio Wagner Grau,
Presidente ANM 2013-2015

SIMPOSIO: DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA O DESHUMANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD

Lima, 18 de setiembre de 2014

Coordinador: AE Dr. Alberto Perales Cabrera

PROGRAMA

Presentación e Introducción al tema

AE Dr. Alberto Perales Cabrera, (Moderador)

Expositores:

- Aspectos filosóficos
AN Dr. Patricio Wagner Grau
- Aspectos generales.
AN Dr. Guillermo Quiroz Jara
- Aspectos Clínicos.
AN Dr. Enrique Cipriani Thorne
- Aspectos de investigación.
AA Dr. Javier Saavedra Castillo

Panel:

AH Dr. Eduardo Pretell Zarate
AE Dr. Rolando Calderón Velasco
AE Dr. Fausto Garmendia Lorena
Dr. Raúl Mujica Cacho
AN Dr. Ernesto Ríos Montenegro
AN Dr. Luis Pinillos Ashton
AH Dr. Zuño Burstein Alva
AA Dr. Eduardo Penny

La grabación en video, el audio y las imágenes expuestas en el simposio se encuentran a disposición de los interesados en la ciberteca institucional.

DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA
O
DESHUMANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD

INTRODUCCIÓN

En la nueva metodología de la Academia Nacional de Medicina, propuesta para cumplir los acuerdos de sus dos Convenciones Nacionales -producir opinión institucional para contribuir a la solución de los grandes problemas nacionales de salud- es esencial identificar los temas clave y distribuir la responsabilidad de su estudio entre grupos académicos. En tal espíritu, la actual Junta Directiva ha seleccionado los principales problemas sanitarios que afligen a nuestra sociedad.

El tema "Deshumanización de la medicina o deshumanización de la sociedad" fue asignado al Grupo compuesto por los señores Académicos de Número Dres. Patrick Wagner, Raul Morales Guillermo Quiroz y Enrique Cipriani; Académico Honorario Dr. Alberto Cazorla y Académicos Asociados Dres. Saúl Peña y Javier Saavedra, bajo mi presidencia.

En las reuniones regulares de trabajo sostenidas con tal finalidad, analizamos el tema desde variados ángulos. Ello permitió no sólo comprender la complejidad del asunto, sino también apreciar el escaso aporte de la investigación científica a su elucidación. Al ser identificados claros vacíos de información para lograr la cabal comprensión del fenómeno, nuestro grupo desearía, en la medida de sus posibilidades, contribuir a reducirlos.

Dos iniciales decisiones importantes fueron tomadas: nombrar al Dr. Juan Enrique Mezzich como experto colaborador, y proponer un deslinde conceptual de humanismo y deshumanización, desde varios ángulos de análisis. La metodología utilizada fue la de presentación y discusión interna de contribuciones significativas, el análisis de material bibliográfico significativo y la propuesta de una encuesta de opinión sobre el tema en población usuaria del sistema de salud. Con tal finalidad se creó un instrumento, la Escala de Deshumanización de la Atención de Salud (EDAS), que en su proceso de desarrollo viene siendo sometida a las exigencias de validación respectiva. La intención final es aplicarla a una muestra amplia de pacientes de consulta externa de hospitales públicos y Centros de Atención Primaria de Salud de Lima Metropolitana, empresa para la cual se cuenta con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental, por valiosa mediación del AA Javier Saavedra.

Cumpliendo con el encargo de organizar y desarrollar un simposio en la fecha de hoy, 18 de setiembre de 2014, para el cual se han designado a 4 miembros del Grupo que habrán de presentar nuestros avances iniciales sobre aspectos filosóficos, generales, clínicos y de investigación, además de los datos preliminares sobre el instrumento referido.

AH Dr. Alberto Perales Cabrera

EL HUMANISMO: ASPECTOS FILOSÓFICOS

AN Dr. Patricio Wagner Grau

El término humanismo, así como su concepto, fue introducido en el siglo XVI, en Italia, en plena época renacentista. Aludió, esencialmente, a dos concepciones básicas: en primer lugar, a la centralidad del ser humano y, en segundo, término, al estudio, análisis e interpretación de las denominadas humanidades o letras (*litterae*, en latín), considerando que es la lectura, lección o *lectio*, una actividad exclusiva del hombre, que contribuye de modo importante al perfeccionamiento de su espíritu. Se trata así de una actividad espiritual, que eleva y perfecciona la condición humana. Por otro lado, se consideró a la cultura como la actividad de cultivo del espíritu humano con el fin de alcanzar lo universal transcendente, el *transcendere* o el atravesar el propio ser, para elevarse a una dimensión superior, definitiva e irreversible, justamente gracias al mejor y más acabado cultivo de las *litterae*.

Es conocido que, en el Renacimiento, el ideal a alcanzar fue la *Paideia*, vale decir, la gran cultura helénica, y del mismo modo, la grecolatina, al considerar también los aportes de la cultura romana.

Otro de los aspectos esenciales del humanismo lo constituyó la relación del hombre con su entorno, con el medio ambiente que lo rodea, lo que el pensamiento filosófico cristiano denominó mundo (de *innundus* = limpio), como veremos más adelante.

El precursor, en tal sentido, fue indudablemente, Aristóteles, el Estagirita, que fue quien consideró al ser humano como telós o fin, al afirmar, en su libro “Sobre la Naturaleza”, que todo lo que existe en el cosmos está orientado o dirigido al hombre y puesto al servicio de él. El ser humano es el fin de toda naturaleza, que crea las mejores condiciones para que el hombre se sienta pleno y alcance su máximo bienestar. Reproducimos un fragmento del Estagirita: “La naturaleza entera se humaniza y tiende hacia el hombre: ella ha creado las nalgas o posaderas para descansar, pues los animales pueden permanecer de pie sin cansarse; el hombre necesita, empero, una superficie cómoda de asiento”. (Cosmología, Libro VII).

Se trata de la humanización de la naturaleza, concepto que será más tarde asumido por el pensamiento cristiano y que alcanzará, en el siglo XX, su máxima expresión en la reflexión científico personalista del paleontólogo, filósofo y teólogo francés Pierre Teilhard de Chardin (1881-1955).

El ideal máximo, en el Renacimiento, fue el de la belleza y la consideración que sólo el hombre es capaz de sentirla, apreciarla y manifestarla. La belleza clásica es

en efecto, creada por el artista humano y se halla al servicio exclusivo del hombre y de la humanidad. Es de esta manera, la belleza –física y espiritual– la máxima expresión, la más sublime y alta del espíritu.

El humanismo cristiano se desarrolló en los primeros siglos de nuestra era, en gran parte, gracias al genio de Aurelio Agustín o Agustín de Hipona (354-430 A.C). Con él nace, en realidad, el concepto de persona (del latín = personare es decir, resonar) y la idea que el hombre, que es persona, es el ser que ilumina su entorno, surgiendo así la noción de mundo (mundus = limpio).

La persona crea su mundo tanto externo a él como dentro de él, vale decir, un entorno limpio, ordenado y armónico. De esta manera, los conceptos de persona y mundo están íntimamente relacionados y son inseparables. Pero el mundo interior de la persona es misterioso o inaccesible; resulta imposible conocerlo en toda su profundidad.

Esta noción agustiniana del misterio de la persona no es nueva. Fue ya propuesta en el siglo VI a. C. por el gran filósofo presocrático Heráclito de Efeso: “Nunca llegarás al fondo insondable del hombre, pues profundos y desconocidos son sus caminos”. (Fragmento 67, Diels).

Ya en la época moderna, el filósofo alemán Emmanuel Kant (1724-1804), en una de sus obras más importantes “Crítica de la Razón Práctica”, insistió en la noción de persona como único fin, fin en sí mismo no instrumento para cualquier otro fin que no sea ella (la persona): “el ser humano es el único fin y jamás un medio para lograr otro fin que no sea él mismo”.

Lo verdaderamente inmoral, sigue expresando Kant, es utilizar a las personas como medios y/o considerar a los medios como verdaderos fines.

De los conceptos de Kant, surgen estas importantes consecuencias: la persona no tiene precio, tiene valor. La persona es siempre valiosa, nunca preciosa. Las cosas u objetos son preciosos pues ellos sí tienen precio, pero no son en sí valiosos.

La ciencia, la técnica, lo económico, lo social son importantes medios para el único fin válido cual es el bienestar o “felicidad” de la persona. Por todo lo anterior, el deber de la Ética es cuidar de la persona.

Encontramos así en la filosofía kantiana, un antecedente del posterior humanismo personalista del siglo XX. Ya en el siglo XIX, encontramos la angustiada reacción contra el idealismo abstracto y lógico, de un pensador rebelde, Sóren Kierkegaard (1813–1855), el filósofo de Copenhague. Kierkegaard se rebela contra la masa humana, anonadante y deshumanizante. Escribe en su “Tratado de la desesperación”: “la masa humana es algo demoníaco y pecaminoso. Para la masa es verdadero lo que ha votado la mayoría. Le falta a ella – a la masa todo sentido de moralidad. Azuza para el crimen y cuando éste se ha cometido, se retira cobardemente. La masa consta de los individuos en aquellos momentos en que son nada. Por eso se aprietan entre sí para ser, como masa o público, algo. La masa es soledad, anonimato y abstracto vacío. La masa es deshumanizante y empobrecedora. La masa humana es la verdadera causa o razón de la angustia de la existencia”. Todo verdadero humanismo deberá, por ende, oponerse frontalmente a esta masa deshumanizante.

El pensamiento axiológico surge en el siglo XX, en buena parte, gracias a la filosofía de Federico Nietzsche quien planteó la necesidad de la transmutación o inversión de la tabla de valores de la sociedad occidental, intoxicada por los valores del cristianismo y del socialismo, que este filósofo denominó “valores de muerte” o contrarios a la vida. Para Nietzsche, los valores supremos son los valores de la vida: la fuerza, la dominación, la crueldad, el poder, el progreso, el avance en todo sentido.

Con Nietzsche, por tanto, se le otorga importancia fundamental a los valores, representados por los valores vitales, creando este pensador una verdadera axiología vitalista.

Es el filósofo alemán Max Scheler (1874 – 1928), el principal representante de la axiología contemporánea. Es él verdadero creador del objetivismo axiológico. Para Scheler, los valores son objetivos, no creados por el hombre; se hallan fuera del espíritu humano, que los capta, los conoce, los asume y los pone en práctica, revalorándolos. Descarta así nuestro autor, cualquier forma de subjetivismo axiológico. En base a los valores, fundamenta Scheler un pensamiento personalista axiológico de gran influencia en la filosofía contemporánea.

La captación de los valores, enseña Scheler, se realiza a través de la emoción -por vía emocional- por un sentimiento dirigido o intencional. El conocimiento axiológico o intuición del valor, no podría darse por la sola inteligencia o razón. Se requiere ese sentimiento intencional dirigido a la captación del valor.

El ejemplo clásico de nuestro filósofo es expresado así: sólo si nos emocionamos ante una obra de arte, un atardecer o un amanecer, seremos capaces de captar el valor belleza que contemplamos en esos “objetos”.

El valor es conocido de forma inmediata antes del conocimiento del objeto que lo expresa (intuición inmediata).

El otro aporte de Max Scheler a la filosofía axiológica dice relación con la delimitación conceptual que el filósofo hace acerca del bien, los objetivos y los fines: un bien, según Scheler, es un objeto valioso (objeto + valor), siendo el valor independiente del objeto, pues su existencia no depende del mismo (apriorismo axiológico). El fin es una meta que se quiere alcanzar. Pero, el fin en sí no es bueno ni malo. Por tanto, los valores no pueden extraerse de los fines, los valores se hallan antes de los fines, son anteriores a éstos: se hallan en los objetivos, que son los medios o caminos necesarios para alcanzar el fin.

Los valores sustentan a los objetivos. Mientras que los fines, en tanto metas, pueden ser representados o imaginados, los objetivos en tantas tendencias o medios, no son representables, al tratarse de orientaciones hacia las metas.

Son, pues los valores, que se hallan en la base de los objetivos, los que “contaminan” al fin y lo vuelven valioso o no. Los valores son así siempre previos a los fines. Scheler ilustra este concepto con un par de ejemplos gráficos: si mi meta o fin es llegar a ser profesional, el llegar a serlo no es ni bueno ni malo, simplemente es. Si he estudiado con ahínco para lograr ese fin (objetivo o medios valiosos), el ser profesional es una meta representable buena, pero si para lograr el fin propuesto, me he dedicado a hacer trampa, a copiar o a comprar exámenes, la meta final, es indudablemente mala o negativa. Por otro lado, si mi fin es llegar a un punto, desplazándome a pie, dicha meta es indiferente, ni buena ni mala. Pero, si soy paralítico y me cuesta infinitamente caminar, el llegar a esa meta representable se convierte en buena por los valores de esfuerzo, paciencia y constancia que he debido desplegar. Pero, si durante mi caminata he repartido puntapiés y codazos a otros para alcanzar esa meta, el fin, indudablemente se convierte en malo o no valioso.

De este modo, propone Scheler un cambio del paradigma maquiavélico clásico que reza: “El fin justifica los medios” y propone reemplazarlo por este otro: “Los medios justifican el fin”.

Además de Max Scheler, el Humanismo en el siglo XX ha tenido otros destacados representantes, que podríamos clasificar como un pensamiento humanista existencial, cuyo principal representante es el filósofo alemán Martin Heidegger (1889 – 1976) y un humanismo cristiano propio de la filosofía francesa contemporánea cuyos cultores más sobresalientes son Emmanuel Mounier (1905-1950) y Maurice Blondel (1861-1949). Heidegger plantea la existencia como una trascendencia desde la nada y hacia la nada (no-ser). “Somos para no ser”, pues somos “seres para la muerte” (“Zum Tode Sein”). De ahí, es la angustia existencial (“Angst”), consustancial a la existencia. La trascendencia humana se realiza hacia el mundo (la Existencia) y hacia los demás seres (los existentes), en un encuentro existencial que permite la iluminación de las existencias. “Mi existencia ilumina a la existencia de los otros como la de ellos ilumina mi propia existencia”. Esto sólo es posible en el ser humano, que se convierte en el “pastor y la cabaña” del ser en general. Ello significa que el hombre es quien cuida, protege y aloja al ser, permitiendo su existencia y sus manifestaciones existenciales.

El otro gran aporte de Heidegger es su concepto de existencias inauténticas y auténticas y la presencia en estas últimas de la famosa expresión de la “SORGE”.

Para Heidegger, la mayoría de las existencias humanas son inauténticas, se sumergen en la masa anonadante o aniquilante que describiera Kierkegaard. Se trata de existencias impersonales y anónimas, que no dejan huella alguna, es “como si no hubieran existido”. Su paso por la Existencia es intranscendente al no enriquecer o elevar para nada el nivel de la Existencia.

Al ser anónimos ni siquiera son seres y menos individuos de la Existencia: se confunden con la masa que se expresa por ellos. Es el “man” o el “se” heideggeriano: “se dice, se comenta, se cuenta, se piensa” ¿quién dice, comenta, cuenta o piensa?. Todos y nadie a la vez. Por ello, los seres de existencia inauténtica, al morir o desaparecer, no dejan ningún rastro: son existencias frustras que pudieran no haber sido.

Por otro lado, las existencias auténticas, que son excepcionales, dejan una huella imperecedera: son existencias inmortales, que logran elevar y enriquecer el nivel de la Existencia. Morirán físicamente, pero su rastro es indeleble y permanecen por siempre.

Se trata de existencias personales de individuos sobresalientes, de presencia e influencias intemporales. Nadie podrá, por ejemplo, afirmar: en la Grecia clásica se dijo: “sólo sé que nada sé” o “conócete a ti mismo”. Todos saben quién lo afirmó, el

gran Sócrates, hace 20 siglos, se (alguien) ordenó: “Ama a tu prójimo como a ti mismo”. o, por último, en el siglo XX, se descubrió la Teoría de la Relatividad y en el siglo XIX, se elaboró la Teoría del Superhombre

Esos “se” son absurdos, pues todos conocemos quiénes son los autores inmortales de todos estos aportes sobresalientes, que han elevado y enriquecido el nivel de la Existencia.

¿Qué diferencia, entonces, la existencia inauténtica de la auténtica? Según Heidegger, una creación única del espíritu humano, que él llamó la “SORGE”, nombre alemán intraducible que ha sido expresado con los vocablos en español de cuidado, inquietud, disposición, preocupación. Todos ellos, términos aproximados, que no revelan la profundidad del término heideggeriano. La Sorge vendría a ser la plena asunción de la angustia existencial y su conversión total en creatividad a favor de la Existencia.

Por sus conceptos de existencias inauténtica y auténtica, se ha afirmado que Heidegger “se mueve con el mundo de Kierkegaard con los elementos de Nietzsche y en el mundo de Nietzsche en los elementos de Kierkegaard”.

Emmanuel Mounier y Maurice Blondel, representan la corriente francesa de un humanismo personalista espiritualista fundamentado en la filosofía cristiana. Es una vuelta hacia la noción del ser humano como persona espiritual, siendo el espíritu la característica esencial de la persona y lo que realmente lo hace valiosa y trascendente.

En tal sentido, la verdadera humanización consiste en impregnar de valores espirituales el recinto en el que se desempeña y actúa el ser humano en cuanto es persona. Ese recinto es su morada, su ethos: de ahí, la absoluta necesidad de la ética, consustancial a la esencia de la persona.

La deshumanización es la des-impregnación o la no impregnación de los valores éticos espirituales.

De ello resulta necesariamente una sociedad deshumanizada y deshumanizante: que tiene precio (lo precioso) se vuelve valioso (preñado de valor) y ambos –precioso y valioso– llegan a identificarse plenamente, contradiciendo la noción fundamental de Kant.

Podríamos finalizar de modo kantiano, afirmando: a las personas se las ama y las cosas se usan.

En nuestra sociedad actual en la que valioso y precioso se confunden, la fórmula kantiana se ha invertido: amamos las cosas y usamos a las personas. El anti-humanismo, la deshumanización, en toda su plenitud.

Referencias:

1. Heráclito.- Sobre la naturaleza. Fragmentos 67.
2. Aristóteles.- Cosmología, Libro VII.
3. San Agustín.- Confesiones. Libro IV
4. Kant, E.- Crítica de la Razón Práctica.
5. Kierkegaard, S.- Tratado de la Desesperación.
6. Nietzsche, F.- Humano, demasiado humano.
7. Nietzsche, F.- Más allá del Bien y del Mal.
8. Scheler, M.- Ética
9. Scheler, M.- De lo eterno en el hombre
10. Heidegger, M.- carta sobre el Humanismo.
11. Heidegger, M.- Ser y Tiempo.
12. Mounier, E.- El Personalismo.
13. Blondel M.- Filosofía de la Persona.

DESHUMANIZACIÓN DE LA SALUD: ASPECTOS GENERALES

AN Dr. Guillermo Quiroz Jara

Deshumanizar, obviamente “privar de caracteres humanos” (DRAE), subyace la ruptura innoble de diversos componentes cardinales de la vida misma y de la convivencia en sociedad, dos esenciales, desvaloración y despersonalización del ser humano, asumiéndole mero objeto y tratándolo desconsideradamente para auto provecho o protervas intenciones.

- “La deshumanización es de la **sociedad generalizada**, en donde prevalecen los estilos de vida materialista, hedonista, insolidario, de vacío espiritual y cultivo de la vanidad”
- “Se trata de una **crisis humanística**, debida a la pérdida de valores”
- “La deshumanización ha alcanzado grado tal que no nos asombran las atrocidades que a diario se cometen, y no nos asombran ni asustan porque se ha vuelto **costumbre** y la costumbre insensibiliza los sentidos y los sentimientos hasta casi neutralizarlos”.

La sociedad que cursamos, insolidaria, confrontacional, de supremacías insanas y misérrimas pasiones en vivo y en directo, retando a diario nuestra aptitud de indignación, nos impregna la villanía de la habituación al morbo, promotor eminente de insensibilidad y deshumanización.



Fotos de distintos mass media.

- *“La crueldad humana se desata en la medida en que no se valora al ser humano, sino más bien se lo convierte en algo o alguien que merece ser aniquilado o torturado, por ello, el mal estaría justificado, es la banalidad del mal” Hannah Arendt.*

La imagen humanista del médico que identificó el modelo hipocrático asume:

- *“El médico sentándose a la cabecera del enfermo marca el comienzo de la medicina personal, consustancial al ejercicio de la medicina clásica, cuyo humanismo es el espíritu esencial del acto médico”*

“Significa que no somos ni recetadores ni operadores, sino hombres frente a hombres...” (C.A. Seguí) sintetiza el espíritu de la doctrina humanista del profesional de la salud que prioriza -en lo factible- la horizontalidad, ese acompañamiento necesario que augura una atención empática y eficiente, además de retributiva, sustancia legítima del acto médico, sin olvidar la prudencial distancia afectiva que se debe guardar.

Cuando el líder supuestamente moral, pierde su implícita pasión para entender la otredad en la clínica, desestimando reconocer una mente definitivamente humana en el enfermo y relegando la virtud de concebir el dolor ajeno, descubre un quebranto del alma, contraria a la esencia de una profesión optada por vocación y juramento.

La percepción de la población sobre quienes lo atienden es de malestar y desamparo, recogida por los medios y por los mismos médicos:

- *“En las últimas décadas los profesionales de la salud han ido perdiendo la imagen humanista, para ser reconocidos como tecnócratas ávidos de reconocimiento económico y profesional, adheridos al modelo racional cientificista y divorciado de la sensibilidad humana”.*
- *“La simplificación del acto médico y del cuidado de la salud, la desidia, el abandono, la indolencia, el trato burocrático e inconsecuente según la remuneración que recibe el médico, ha dado lugar a que la opinión pública se exprese en términos de una DESHUMANIZACIÓN, despersonalización y mercantilización de la atención médica” Pedro Ortiz Cabanillas.*

Factores deshumanizantes

Muchos factores influirían en la deshumanización sanitaria, participando con intensidad variable, según los especialistas:

- Prelación del racionalismo científico en desmedro de la sensibilidad
- “Confiscación” del lenguaje (abstruso, encriptado)
- Deficiente selección de estudiantes: conocimiento sobre vocación
- Predominio de las asignaturas técnicas y débil formación humanística
- Sobresaturación de labores que promueve la desmotivación
- Explotación inicua del médico: services, sueldos denigrantes
- Avidez por el status social que desnaturaliza el sacerdocio
- Tolerancia o encubrimiento de la negligencia médica (falso espíritu de cuerpo)
- Encarecimiento: ascenso de costes paralela al avance de la biotecnología
- La investigación médica incumpliendo los códigos de ética
- Mercantilismo: Relación médico-paciente de tipo comercial, productividad vs calidad de atención.

El último, definido como “enclaustramiento” del acto médico, merece especial atención por su actualidad y permanente izamiento en los más recientes foros sobre el tema. Carlos Bazán Zender, en Cuadernos de Debate, mayo 2011, CMP, arguye:

- “Vivimos una verdadera *deshumanización de la medicina* por múltiples razones, entre ellas, la colectivización de los servicios médicos que ha convertido al médico en un asalariado. La economía y el costo del trabajo médico lo determinan empresas de salud y las compañías aseguradoras, que limitan el trabajo médico en función de su propia economía con atención médica apremiada por el tiempo, lo que deshumaniza a médicos y pacientes y plantea una crisis en la atención de la salud”.

Algunos otros deben explicitarse por su enérgica participación en la imagen deshumanizante. Desestimar los principios bioéticos preside el contexto, dos principales, comenzando por el de justicia. La atención de la salud debe ser accesible a toda la población, reforzando su condición de derecho a ser garantizado por el Estado.

- *“En el Perú, existen brechas de salud colectiva, grandes desigualdades en la atención de salud, limitada cobertura, inequidad e ineficiencia en el uso de recursos, insuficiencia financiera, deficiencias gerenciales y desarticulación entre las instituciones”.*

Y el principio de autonomía, la libertad de decidir el rumbo, enarbolando la capacidad de elección, libre albedrío a ultranza para sustentar decisiones propias y opinar sobre sus opciones, negándose a relegar sus dimensiones personales, verdadero protagonista como es de su destino, piedra angular del acto médico, “todo con él, nada sin él”.

- *“La integralidad de la atención engarza lo corporal a tratar, con las raíces del paciente, existenciales, religiosas, tribales o mundanas, en suma, con su estilo de vida y forma de pensar”.*

Por otro lado, la desindividuación, abstraída por el paciente como la pérdida de su *singularidad* al percibirse inmerso en el grupo y, por tanto, anónimo, temiendo ser visto como un enfermo más, de interés limitado por la generalidad. Por su parte, el médico, en su pluralidad, como parte del colectivo hospitalario, no se siente completamente responsable del paciente, compartiéndola con sus jefes o su institución, alejándose de su compromiso ético intrínseco.

El médico saludable y el paciente enfermo, ya es una *disimilitud*, un desnivel cognitivo de identificación: uno prescribe relajado, a veces soberbio, el otro, piensa ansioso –además de su dolencia– en los costos laborales, familiares, pecuniarios, lo que refuerza la delicadeza del acto médico y el escaso margen entre humanismo y deshumanización en el imaginario de las gentes.

La habituación en el acto médico concibe que el profesional, en su rutina de consulta, al aplicar la metodología holística que la medicina actual privilegia para alcanzar el diagnóstico, puede entrar en conflicto en las enfermedades psicosomáticas, al desdeñar la queja que trae el paciente por no detectar organicidad, alejando su inicial interés que percibido por el paciente lo desanima y resiente. “*Yo vengo con mi dolor y me dice que no tengo nada*” compendia la minusvalía emocional del doliente.

Sabido es y debemos aceptar que la medicina -por su naturaleza- implica cierto grado de deshumanización, para denotar que lesionamos en aras de aliviar o curar, con procedimientos invasivos que -aunque necesarios- son cruentos, dolorosos y no exentos de secuela, orgánica o psicológica. “Qué buen médico, no sentí nada” es en su simpleza la prioridad del enfermo, su bienestar sobre el largo y complicado procedimiento que poco le incumbe.

Un argumento notorio e infeliz que merodea la deshumanización, festín del amarillismo periodístico, son las denuncias por negligencia de diverso calibre, muy fundadas a veces, aunque no siempre manejadas con equilibrio por el estrecho margen entre la conmiseración y justo apoyo que despierta y reclama el agraviado y la sociedad, y la imparcialidad que merece el presunto transgresor, cuya participación es rápidamente juzgada y muy tardíamente aclarada o minimizada si el reclamo no tuvo asidero. La judicialización de la medicina, verdadera industria del juicio, avanza a ritmo vertiginoso y proclama la deshumanización profesional como elemento primordial de la acusación.

Lástima que no siendo médicos, los jueces valoren más las guías, manuales o procedimientos protocolizados, sustrayéndole al médico su naturaleza científica de explorar atajos terapéuticos más allá de normas que nos son -no pueden ser- mandatorios, cuando la situación clínica extrema lo amerita y tomando las precauciones necesarias. La consecuencia obvia y censurable es que el profesional se protege exagerando innecesariamente su actuación por encima de su convicción, medicina a la defensiva, onerosidad de consecuencias múltiples que poco importa, por la tranquilidad subrepticia de “haber ordenado todo lo imaginable”.

Con amplísimas excepciones, deshumanizamos dolosamente cuando con fines crematísticos prescribimos improcedencias, soslayando deliberadamente los principios deontológicos que nos rigen, a desdén del hipocrático *non nocere*, y propiciando -además de desconfianza- el símbolo de una abyección inadmisibles en cualquier circunstancia, grave en salud, la deshonestidad, ajena al decoro del compromiso. Lástima que la singularidad contamina al conjunto.

Sin olvidar que la precaria atención hospitalaria postergando citas, programas de exámenes, procedimientos y cirugías, o negando medicamentos, perpetúan el universo de insatisfacciones y agravan la imagen deteriorada de las instituciones, amén de signo inequívoco de vergonzoso desaire y desestimación.

En conclusión, siendo el tema sumamente amplio y de inexcusable debate, debemos enfatizar que -en ningún caso- la intrínseca dignidad humana puede ser soslayada durante el acto médico o en el campo de la salud en general, olvidando que el enfermo experimenta todas las vivencias de limitación, impotencia, incertidumbre y angustia asociadas a su quebranto. Esquivar dicha valoración es el sustrato primigenio de la deshumanización de la salud.

ASPECTOS CLÍNICOS: RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-SOCIEDAD

AN Dr. Enrique Cipriani Thorne

La organización social de la humanidad se ha vuelto cada vez más compleja, en paralelo con ello, la sociedad viene perdiendo su sentido de humanidad; virando de una relación desinteresada, de un vínculo humano que no busque el provecho personal en desmedro de los derechos de los demás, hacia uno de egoísmo extremo que busca el éxito personal sin importar que para ello se atropellen los derechos de terceros; en otras palabras el predominio del tener sobre el ser.

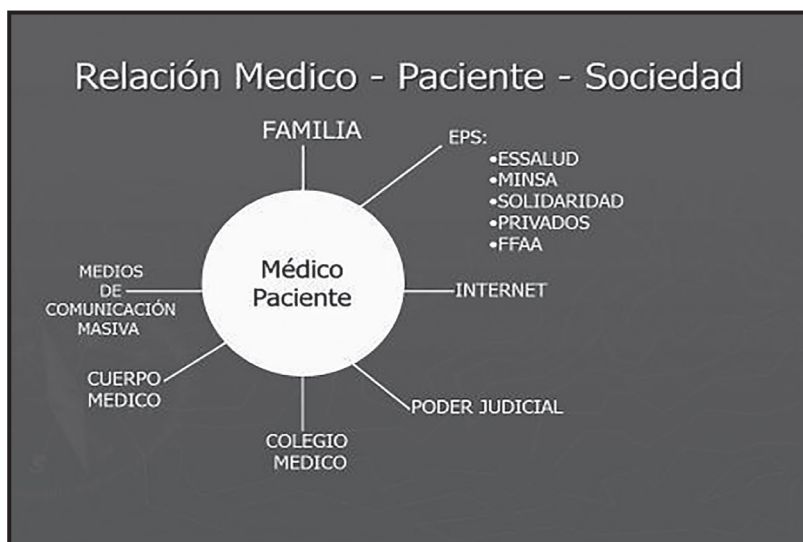
Tal estado de cosas es producto de una pérdida de identidad de las personas con el verdadero ser de las cosas. Hemos dejado que la técnica prime sobre el espíritu, que en nuestra época, en la Atención de Salud se traduce en una presión constante sobre la productividad numérica de consultas médicas por encima de la calidad de las mismas; vale decir que predomina el cuánto sobre el cómo.

En los diagramas expuestos a continuación, quiero expresar mi propio concepto sobre la complejidad creciente del quehacer médico actual, y de la distancia progresiva que se viene instalando en la relación entre médicos y pacientes, y entre médicos y sociedad como un todo.

Considero que la única manera de corregir los defectos señalados es la educación. La persona nace como un ser dúctil, maleable, plenamente dependiente de su entorno al cual busca adaptarse como marco coherente, refrenando sus impulsos para no hacerlo desenfrenadamente atropellando a los prójimos. La educación es una estrategia social importante cuya finalidad es controlar o moderar la acción instintiva generando como contrapeso una acción educada. En los momentos actuales, me parece, hay más bien un predominio de la primera sobre la segunda.

Todos nosotros, los médicos, procedemos, como seres humanos, de un determinado entorno social que predetermina vicios o virtudes que habrán de acompañarnos al ingresar a la universidad. Es en este ambiente universitario donde habrán de modelarse las cualidades y competencias que como médicos debemos adquirir para guiar y orientar adecuadamente a nuestros congéneres pacientes. No olvidemos que la sociedad nos premia con su confianza absoluta en nuestros conocimientos (aunque ahora menos que antes), entregándonos no sólo su consentimiento para actuar profesionalmente, sobre la base de que nuestra intención es de servicio benéfico hacia sus miembros. Por eso, lo ético en el intercambio clínico, vale decir en pago a esta confianza que nos permite introducirnos en la intimidad de nuestros pacientes, preguntarnos sobre lo que le ofrecemos como retribución, no sólo científica y social, sino también moral.

Luego de esta breve introducción veamos cómo se ha diversificado la relación entre el médico, el paciente y la sociedad. En el Cuadro N° 1 esquematizamos la relación médico-paciente, asediada por numerosas variables de influencia que tendrán su peso relativo en su destino.



Cuadro N° 1

Como puede apreciarse, la figura de una relación exclusivamente entre dos personas (el médico y el paciente) es inexistente, la complejidad de una relación que debió ser privada, por respeto a la persona enferma, se ve ahora reglamentada, fiscalizada, automatizada, en otras palabras, hecha pública.

Consecuentemente, debo advertir que el médico no ha sido formado ni entrenado para orientarse debidamente en este mundo actual, donde el acto médico se ha convertido en un acto público y no personal, privado. Asimismo, el grueso de la población no es consciente del cambio ocurrido en su vinculación con quien se supone tiene como norma el secreto profesional; éste ha desaparecido.

Por otro lado, veamos ahora cómo se ha diversificado el escenario de la actividad médica en los tiempos actuales, tal como lo graficamos en el Cuadro N° 2.



Cuadro N° 2

Cuando hablamos de atención de salud, debemos distinguir a qué elemento nos referimos pues ha emergido un universo de personas que se supone actúan bajo un sistema de jerarquías debidamente establecido.

Al igual que en el esquema 1 volvamos a preguntarnos si tenemos una visión de lo señalado cuando nos graduamos de médicos; es decir, si teníamos alguna idea sobre el mundo en que trabajaríamos, o será que las nuevas circunstancias nos obligaron a aprender en la práctica clínica diaria, aquello que la universidad nunca nos enseñó. Las facultades de medicina deben estudiar y sistematizar el conocimiento de las relaciones señaladas pues la tendencia es a volverse cada vez más complejas; la ramificación de la acción es la norma en el desarrollo de la información. Actualmente, el concepto que teníamos del médico como eje de su propia actividad ha desaparecido. La medicina se ha superespecializado en múltiples campos -todos necesarios- pero incomunicados por el uso de un lenguaje con terminología tan específica de la especialidad pero diversa, que se vienen creando mundillos médicos especializados, con el problema de que cada uno gira en su propia órbita.

Para terminar, observemos a través de la historia, cual ha sido la base que sustenta el accionar del médico. (Ver Cuadro No. 3)



Cuadro N° 3

A través de los siglos, el quehacer médico ha cumplido roles tan diversos, como a) Ser el mago de la tribu; b) El filósofo capaz de conceptualizar pero no mensurar; c) El científico que mide pero todavía no sabe aplicar, pues aún se vive el divorcio entre los descubrimientos científicos y su aplicación práctica; d) La aparición del profesional con niveles de privilegio social dados por su formación universitaria; e) La intervención de la sociedad a través del Estado para sistematizar y exigir la atención de todos los miembros de la sociedad; y por último, la actual, f) El ejercicio de la medicina como fuente de rendimiento económico para convertirse en mercado de una relación que, en virtud de todo lo expuesto, se viene deshumanizando.

Esta secuencia se viene dando en lapsos cada vez más pequeños, la transición entre una etapa y la siguiente se ha venido acortando; la presente etapa no puede persistir, los propios dirigentes del sistema actual, van a ser capturados por el sistema, y cuando necesiten un trato personal no lo van a encontrar. no va a existir.

Por ello, es interesante observar a través del tiempo la persistencia de vestigios de las etapas previas, con representación variable, pero siempre presente. De recapacitar en esta idea, todavía existen los que ejercen la medicina como magia, los llamados chamanes; la medicina tradicional es llamada ahora alternativa, la cual, aunque adolece de bases científicas, si las tiene comerciales. Los que aún ejercemos una práctica liberal hemos aprendido a realizarla compartiendo el tiempo con el ejercicio médico en instituciones con responsabilidad social; Por último, hablemos del gran mal de las sociedades desarrolladas, respecto a los prevalentes desórdenes del comportamiento y de las conductas antisociales, ¿es responsabilidad de los especialistas paliar esos desórdenes? Pero las Compañías de Seguro que gerencian la salud privada, no los reconoce como foco de nuestra atención, y aunque sean las más costosas desde el punto de vista de su impacto social negativo, el énfasis de la variable comercial de la medicina ha convertido a una gran proporción de estos pacientes en parias sociales, pues sencillamente no son rentables.

Pienso que los desequilibrios graficados en este último cuadro, no son de conocimiento de la población, la que permanece inconsciente del maltrato al que es sometida por no tener la información pertinente. Pienso que tal desconocimiento llega hasta los graduados de nuestras facultades de medicina, los cuales tampoco parecen estar conscientes de este esquema irracional de nuestra sociedad.

Finalmente, y para resumir mi presentación, reitero que, en la práctica, la tarea educativa es factor primordial de nuestro actual perfil profesional, que debiera iniciarse en el periodo de formación universitaria, pues, conforme avanzamos en edad, nos convertimos en seres impermeables al cambio.

Comparto con ustedes un sueño, tener la convicción de que nuestra sociedad es aún joven pero está dispuesta al cambio, y que sólo la educación en una integración armónica podrá asegurar nuestro futuro.

HUMANISMO EN LA ATENCIÓN DE SALUD: UNA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

AA Dr. Javier E. Saavedra Castillo

INTRODUCCIÓN

El humanismo ha sido la base de la medicina desde tiempos antiguos, vinculándolo a concepciones del ser humano en su totalidad y más allá de la enfermedad misma^(i,ii,iii). Siguiendo a Pellegrino^(iv), citado por Silverman y colaboradores^(v), definiríamos humanismo como una actitud de preocupación sincera por la centralidad de los valores humanos en cada aspecto de la actividad profesional, y respeto a la libertad, dignidad, valía y sistema de creencias del individuo como persona, lo que implica una forma sensitiva y empática de ayuda para algún problema o necesidad^(vi). En el contexto de la psicología humana y el humanismo en la relación médico-paciente, encontramos dos pioneros importantes: Abraham Maslow y Carl Rogers^(vii,viii). Por un lado, Abraham Maslow propone aportes muy valiosos sobre la motivación, única en el ser humano, en función a necesidades de libertad, dignidad y realización, que lo coloca en la disposición de ayudar al prójimo, y en el caso de los médicos de ayudar al paciente en forma sensible y desinteresada. En el caso del terapeuta se requiere autenticidad, aceptación incondicional de la persona que sufre y empatía. Además, Delgado marcaba que el requisito fundamental de médico debía ser el don de humanidad considerándolo como “una suerte de sensibilidad y simpatía para el ser de cada hombre enfermo, a quien se comprende y se atiende tanto por sí mismo, en situación concreta, cuánto como prójimo, semejante y copartícipe del destino común, colocado en el tiempo frente a la vida, frente a la muerte y frente a lo espiritual e imperecedero”^(x).

Sin embargo, algunos autores han resaltado que el avance de la tecnología ha promovido un especialización extrema y fragmentación de los servicios y ha convertido a la medicina en un producto de consumo masivo y que ha resultado en negación de la necesidades y preocupaciones particulares de los pacientes, el debilitamiento de la relación médico paciente, y a un descuido de los valores, la dolencia, la resiliencia, los recursos personales y la calidad de vida, y otros aspectos de la salud positiva de los pacientes^(ix). En este sentido, Carl Rogers plantea el concepto de que la naturaleza humana es fundamentalmente buena y los problemas emergen debido a influencias no sanas del medio ambiente. En el medio ambiente, en el caso de la atención de salud, siguiendo a Carl Rogers, podrían considerarse las condiciones de atención de los establecimientos de salud y las teorías filosóficas o económicas prevalentes. Honorio Delgado señalaba que “el positivismo, generalización abusiva de las ideas válidas sólo en el dominio estricto de las ciencias físicas, lleva a considerar al enfermo como un simple objeto material, una cosa, y a la medicina como una pura ciencia o mezcla de ciencia y técnica, por ende, impersonal y mecánica”^(x).

Algunos autores consideran que el humanismo no es una característica médica, sino que resulta de una interacción entre el individuo y su entorno, ya que el mismo individuo puede ser humanista en determinadas condiciones y no humanista en otras^(xi). Una encuesta hecha a estudiantes de medicina sugirió que existen experiencias que inhiben el desarrollo del humanismo durante los años de estudio, tales como el cansancio post guardia, excesiva carga laboral, y rotaciones con limitado contacto con pacientes^(xii). Otros autores sostienen que a pesar de que la historia de la medicina revela que con el paso del tiempo han existido cambios dramáticos en la conceptualización de las enfermedades y cómo tratarlas, la medicina sigue concentrándose en la biología de la enfermedad como si existiese en forma autónoma con el entorno y sugieren que es urgente la inclusión de la dimensión social si queremos avanzar en la práctica de la medicina^(xiii).

Un estudio sobre las características humanistas deseables por los pacientes resalta lo siguiente: trato amable y atento; escucha, paciencia y comprensión; disminución de los tiempos de espera y espacios suficientes de expresión; información y explicación de la enfermedad, así como la consideración de sus puntos de vista; preocupación, sensibilidad y calidez^(xiv). Otro estudio realizado en el Reino Unido de tipo cualitativo en 23 personas sobre el concepto de profesionalismo en medicina entre educadores médicos, estudiantes de medicina, médicos otros profesionales de la salud y personas que recibieron atención médica reveló los siguientes 7 aspectos: 1) conformidad con valores en relación a integridad éticamente profesional; 2) facilidad de acceso del paciente al clínico; 3) relación médico paciente empática y respetuosa; 4) actitud apropiada y cortés hacia el paciente; 5) disciplina, respeto a las personas y trabajo en equipo; 6) capacidad de autocritica y reconocimiento de errores; y 7) motivación altruista y solidaria^(xv). Asimismo, Hanyok postula que las áreas para conocer mejor a la persona como individuo corresponde a indagar sobre las preocupaciones del paciente, sus relaciones personales, sus actividades placenteras o hobbies, realizar preguntas abiertas para que la persona se describa a sí misma, y finalmente, tomar en cuenta las expectativas del paciente en la relación médico-paciente^(xvi).

Una respuesta internacional a esta área de estudio ha provenido de iniciativas encaminadas a articular la ciencia y el humanismo a través de perspectivas y modelos diagnósticos centrados en la persona que se concentran no solo en la enfermedad sino también en otros aspectos de la vida de la persona y que resaltan las experiencias narrativas tanto de la enfermedad como de salud, así como los factores contextuales contribuyentes para ambos^(ix). Davis y colaboradores han propuesto,

bajo el lema “nada acerca de mí sin mí”, que los atributos necesarios para una atención primaria centrada en el paciente deban ser: excelente acceso a la atención con citas rápidas y amplia comunicación; participación y compromiso del paciente; sistema de información clínica que fomente la calidad y la mejoría a través del monitoreo de adherencia, acceso a resultados de laboratorio, alertas, seguimientos de factores de riesgo, uso de servicios y resultados; sistema de referencia coordinado y monitoreado; cuidado integrado y comprensivo y transferencia fluida de información entre los miembros del equipo clínico; información pública sobre la práctica y características de los clínicos con posibilidad de elección por el paciente; y retroalimentación continua del paciente por medio de encuestas ^(xvii).

El Grupo de Trabajo sobre Humanismo y Medicina de la Academia Nacional de Medicina consideró las propuestas sobre medicina centrada en la persona como valiosas para lidiar con la problemática del humanismo en la medicina y encontró importante dar sustento a las conclusiones a las que pudiera llegar realizando una encuesta sobre humanismo en la atención de salud en hospitales y centros de salud. Para ello se decidió la confección de un instrumento ad hoc en base a discusiones académicas del grupo, revisión bibliográfica y la construcción del instrumento en base a ello.

Según la revisión realizada, se elaboró un cuestionario de 21 preguntas sobre humanismo en la atención de salud, el cual versaría sobre las siguientes 6 áreas: 1) percepción sobre actitud humanista; 2) amabilidad y cortesía en la atención; 3) disponibilidad a la escucha y dedicación del clínico; 4) empatía y sensibilidad; 5) profesionalismo; y 6) políticas de atención del establecimiento. Este instrumento se puso a consideración de juicio de expertos (Tabla 1).

TABLA 1. CUESTIONARIO SOBRE DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD					
PARA USTED, ¿QUÉ SIGNIFICA "TRATO HUMANO" EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD?					
LA ATENCIÓN DE LA SALUD ES HUMANA CUANDO SE MUESTRA AL PACIENTE SENSIBILIDAD ANTE SU ENFERMEDAD, Y COMPRENSIÓN DE SU SUFRIMIENTO COMO PERSONA. DE ACUERDO CON LO MENCIONADO DESEAMOS SABER SU OPINIÓN SOBRE SU EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD QUE USTED HA RECIBIDO, O VISTO QUE OTROS RECIBEN, EN LOS HOSPITALES O CENTROS DE SALUD					
EN QUÉ MEDIDA CONSIDERA QUE EXISTE UN TRATO HUMANO POR PARTE DE:	1	2	3	4	5
a. Los médicos	1	2	3	4	5
b. Otro personal de salud como enfermeras, auxiliares, personal de laboratorio o de rayos X	1	2	3	4	5
2. CON RELACION A LA ATENCIÓN QUE USTED HA RECIBIDO, O VISTO QUE OTROS RECIBEN, EN LOS HOSPITALES O CENTROS DE SALUD, QUÉ LE PARECEN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL MÉDICO:	NO	POCO	INDISCO	BASTANTE BIEN	EXCELENTEMENTE
a. Lo/la saludó cortésmente	1	2	3	4	5
b. Le atendió con amabilidad y respeto	1	2	3	4	5
c. Le dio el tiempo necesario para su consulta	1	2	3	4	5
d. Le permitió explicarle bien su problema	1	2	3	4	5
e. Se mostró sensible a su sufrimiento y tomó en cuenta lo que le preocupa	1	2	3	4	5
f. Le preguntó sobre su vida personal, su trabajo o su hogar	1	2	3	4	5
g. Mostró responsabilidad e interés al atenderlo(a)	1	2	3	4	5
h. Le explicó e informó sobre la enfermedad que padece	1	2	3	4	5
i. Respetó su privacidad durante la consulta y fuera de ella	1	2	3	4	5
j. Le hizo entender bien cómo debía seguir su tratamiento	1	2	3	4	5
3. EN GENERAL, DURANTE LAS ATENCIONES QUE HA TENIDO, EL MÉDICO O LA ENFERMERA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
a. ¿Le tomó la presión arterial?	1	2	3	4	5
b. ¿Lo/la pesó?	1	2	3	4	5
4. ¿CUÁN DE ACUERDO ESTÁ CON CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES CON RESPECTO A LA ATENCIÓN QUE USTED HA RECIBIDO, O VISTO QUE OTROS RECIBEN, EN LOS HOSPITALES O CENTROS DE SALUD?	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO LO SE	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
a. Le dieron cita en un plazo razonable	1	2	3	4	5
b. Su tiempo de espera en el consultorio fue razonable	1	2	3	4	5
c. Fuera de los médicos, el resto del personal como enfermeras, auxiliares, o personal de laboratorio o rayos X le atendieron con amabilidad y respeto	1	2	3	4	5
d. Fue atendido/a en un ambiente con adecuada limpieza, orden y privacidad	1	2	3	4	5
e. Le proporcionaron las medicinas que le prescribieron	1	2	3	4	5
f. Le prescribieron medicinas que estaban al alcance de su economía	1	2	3	4	5

Para la prueba piloto se integraron las preguntas sobre humanismo al cuestionario del Estudio Epidemiológico de Salud Integral en Hospitales Generales y Centros de Salud a ser realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” en el año 2015. Este estudio pretendía estimar la prevalencia e identificación de trastornos mentales entre las personas que acuden a atenderse por problemas físicos a establecimientos de salud del sector público. La prueba piloto evaluaría tiempos de aplicación, comprensión de las preguntas y exploraría la consistencia interna e información psicométrica del instrumento. Las entrevistas fueron realizadas con las primeras personas en llegar a la atención médica, asumiéndose que la llegada de los pacientes a los consultorios era totalmente al azar.

La prueba piloto se llevó a cabo entre el 23 de Julio al 24 de agosto del 2014 por 2 entrevistadores con experiencia en encuestas epidemiológicas (una bachiller en psicología y una psicóloga licenciada) e incluyó la entrevista a 50 pacientes adultos (≥ 18 años) ambulatorios, 19 de un hospital general ubicado en el Distrito de Puente Piedra (Hospital Carlos Lanfranco la Hoz) y 31 de dos centros de salud del distrito de San Juan de Lurigancho (Centro de Salud José Carlos Mariátegui y Centro de Salud Ganimedes). El 38% fue de las personas entrevistadas fue del sexo masculino, 62% del sexo femenino; con relación al nivel de instrucción alcanzado: 4% sin nivel, 28% primaria, 36% con instrucción secundaria, 20% con instrucción superior no universitaria y 12% con instrucción universitaria. La aplicación del cuestionario sobre humanismo se realizó en un lapso de 5 minutos sin tarjetero y 7 minutos con tarjetero. Las preguntas fueron bien recibidas y aceptadas por los entrevistados, no encontrándose ningún tipo de dificultad para la aplicación de estas preguntas.

Resultados preliminares de la prueba piloto

Se debe tomar en consideración que los resultados presentados corresponden a una prueba piloto con un número reducido de personas, por lo tanto tiene una connotación más exploratoria sobre el comportamiento del instrumento que sobre la significación clínica de los resultados. El análisis cualitativo de las respuestas de los entrevistados a la pregunta sobre que significa “trato humano” en la atención de salud podría ser resumido en las siguientes categorías: buen trato, amabilidad, cordialidad y respeto 46%; buena atención, oportuna y profesional 18%, comprensión y empatía 16%, trato equitativo, dignidad, trato como persona 14%; afecto 12%, paciencia escucha y explicación 10%. La mayoría de los pacientes manifestaron percibir un trato humano por parte de los médicos, aunque esta proporción es menor los centros de salud (Tabla 2).

TABLA 2 PERSPECTIVAS DE PERSONAS ADULTAS DE LA CONSULTA AMBULATORIA DE HOSPITALES GENERALES Y CENTROS DE SALUD SOBRE TRATO HUMANO POR PARTE DE LOS MÉDICOS (N=50)			
EN QUÉ MEDIDA CONSIDERA QUE EXISTE UN TRATO HUMANO POR PARTE DE:	NADA O POCO	REGULAR	BASTANTE O MUCHO
Los médicos (total)	15%	31%	54%
Los médicos (Hospital General)	12%	23%	65%
Los médicos (Centro de salud)	17%	35%	48%

Concordando con esta apreciación la mayoría de las personas consideran que los médicos muestran cortesía, amabilidad y respeto, consideración de la privacidad de la persona, responsabilidad y apropiada escucha y explicación de la enfermedad. Sólo una cuarta parte de los entrevistados no consideró adecuado el tiempo para la atención de la consulta. Dos tercios de las personas consideraron que el médico les permitió explicarle bien su problema. Con respecto a preguntas sobre la vida personal recomendadas para fomentar una atención más centrada en la persona la proporción fue menor que en las otras áreas (Tabla 3).

TABLA 3 ACTITUDES HUMANISTAS DE LOS MÉDICOS EN LA ATENCIÓN DE SLAU SEGÚN PERSONAS ADULTAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA AMBULATORIA DE UN HOSPITAL GENERAL Y CENTROS DE SALUD (N=50)			
CON RELACION A LA ATENCIÓN QUE USTED HA RECIBIDO, O VISTO QUE OTROS RECIBEN, EN LOS HOSPITALES O CENTROS DE SALUD, QUÉ LE PARECEN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL MÉDICO:	NO O POCO	INDECISO	BASTANTE BIEN O EXCLENTE
a. Lo/la saludó cortésmente	27%	10%	63%
b. Le atendió con amabilidad y respeto	21%	21%	58%
c. Le dio el tiempo necesario para su consulta	25%	23%	52%
d. Le permitió explicarle bien su problema	17%	17%	66%
e. Se mostró sensible a su sufrimiento y tomó en cuenta lo que le preocupa	33%	11%	56%
f. Le preguntó sobre su vida personal, su trabajo o su hogar	42%	12%	46%
g. Mostró responsabilidad e interés al atenderlo(a)	25%	10%	65%
h. Le explicó e informó sobre la enfermedad que padece	21%	21%	58%
i. Respetó su privacidad durante la consulta y fuera de ella	29%	2%	69%
j. Le hizo entender bien cómo debía seguir su tratamiento	23%	15%	62%

En discusiones del Grupo de Trabajo sobre Humanismo y Medicina se consideró importante incluir preguntas que indicaran un cuidado mínimo en la atención que reflejaran al menos principios básicos preventivos del cuidado de la salud como el peso y la presión arterial. La tabla 4 refleja la importancia de considerar el estudio sobre humanismo en forma separada entre hospitales generales y centros de salud debido a las diferencias en procesos de atención.

TABLA 4 CONTROL DE PESO AUTOREPORTADO DE PERSONAS ADULTAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA AMBULATORIA DE UN HOSPITAL GENERAL Y CENTROS DE SALUD (N=50)			
EN GENERAL, DURANTE LAS ATENCIONES QUE HA TENIDO, EL MÉDICO O LA ENFERMERA	NUNCA O POCAS VECES	ALGUNAS VECES	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
¿Lo/la pesó? (Hospital General)	68%	21%	11%
¿Lo/la pesó? (Centro de Salud)	17%	17%	66%

Otros aspectos relacionados al trato humano en la atención corresponden al tiempo de espera y citas donde la mayoría opina favorablemente; un porcentaje considerable de la personas expresan dudas lo que evidencias falta de información; asimismo, y una quinta parte no lo considera apropiado (Tabla 5).

TABLA 5 ASPECTOS DE LA ATENCIÓN Y CUIDADOS RELACIONADOS CON TRATO HUMANISTA EN LA ATENCIÓN EN PERSONAS ADULTAS QUE ASISTEN LA CONSULTA AMBULATORIA DE UN HOSPITAL GENERAL Y CENTROS DE SALUD (N=50)			
¿CUÁN DE ACUERDO ESTÁ CON CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES CON RESPECTO A LA ATENCIÓN QUE USTED HA RECIBIDO, O VISTO QUE OTROS RECIBEN, EN LOS HOSPITALES O CENTROS DE SALUD?	MUY DE ACUERDO	NO LO SE	EN DESACUERDO O MUY EN DESACUERDO
a. Le dieron cita en un plazo razonable	58%	21%	21%
b. Su tiempo de espera en el consultorio fue razonable	58%	21%	21%
c. Fuera de los médicos, el resto del personal como enfermeras, auxiliares, o personal de laboratorio o rayos X le atendieron con amabilidad y respeto	64%	13%	23%
d. Fue atendido/a en un ambiente con adecuada limpieza, orden y privacidad	70%	17%	13%
e. Le proporcionaron las medicinas que le prescribieron	66%	17%	17%
f. Le prescribieron medicinas que estaban al alcance de su economía	72%	13%	15%

CONCLUSIONES

La intención principal del Grupo de Trabajo sobre Humanismo y Medicina de la ANM en esta presentación ha sido la de exponer el desarrollo de un instrumento que nos permita dar algún sustento empírico de la situación del humanismo en la atención de salud en el Perú. La realización de la prueba piloto del mismo confirmó la adecuación del mismo a los establecimientos de salud y su facilidad de aplicación en distintos niveles de atención. Los resultados exploratorios de la prueba piloto nos dan información indiciaria sobre la situación actual y sobre la importancia de contar con herramientas que ayuden a generar evidencia sobre las cuales poder emitir sugerencias en base a evidencias.

El humanismo se vincula con las necesidades y valores del ser humano y desde el punto de vista de la medicina con afrontes que colocan al paciente como persona en el centro de la atención, considerando no sólo la enfermedad sino también el entorno del paciente. La actitud humanista en la atención de salud es un evento complejo en el que interactúa el médico, el resto del personal de salud y el entorno o establecimiento. Conocer y monitorear estos aspectos en los distintos niveles de atención resultaría de gran importancia para la salud pública y para salvaguardar el prestigio de la profesión.

Referencias:

- i Patwardhan B, Warude D, Pushpangadan P, et al. Ayurveda and traditional Chinese medicine: a comparative overview. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2005;2(4):465-473.
- ii Conboy LA, Edshteyn I, Garivaltis H. Ayurveda and Panchakarma: Measuring the Effects of a Holistic Health Intervention. *The Scientific World JOURNAL*. 2009; 9: 272-280. <http://dx.doi.org/10.1100tsw.2009.35>
- iii Kirmayer LJ. The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. *British Medical Bulletin* 2004; 69: 33–48.
- iv Pellegrino ED. Educating The Humanist Physician. *JAMA*. 1974; 227 (11): 1288-1294.
- v Silverman ME, Murray TJ, Bryan CS, Edit. *The Quotable Osler*. Philadelphia: American College of Physicians. 2008.
- vi Pellegrino ED. *Humanism and the Physician*. Knoxville: University of Tennessee Press; 1979:118.
- vii Shaver KG, Tarpy RM. *Psychology*. New York: McGraw-Hill, 1993.

- viii Myers DG. *Psychology*. Michigan: Worth Publishers, 2010.
- ix Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, Salvador-Carulia L, Kirmayer LJ, Banzato CEM, Wallcraft J, Botbol M. Person-centred Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model. *Can J Psychiatry*. 2010;55(11):701-708.
- x Delgado H. La entidad del médico. Conferencia dada en la Sociedad “el Hogar del Médico”, de Lima, el 24 de noviembre de 1944.
- xi Rubin HR. Humanism and the Physician. *Annals of Internal Medicine*. 1987; 107(1): 124.
- xii Moyer CA, Arnold L, Quaintance J, Braddock C, Spickard A, Wilson D, Rominski S, Stern DT. What Factors Create a Humanistic Doctor? A Nationwide Survey of Fourth-Year Medical Students. *Acad Med*. 2010;85:1800–1807.
- xiii Singer M. The social origins and expressions of illness. *British Medical Bulletin* 2004; 69: 9–19.
- xiv Oseguera-Rodríguez J, Viniegra-Velázquez L. 2. Características humanistas del médico deseadas por la sociedad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (2): 171-178.
- xv Jha V, Bekker H, Duffy S, Roberts T. Perceptions of professionalism in medicine: a qualitative study. *Medical Education* [serial on the Internet]. (2006, Oct), [cited March 14, 2014]; 40(10): 1027-1036. Available from: Academic Search Complete.
- xvi Hanyok LA, Hellmann DB, Rand C, Ziegelstein RC. Practicing Patient-Centered Care. The Questions Clinically Excellent Physicians Use to Get to Know their Patients as Individuals. *Patient* 2012; 5(3):141-145.
- xvii Davis KI, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 vision of patient-centered primary care. *J Gen Intern Med*. 2005 Oct;20(10):953-7.

DISCUSIÓN CON LA AUDIENCIA

AE Dr. Alberto Perales

Muchas gracias académico Dr. Javier Saavedra. Tenemos 25 minutos para el diálogo con la audiencia. Agradeceré solicitar la palabra a la Mesa para hacer una lista de participantes.

AH Dr. Eduardo Pretell

Felicitaciones en primer lugar por abordar este tema, que es otro más de los que la Academia está analizando con la seriedad y el interés de contribuir a la solución de los problemas nacionales. Indudablemente, el tema es complejo, pero lo importante es ¿cómo contribuir a superarlo? ¿Qué podemos hacer, cuando nuestras instituciones tutelares, como el Colegio Médico no lo abordan mayormente y es dramática la situación que vivimos, empezando por la educación médica, que también se ha comercializado y la formación de valores que está muy comprometida?. Además, hay muchos otros factores que contribuyen groseramente a la deshumanización. Por ejemplo, en este país, la propia población, pues el paciente va directamente a un laboratorio y ordena sus análisis. No es como en otros países en que los laboratorios sólo atienden si hay orden médica para hacer la prueba. Es claro que hay un afán comercial de los laboratorios al atender un pedidos sin la orden médica necesaria, haciéndose frecuentemente pruebas innecesarias. El otro componente en paralelo, es que el paciente va directamente a la farmacia y compra cualquier medicina. Todo esto contribuye a una despersonalización de la Atención de Salud, a una minimización del acto médico, de tal manera que creo que hay muchos elementos, mucho más, que nos comprometen a tener una actitud de buscar un liderazgo que, con el concurso de nuestra institución y otras, comencemos a hacer notar estas cosas. Es decir, las analizamos, las comprendemos en el ambiente académico, pero el problema es ¿cómo nos proyectamos a superarlo, cómo llegamos a educar a la población, cómo exigimos que la educación médica mejore, que supere la comercialización en que están sumidas gran parte de nuestras escuelas médicas?

AE Dr. Rolando Calderón

Yo quiero en primer lugar felicitar al último ponente porque por fin se va a comenzar a medir la atención médica como debe ser medida. Tradicionalmente el Ministerio de Salud y todos los demás entes solamente ven cantidad. Tantas atenciones médicas, tantas operaciones, sin ver calidad y lo que importa es la persona humana. Ojalá que este sistema que se ha planteado aquí se extienda a todo el Perú. El objetivo, hemos conversado con el Dr. Perales, en que el problema no solo es individual sino también de toda la población, la dimensión social. ¿Por qué?. Porque actuamos, digo yo, por delegación. Yo ya elegí a un alcalde, o sea que ese alcalde le corresponde asumir todas las responsabilidades. Yo ya elegí un congreso para que legisle, entonces, que haga todas las leyes; elegí a un presidente con sus ministros para que actúe. Yo salgo del

juego, ya no tengo responsabilidad en lo que suceda pues ya di mi voto. Además, otra cosa que es también sumamente importante en el Perú, es el sentido de lejanía. Lo que no sucede en Lima, lo que no sucede incluso en el ambiente que nos rodea, como que no nos incumbiera. No nos interesa. Nos toca como noticia, pero nadie se siente aludido o comprometido. Por ejemplo, cuando lees en los diarios que cuatro ashánincas fueron asesinados por defender la madera, pobre de ellos, es su problema. Por eso reclamo que necesitamos mejorar la sociedad, que la sociedad tenga sentimientos de solidaridad con todos los seres humanos que vivimos en el Perú.

AE Dr. Fausto Garmendia

Bueno en primer lugar, evidentemente el tema es muy complejo, multifactorial. Pero quiero felicitar al Grupo de Trabajo de la Academia Nacional de Medicina que ha concretado una aspiración que tuvimos desde hace mucho tiempo, en nuestra propia gestión. La formación de grupos de trabajo, realmente se está concretando, y por lo que hemos visto, de una forma muy apropiada. De hecho, de la forma como se nos ha presentado el tema, nos lleva o nos conduce a meditar sobre el mismo, lo cual significa que estimula a hacer algo valioso, meditar sobre el problema. Y a otra cosa, también muy importante, que se concreta en la palabra alemana *sorge* que en realidad significa preocupación. O sea, la preocupación, debe preocuparnos, por supuesto que nos debe preocupar. Y eso debe ser evidentemente algo que tenemos que hacer permanentemente para contribuir de alguna forma, no digo a solucionar el problema sino, por lo menos, poder disminuir su intensidad. Ya se ha señalado que el Perú es un país muy complejo, geográfica y culturalmente. La cantidad de culturas y etnias e idiomas que hay en el Perú, hace que la comprensión de los problemas y su solución sean mucho más difíciles.

En cuanto a lo que nos corresponde como médicos y sobretodo como profesores universitarios, es que más que enseñar debemos formar profesionales. Y formar significa introducir una serie de valores comenzando por la puntualidad. Muchas veces a nuestros alumnos cuando llegan tarde, les digo “Bueno, sabes en el tiempo en que tú te has demorado, ya se murieron tus pacientes”. O sea, la medicina tiene que ser oportuna y eso también me trae al recuerdo el problema de las citas, que en los hospitales públicos pueden ser para dentro de dos, tres, cuatro y cinco meses. Las instituciones de Salud que ofrecen atención deberían estar muy bien organizadas en ese aspecto pues afectan todo el trabajo médico. Los pacientes en nuestro país, y esa es otra cosa a tomar en consideración, han perdido el derecho a elegir su médico y eso evidentemente afecta la confianza en el profesional. Ahora le dan un seguro determinado y tienen que ir a una institución y a un solo sitio y sabe Dios qué médico le va a tocar, y si realmente apreciará su problema de salud.

Finalmente, creo que hemos perdido mucho en cuanto al sentimiento de solidaridad. Eso lo tenían los Incas en el Ayni, en la Minca, en la Mita, lo cual significa que yo ayudo a mi comunidad en las formas o en los problemas que pueda tener. Y ciertamente, estamos en una situación sanitaria muy grave, en la cual no hay una verdadera atención primaria, en la cual deben participar no solamente los médicos y las autoridades sino también la propia comunidad.

Y termino señalando que hay una complejidad mayor en el sistema de salud con el ingreso de las Regiones, que no tienen muchas veces la autoridad necesaria. Las Regiones no tienen la menor comprensión del problema de salud y, por tanto, no pueden solucionar ni lo básico, a nivel de Atención Primaria de Salud. Además, se han creado los hospitales de la Solidaridad, que complejiza más el sistema cuando debería ser unitario, por lo menos en relación a la política de salud.

Dr. Raúl Mujica

Muy poco hay que agregar, porque ha sido total la amplitud y profundidad de los expositores. Felicitaciones al Dr. Perales por organizar tan brillante reunión.

En cuanto a mi comentario, quería referirme a la deshumanización de la sociedad. Cuando anoche ví en la televisión, la entrevista que le realizan a un sicario de 15 años, me sorprende observar que este muchacho de 15 años, mata sin ninguna ansiedad, sin ningún sentimiento, ni remordimiento. Como psiquiatra dije, estamos frente a un niño psicópata, aunque por definición clásica no se puede hacer un diagnóstico de personalidad hasta los 18-20 años, y a veces hasta los 25. Pero, indudablemente, este muchacho tiene un comportamiento altamente psicopático; pues cuando le preguntan ¿cómo prefieres matarlo? Contesta, “Con pistola, a la cabeza, no un tiro sino dos tiros”, me hizo pensar ¿qué es lo que ha pasado? Y vino a mi memoria los estudios de John Bowlby, el psicoanalista inglés que trabajó con adolescentes pre-delincentes en el año 52. Un estudio muy amplio de metodología impecable. Y ocurría que uno de estos adolescentes, pre-delincentes, habían sufrido la separación de sus padres por los bombardeos nazis a Londres. Y él demostró una alta correlación entre aquellos pre-delincentes que tenían mayor proclividad delinencial con la falta de apego, adhesión afectiva. Este estudio culminó con la publicación de su obra magistral: Attachment and Loss, que quiere decir Apego y Pérdida. Y yo me pongo a pensar, qué pasa con este muchacho sicario, de repente viene de un hogar fragmentado, donde la madre tiene otros 4 o 5 hijos producidos por 2 o 3 maridos abandonadores, que se rompe el alma para darles de comer y no tiene la oportunidad de poder desarrollar el apego. Entonces, Bowlby demostró que el apego es absolutamente fundamental para constituir la base

del andamiaje de los valores y posteriormente el desarrollo de la consciencia social y moral. De manera que como médicos, tenemos que considerar que estamos frente a una enfermedad social, que no se va a curar con psicoterapia, tal vez con socioterapia. Y me pregunto ¿qué podría hacer el Ministerio de Salud, o el Ministerio de la Mujer y de poblaciones vulnerables sobre este problema?, quizá identificar estos hogares fragmentados y poder hacer estudios sobre ellos para, por supuesto, generar la intervención efectiva y eficiente en promover el apego, la adhesión afectiva y prevenir su pérdida.

AN Dr. Ríos Montenegro

El tema tratado es substancial y fundamental, sobre todo para instituciones como la Academia Nacional de Medicina que es tutelar en este tipo de temas, y debe marcar la pauta y orientación no sólo hacia el médico como profesional y al sector salud, en general, sino, sobre todo, a la población, orientándola principalmente a la educación como formación del individuo, cuya base primaria se forja en el hogar. Sabemos eso, lo conocemos muy bien, pero creo que no se hace mucho para enfocarlo y corregirlo.

El gobierno a través del Ministerio de la Mujer hace algunas cosas, pero no hace lo que debería hacer. Yo creo que la formación del individuo es fundamental desde sus primeros años, desde la madre gestante y hacia allí debería enfocarse la orientación. Creo que la Academia debería enfocarse en una promoción de estudio orientado a la educación en cuanto a la formación de la familia, sobre todo de aquellas familias que están mal formadas y darles el mayor apoyo posible. El Ministerio de Educación creo que está muy a la izquierda, muy lejos de entender este problema, y se concreta a instruir sobre temas de ciencias o letras o de otras materias, pero poco se ocupa de formación en valores, menos aún de formación cívica, de impulsar el respeto por la persona humana. Me parece que eso es lo fundamental, y nuestras instituciones médicas que debieran ser las que, en este momento, orienten, dirijan a la profesión médica, no están a la altura de las circunstancias. Por eso tenemos una huelga médica tan larga, el Colegio Médico que debió ser el ente que corrija este problema o lo prevenga, no veo que tenga la suficiente actuación de liderazgo, sino que se convierte en un componente más de la protesta. De manera que este tema es múltiple, multifacético y debería enfocarse en extenso en cada uno de sus componentes.

Para terminar, aparte de esta observación, viene el análisis del estudio excelente, que acaba de presentarse al final, y, aunque las preguntas de la Escala eran varias, sin embargo los resultados estaban concentrados en tres. Hay una cierta discrepancia que podría examinarse.

AN Dr. Luis Pinillos

Muchas gracias, felicitaciones a la mesa, a la organización por toda la información recibida.

Confieso que cuando he visto el estudio y hemos visto los resultados, he sentido sorpresa porque mi percepción es que la percepción de la población sería mucho peor sobre lo que es nuestro actuar médico. Me sorprende que dos de cada tres crean que el trabajo que se hace en un centro médico o en un hospital es aceptable para ellos. En buena hora, yo pensaba que nos tenían en peor afecto.

Personalmente creo que uno de los problemas de la deshumanización de la medicina es cuando el médico en la consulta, en el primer contacto con el paciente, tiene una posición de sentimiento de dominio sobre un ser inferior, el paciente. Y como médico, siente que le está haciendo un favor al paciente a quien está escuchando, atendiendo y prescribiendo. Todo ello, sin tomar en cuenta que, como principio fundamental, es el médico como ser humano el que debe estar agradecido de que esta persona venga a entregarle su espíritu, su cuerpo, su alma, su preocupación y su vida. Creo que en el momento en que, por los múltiples factores que Enrique y los colegas que han intervenido han mencionado, en lo que era la práctica médica, por lo menos la que a mí me enseñaron mis maestros, es que los médicos actuales han perdido esa sensación de “gracias por confiar en mí, quiero darte lo mejor y generar un sentimiento humano de comprensión, en retorno”. La consulta no puede ser solo un encuentro para aliviar un síntoma y que la enfermedad siga su curso o no sea diagnosticada. Creo que es un tema a profundizar. Buscar las raíces del problema. Creo que se vinculan al liderazgo, como el que ejerce la Academia que pueden poner este tema en el tapete para no hacer lo que el Dr. Calderón tan apropiadamente critica, que nos basta con votar y le pasamos el problema a quien fue elegido. Si queremos que las cosas cambien, todos tenemos que ser partícipes. Personalmente creo en salud para todos, pero siempre tiene que ser por todos y todos tenemos que ser y enseñar al resto a que sea partícipe de nuestras acciones de salud. Sólo así seremos más humanos y compartiremos más sentimientos.

AE Dr. Zuño Burstein

Quiero sumarme a las felicitaciones para este grupo de trabajo que evidentemente ha demostrando una gran efectividad para hacer un estudio de esta naturaleza. Quería, sin embargo, hacer una sugerencia. La idea de que la organización de los sistemas de salud vaya orientada, como lo estamos viendo en otros países, a la función y la implementación de grandes hospitales altamente tecnificados, va perdiendo, lo que en un momento determinado se consideró una buena política de salud. Actualmente lo que se requiere es formar médicos de familia, profesionales que en trabajo casi barrial, como lo hacen los educadores y los religiosos. Estos grupos religiosos, puedan entrar,

así, en contacto directo con la población. Hay experiencias en otras partes del mundo al respecto. O sea, recoger experiencias de lo que está pasando con este tipo de nuevo médico quien se transforma, así, en un líder de la comunidad que mantiene contacto directo con la gente. El médico está perdiendo capacidad de contacto con la población, sometiéndose a una tecnología cada vez más invasiva y sofisticada. Pero el médico debe recordar su rol en la salud preventiva en todas las áreas pues, cuando se declara la enfermedad oncológica, por ejemplo, una sola pastilla puede costar mil dólares. Se trata de ser justos y colocar medicamentos que deben estar al alcance económico de la población. Del mismo modo debemos señalar la inaccesibilidad del médico, particularmente para la población más desamparada de las zonas abandonadas en el país. Por eso quiero terminar sugiriendo se abra también una investigación o un estudio a nivel de otros países que tengan otra modalidad de atención médica.

AA Dr. Eduardo Penny

Creo que todos vamos a salir altamente sensibilizados con este tema que hace tiempo esperábamos se discutiera en la Academia. Y este es sólo el primer paso. El segundo será la encuesta. Eso creo que va a ser muy importante, para finalmente, pasar a formular soluciones o sugerencias de solución a la sociedad, no sólo hacia los médicos, sino a toda sociedad y ese es nuestro papel como institución. Al respecto quiero recordar dos hechos: cuando hablamos de que nuestra sociedad está enferma y consideramos que el Perú ha pasado por aproximadamente 40 años de terrorismo, que aún sufrimos en menor grado, es un factor que enferma a cualquier sociedad. Una sociedad donde todos hemos vivido el impacto del terror. Cuando la vida no vale nada, es muy difícil pedirle a la gente joven que tenga muchos valores, sobretodo futuros. A ellos, que “se quemaron el día de ayer” actualmente no les interesa nada. No es justificable, pero si, comprensible, entender que esto suceda. Y el segundo factor, proveniente de sociedades capitalistas en las cuales vivimos y compartimos, es que las leyes del mercado influyen nuestra vida social y todo se justifica por ellas. El Estado así lo justifica, por ejemplo, que si alguien no quiere atender a un sector de la población porque económicamente no es rentable, no lo haga. Allí la ausencia de Estado es determinante. También debemos asumir nuestra culpa en las universidades. Cuando los profesores, muchas veces sin valores, enseñan a alumnos que vienen sin valores de sus casas, no nos asombremos que se vayan de la universidad a atender sin valores a las personas que los consulten. Y qué consejería de salud puede hacer este tipo de profesional. La sociedad está enferma, pero no está muerta. Y de todo este análisis, al final, debíamos producir conclusiones que podamos hacer llegar a toda la sociedad y no sólo a la Academia. Debíamos esforzarnos por lograr que todas las instituciones participen de este programa. Participen de la idea de salvar al país, aunque este es un problema a nivel mundial, con sociedades que se defienden mejor que otras. Nosotros debíamos estar en este grupo selecto. Gracias señor Presidente.

AN Dra. Graciela Risco

Yo también quiero felicitar al grupo de trabajo que ha hecho una excelente labor con un tema tan difícil de tratar y de tanto impacto sobre el prestigio, la calidad de atención y todos los aspectos vinculados con la salud, el trato humano a los pacientes.

La Academia por su prestancia puede, pues, con estos estudios y resultados, llamar la atención sobre este tema, ponerlo en blanco y negro ante la sociedad. Pero también creo que esto se vincula directamente con la educación médica. No podemos seguir educando a los estudiantes en salud en general, pero en medicina en particular, sólo en la parte científica de la medicina. Hoy, la tendencia es a la formación integral de los estudiantes de medicina, que incluye los aspectos humanos y éticos de la profesión', Y ese es un tema en el cual la Academia debe ejercer influencia directa. Ya hace años, hace varios años, la Academia fue una de las instituciones que promovió el proceso de acreditación de Facultades de Medicina. Allí se establecieron algunos criterios de calidad sobre la educación médica. Hoy también, la Academia puede ser un líder en un pronunciamiento o en una acción de ese tipo, porque actualmente no hay criterios de calidad en la educación médica, ni hay criterios para la creación de una Facultad de Medicina, por lo tanto, estos son los criterios que debiéramos promover como indicadores de calidad. Creo, entonces, que este tema tan difícil de tratar puede aterrizar en algo bastante operativo: influenciar una nueva educación médica. Gracias.

AE Dr. Alberto Perales

Hemos llegado al final del tiempo adjudicado al Simposio. Invito, ahora, a los expositores, miembros del grupo a expresar sus comentarios finales.

AN Dr. Patrick Wagner

Bueno, aquí se han dicho muchas cosas muy valiosas, muy interesantes. Yo creo que lo fundamental se ha repetido hasta el cansancio, que todas estas ideas, todos estos conceptos sean realizados u operacionalizados en una forma adecuada. Y, reitero aquí, lo que siempre ha dicho el Dr. Perales, la Academia Nacional de Medicina es la reserva moral del país, el sentido pleno de nuestra sociedad. Por ello tenemos la obligación absoluta de, con una buena base teórica o conceptual, lograr que estos conocimientos de transformen en hechos prácticos. Y, aunque cambiar el mundo es muy difícil, por lo menos concientizar a la población a través de la educación, de la formación de profesionales, a través, digamos, de un verdadero diálogo intercultural con la gente, con las otras academias y otras instituciones de salud. O sea, hay una enorme labor por delante y lo que decía Eduardo, esa labor tiene que seguir, esto es simplemente un momento crucial, el momento en que se dicen las cosas, pero evidentemente después

de esto hay todavía, muchas cosas que hacer para poder realmente restablecer una posición verdaderamente valiosa y de contribución moral y de contribución ética, de contribución general, holística de lo que es nuestra sociedad.

Finalmente, quería también destacar lo que dijo Lucho Pinillos, la imagen del médico sigue siendo buena en nuestro país, a pesar de todo, a pesar de que muchas veces hemos cometido errores, a pesar de todo, la imagen del médico sigue siendo una imagen valiosa para la sociedad. La gente sigue confiando en el médico, incluso más que en un religioso. De alguna manera, entre comillas, hasta la iglesia nos ha fallado; en cambio, nosotros aún tenemos la posibilidad de seguir en nuestra línea, de recuperar una buena parte de nuestra imagen. Yo por eso agradezco muchísimo estas ideas, estas opiniones, estos conceptos que con el liderazgo de Alberto Perales, vamos a efectivizar estos temas de la mejor manera posible en el curso de los próximos años. Muchas gracias.

AN Dr. Guillermo Quiroz

Es bueno saber que compartimos la misma preocupación con todos los académicos presentes, particularmente con los que han dado sus comentarios. Para nosotros va a ser importante el resultado de las encuestas que está preparando el Dr. Saavedra. Creo que a partir de allí vamos a tomar consciencia y responder a esta preocupación. ¿Qué hacer? Estos son diagnósticos, ahora vamos a tener que aplicarlos y ver cómo resolvemos los problemas, por lo menos en cuanto a lo que a nosotros nos atañe.

AN Dr. Enrique Cipriani

Es evidente que hay un consenso, yo diría total en esta reunión, sobre la manera en que vemos el ejercicio médico. Pensamos que estamos en lo correcto y que algo, que no es correcto, está ocurriendo en la sociedad. Me da la impresión que la encuesta que ha presentado el grupo, aunque aún preliminar, está indicando algo parecido porque no se llega ni al 80 ni al 90 % de aceptación, en ninguno de los actos médicos. Están en el 40-50% de aprobación, algunos en 60%. De modo que yo diría que se trata de una mala nota, porque cuando se trata de atención al público debemos buscar un 20 sobre 20. Un 17 sería una buena nota para mí, pero 11 o 12, que es lo que estamos sacando, para mí es una mala nota. Regreso a lo que comenté al inicio de mi disertación. Lo que buscamos es potenciar la información, las creencias nuestras y eso sólo se logra mediante la adecuada formación y educación. Un buen paso para nosotros sería dirigirnos formalmente a los Decanatos de las Facultades de Medicina, a señalarles nuestra preocupación y sugerirles el desarrollo de seminarios alrededor de determinados temas, al mismo tiempo que manifestarles nuestra total disposición a participar, colaborando con la gestión y desarrollo de uno, tres o cinco seminarios sobre

los temas que hemos venido tratando. Y esto puede ser sugerido, creo yo, a un nivel de comunicación formal, de la Presidencia de la Academia, tratando, de esa manera, de concretar, en lo posible, algunas de las medidas. Gracias.

AA Dr. Javier Saavedra

Bueno la idea que tenemos es tratar de obtener datos empíricos que nos ayuden a tener números con cierta influencia. Con números se entienden mejor las cosas. Aunque a veces no sea lo ideal, evidentemente con números tenemos mayor razón para lograr ciertos objetivos, especialmente si queremos que las políticas vayan dirigidas a ciertos aspectos. La otra cosa es que coyunturalmente tenemos la oportunidad de hacer esta medición. Esperemos que la huelga no nos interrumpa porque, en realidad, hemos perdido ya cuatro meses. La encuesta estaba originalmente planteada -para que tengan ustedes una idea clara de los problemas logísticos- para 8 mil personas, en 8 establecimientos de salud; pero con el tema de la huelga médica, vamos a tener que reducir la muestra por un tema de costo. No vamos a poder cumplir en el año, por lo tanto, vamos a reducirla más. Bueno, ojalá la encuesta podamos desarrollarla tal como lo estamos pensando.

Para aclarar un poco la interpretación del análisis, debemos decir que la calificación de las Escala es de tipo politómica, con cinco rubros. Para facilitar el entendimiento, lo que se hace es juntar ciertas respuestas; por ejemplo, “nada” con “poco”, porque en realidad si una persona responde que ella ha recibido poco trato humano en su atención, ambos resultan muy negativos ¿no? Asimismo, juntar las respuestas de “bastante” con “mucho” como si fuera una sola respuesta, permite apreciar mejor que la percepción del paciente ha sido positiva. Por eso es que al final solo salen tres respuestas, en lugar de las cinco del cuestionario. En resumen, estos procedimientos se utilizan para facilitar el entendimiento y también para mejorar la potencia de los análisis. Me permito, finalmente, sugerir introducir un componente más en la encuesta, ya que está más orientada a ver el comportamiento del paciente con el médico, con la institución. Pero hay un factor importante que no sé si pudiera incluirse. Qué grado de responsabilidad tiene el público en manejarse, de auto manejarse sin la intervención profesional; es decir, cuando buscan su diagnóstico por si solos y van a la farmacia a consultar por si solos, sobre todo para ver cuál es la causa de esto. Bueno, creo que es muy importante ir evaluando los resultados para ver cómo podemos avanzar.

Comentario Final

AE Dr. Alberto Perales

En mi comentario de cierre debo empezar por agradecer el interés, compromiso y participación de todos ustedes y destacar el elevado nivel de conocimiento mostrado por los expositores, a los cuales debo agregar, a otros tres importantes miembros del Grupo de Trabajo, los académicos Drs. Alberto Cazorla, Raúl Morales y Saúl Peña.

Respecto a la nueva metodología sugerida por la Academia da la impresión que es el camino correcto a seguir. La Academia, para liderar, debe ser fundamentalmente moral pero también científica. Lo primero está asegurado por la solidez histórica de la institución. La Academia Nacional de Medicina, no me cansaré de repetirlo, debe ser siempre la reserva moral del país. En cuanto a lo segundo, no hay manera de lograrlo si no hacemos investigación científica. Nuestra sola opinión, por docta que sea, será necesaria pero no suficiente para proponer sugerencias de solución a los problemas nacionales de salud. Para esto se requieren datos duros sobre las temáticas de estudio, que sólo la investigación científica puede proveer. En tal perspectiva, quisiera resaltar el papel central jugado por nuestras Convenciones Nacionales (2010, bajo la presidencia del A.N. Dr. Fausto Garmendía y 2014, bajo la presidencia del A.N. Dr. Patrick Wagner), en las cuales el trabajo, pensamiento y acción conjunta de los académicos, produjo múltiples posibilidades de intervención para cumplir con nuestra misión y visión institucionales.

La investigación científica postula que para resolver un problema se requiere conocerlo en su ubicación, expresión fenoménica y límites, así como cuáles son sus causas, asociaciones y dinámica. De otra manera no se le podrá modificar.

Si aplicamos tales pautas al conocimiento vertido esta noche, y las aplicamos a la actual condición de la medicina en el país, en qué situación caricaturesca queda la huelga médica en curso que intenta resolver la crisis de salud (el problema a modificar) aplicando “sus conocimientos”. Dos relevantes instituciones de Salud se encuentran confrontadas. Una, que apoya la huelga, postula que la causa de la crisis es económica y piensa, por tanto, que aumentando el sueldo de los médicos se resolverá el problema. La otra, la institución empleadora, opina, por el contrario, que aumentando la infraestructura, la tecnología y el personal de las instituciones de salud se solucionará el problema. La población y los pacientes no aparecen por ningún lado. Esta noche nuestros expositores han demostrado brillantemente lo complejo que es el tema del Sistema de Atención de Salud y su patología institucional. Han estudiado, tan sólo, uno de los aspectos de su descomposición: su Deshumanización. Y tal como brillantemente han señalado los expositores-particularmente el académico Enrique Cipriani- su compleja dinámica y

la influencia de variables extrañas y de interés económico que intervienen. Enfocada la actividad profesional médica en esta perspectiva, no se requiere ser sabio para vaticinar que habremos de esperar ocurran huelgas tras huelgas que nunca habrán de resolver la esencia de la crisis del Sistema de Salud porque sus variables explicativas están erradas. Y es de lamentar no sólo su inoperancia, sino que, tanto médicos como pacientes y la sociedad en general, serán afectados como personas por el impacto de sus negativas consecuencias. Por ello, desde el ángulo de la investigación científica cuando enfrentamos un problema a resolver, debemos aspirar a tener dos cosas fundamentales, a) una buena metodología para conocer el fenómeno en sus variables esenciales; y, b) una buena teoría para comprenderlo en su dinámica funcional. Así, la intervención correctiva que se derive de los resultados tendrá más probabilidades de éxito.

En nuestro caso actual, y tal como ha sido expuesto y refrendado por las acuciosas participaciones de la audiencia, resaltamos la necesidad de nuevas metodologías y de una buena teoría para enfrentar con éxito el problema de deshumanización de la medicina. En cuanto a lo primero, nuestro Grupo de Trabajo, luego de serio análisis del conocimiento existente sobre el problema, decidió crear un instrumento ad-hoc, la Escala de Deshumanización de la Atención de Salud (EDAS) que tan adecuadamente ha sido presentada por el AA Dr. Javier Saavedra.

Para lo segundo, quiero recordar esta noche al extinto Académico, Dr. Pedro Ortiz Cabanillas quien, aunque nos dejara su teoría del desarrollo moral del Hombre inconclusa, aún así, nos permite un marco general explicativo para entender el fenómeno que esta noche discutimos. Ortiz la llamó Teoría Informacional de la Personalidad. En ella, aunque no lo dijo en forma exacta pero se deslinda de su lectura, plantea lo siguiente. Cuando un nuevo ser nace, es simplemente un nuevo representante de la especie Homo Sapiens en este mundo. Será la sociedad, a través de su célula básica, la familia, el sistema educativo, el sistema laboral y la cultura, los que gradualmente humanizarán a dicho Homo Sapiens. Este complejo proceso en el cual intervienen múltiples variables puede seguir cursos normales y defectuosos de acuerdo a infinitas circunstancias. Postulo en forma hipotética que el proceso de Deshumanización de la Atención de Salud que la Academia se ha propuesto estudiar sería sólo uno de los rasgos fenoménicos de un proceso de humanización defectuoso de la propia Sociedad. Hay muchos otros que no es el momento de describir. Y acá debemos resaltar algo muy importante, ya señalado por el Dr. Mujica: la humanización del Homo Sapiens tiene una serie de condicionamientos previos. Uno de ellos, fundamental, es el apego, hay evidencias al respecto. Un niño que nace requiere, para ser humanizado, recibir estímulos humanos, afectivos, que fundamentalmente los provee la madre. Tales estímulos afectivos habrán de estimular, en el cerebro del niño, las redes sinápticas neuronales que conformarán los centros afectivos necesarios. Si tales estímulos no son proveídos al niño en los

momentos críticos del desarrollo, sus cerebros tendrán -por así decirlo- déficit de humanidad. Y sobre tal fondo las posibilidades de sembrar valores en etapas posteriores de su desarrollo vital, estarán muy disminuidas, ya sea en el colegio, en el trabajo y en la vida en sociedad en general. Creo, por ello, que el concepto de apego hay que resaltarlo, porque permite comprender que, en esta perspectiva el problema no sólo es de la medicina sino de toda la sociedad. Pero la sociedad la construimos nosotros, los seres humanos, y como postula la teoría de Ortiz, luego la sociedad nos reorganiza a nosotros, no solamente psicológica y moralmente sino también biológicamente. Y volviendo a la pregunta central del presente Simposio: ¿La Deshumanización es de la Medicina o de la sociedad en su conjunto? Con el trabajo expuesto por nuestro Grupo, seamos conscientes que recién estamos desbrozando el problema.

Señor Presidente, habría mucho más que decir al respecto, pero creo que lo expuesto reitera la responsabilidad de la Academia Nacional de Medicina, pues, aunque su nombre sea de medicina, es, en realidad, una institución del pensamiento. Su misión es servir al país utilizando reflexiones corporativas para: orientar el conocimiento científico, aclarar los problemas nacionales de salud y sugerir posibilidades de estudio conducentes a conclusiones válidas y operativas para bien de todos los peruanos.

Con esto, hemos cumplido nuestro trabajo por el momento señor Presidente. Le agradecemos la confianza depositada en nuestro grupo.

AN Dr. Patrick Wagner, Presidente de la ANM

Muchas gracias Dr. Perales por esta, realmente, magnífica experiencia que hemos vivido con usted, con este grupo selecto. Y hemos podido trabajar también con otros participantes como el Dr. Saúl Peña y el Dr. Alberto Cazorla. Y muchas gracias a todos ustedes por su interés, participación y aportes. La Academia Nacional de Medicina, como bien dice Don Alberto, está empeñada y realmente es un desafío muy grande, a que esto realmente prosiga y podamos, de alguna manera, modificar nuestro entorno, un entorno donde los académicos, por ser médicos, pero sobre todo por ser personas, podemos dar mucho, mucho más todavía, y tenemos la obligación de hacerlo. Muchas gracias.