

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud*

Bioethics and the humanization of healthcare services

Bioética e a humanização dos serviços de cuidados de saúde

Carlos Andrés Andino Acosta**

En este mundo deshumanizado, por los avances científicos, tecnológicos y actitudes negativas, es urgente que la bioética inspire métodos de humanización en la asistencia de los servicios de la salud. Así, no solo se tratará de sanar las heridas del cuerpo y de la mente, sino también las llagas del alma, del corazón y del espíritu, que juntamente hacen más vulnerable a la persona cuando padece una enfermedad.

Resumen

Las circunstancias que relacionan la realidad del ser humano lo ponen en oposición con su humanización, es decir, en contraste con su humanismo. Hoy existen muchas crisis en este aspecto, y por más avances técnicos, científicos y biomédicos, en los que el centro de todo es la persona, el humanismo y la humanización se deterioran, y con ello el mismo ser humano, sus valores, sus principios, sus derechos, su dignidad y su calidad de vida. En este enfoque aparece la bioética como puente que une ciencia y humanismo, y pone en ejercicio los principios éticos que, sin la idea de dignidad, se vuelven ininteligibles. Aunque siempre existirán crisis, cada crisis exige superarla buscando otros medios y métodos que permitan volver a la persona, su humanidad, su humanismo y su humanización. Esta nueva inquietud de la humanización de la salud desde la bioética, conduce a que las prácticas estén en conformidad con el enfermo y con el respeto que exige su dignidad humana y su calidad de vida.

Palabras clave: ética, bioética, humanización, salud, enfermedad, dignidad, calidad de vida, vulnerabilidad, persona.

* Este artículo de reflexión es original producto de la investigación del área de Bioética y Salud, línea de Dilemas y problemas en las prácticas clínicas, del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. El autor tiene la responsabilidad del contenido y originalidad del documento. Entregado el 19 de febrero de 2015 y aprobado el 9 de junio de 2015. Está basado en *Perspectivas pastorales de la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios sobre la humanización de la salud*, proyecto de grado del autor en Teología. (Cfr. <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/teologia/tesis53.pdf>) y *Aproximación al VIH-Sida, como un Locus Theologicus: propuesta pastoral desde la perspectiva teológica de la acción humana*. (Cfr. <http://luteranaunida.files.wordpress.com/2014/01/teologia-y-vih-y-sida-e-book.pdf>) y *Los lugares teológicos como fuentes de argumentación para considerar al VIH/Sida como un nuevo lugar teológico*. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Teología, 2014.

** Teólogo y magíster en Teología de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá; estudiante del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque; catedrático e investigador de la Universidad Mariana, San Juan de Pasto; asistente del Programa y miembro del Comité de Humanización, del Programa de Pastoral de la Salud y del Comité de Ética e Investigación del Hospital Infantil los Ángeles, San Juan de Pasto. Correo: candinoa@gmail.com

Abstract

The circumstances that relate to the reality of the human being put him in opposition with his humanization, that is to say, in contrast with his humanism. Many crises exist today in this aspect, and despite technological, scientific, and biomedical advances, in which the center of everything is the person, the humanity and the humanization deteriorate, and with that man himself, his values, principles, rights, dignity, and quality of life. In this focus appears bioethics as a bridge that unites science and humanism, and exercises the ethical principles that, without the idea of dignity, become unintelligible. Although there will always be crises, each crisis demands overcoming it searching for other means and methods that will permit returning to the person, his humanity, his humanism and his humanization. This new concern of the humanization of health from bioethics, leads to practices being in conformity with the patient and with the respect that his human dignity and quality of life demand.

Key words: Ethics, bioethics, humanization, health, sickness, dignity, quality of life, vulnerability, person.

Resumo

As circunstâncias que relacionam a realidade do ser humano o põe em oposição com sua humanização, ou seja, em contraste com seu humanismo. Hoje existem muitas crises neste aspecto e, apesar dos avanços técnicos, científicos e biomédicos, nos quais o centro de tudo é a pessoa, o humanismo e a humanização se deterioram e, com estes, o próprio ser humano, seus valores, princípios, direitos, dignidade e qualidade de vida. Neste foco, aparece a bioética como ponte que une a ciência e o humanismo, e coloca em exercício os princípios éticos que, sem a ideia de dignidade, se tornam ininteligíveis. Apesar de sempre terem existido crises, cada uma exige superação, pela busca de outros meios e métodos que permitam voltar à pessoa, sua humanidade, seu humanismo e sua humanização. Esta nova preocupação da humanização da saúde a partir da bioética, faz com que práticas estejam em conformidade com o paciente e com o respeito que sua dignidade humana e sua qualidade de vida exigem.

Palavras-chave: ética, bioética, humanização, saúde, doença, dignidade, qualidade de vida, vulnerabilidade, pessoa.

Introducción

La bioética siempre será motivo de reflexión, puente y directriz de las acciones de todos aquellos que tengan un contacto con los enfermos; relaciona lineamientos, criterios, procesos, lenguaje y consensos para el cumplimiento de objetivos, respuestas y posibles soluciones a los dilemas que desde la ética surgen en el ejercicio de la salud, sobre todo, en la relación médico-paciente. La bioética, entonces, será vista en este artículo como un elemento importante para tener en cuenta para la humanización de los servicios asistenciales de la salud, con el fin de velar por el bienestar, la dignidad humana, los derechos y la calidad de vida de los enfer-

mos y de todos aquellos que, de una u otra manera, tienen contacto directo o indirecto con los enfermos y sus familias.

La humanización de los servicios asistenciales en la salud, hoy, no es solo un interés nacional, sino también internacional. Siempre ha estado en estrecha relación con la ética, la moral, los valores y los principios de la ética médica y la reglamentación de la deontología, en cuanto velan por las prácticas médicas, la relación y la actitud de los agentes sanitarios frente a la persona enferma. La bioética, al deliberar sobre los avances y conocimientos científicos, tecnológicos y biomédicos, se incluye en el sentido y valor de la humanidad, y se reconoce en la



interdisciplinariedad para acercar a las ciencias humanas. Fruto de ello, será una reflexión que contribuya a dignificar a la persona humana y su calidad de vida, en su situación y realidad de enfermedad y, por consiguiente, a humanizar los servicios asistenciales en la salud.

Dignificar a la persona humana desde los principios de la bioética exige que en los procesos biomédicos, la asistencia sanitaria y la relación médico-paciente, ya no solo se cure enfermedades, sino que se sane a la persona enferma; ya no solo es un tema de salud, sino de bienestar y de la vida de las personas que en su estado vulnerable de la enfermedad reclaman que se respete sus derechos, su autonomía, sus creencias, su cultura, entre otros y, principalmente, se salvaguarde y se respete su dignidad y su calidad de vida.

Este artículo de reflexión tiene el interés en colocar a la bioética como una disciplina importante para la formación y el ejercicio ético de los agentes sanitarios, para la aplicación de procesos y programas que tengan como fin la humanización de los servicios asistenciales en la salud; con ello también, de alguna manera, se pretende promover cambios para tener una actitud más humana y unos comportamientos más positivos, para mejorar así, la proyección de los servicios de la salud hacia los enfermos; de la misma manera, persigue una asistencia más humana y digna para el profesional que la ofrece, como para el enfermo que la recibe.

Asistir con un sentido más humano, de respeto y con una actitud más acogedora a la persona enferma, es la invitación y motivación que hacemos los que trabajamos e investigamos en el campo de la bioética y de la salud. De ahí que la humanización de la salud, o como preciso mejor llamarla, la humanización de los servicios asistenciales en el campo de la salud, que incluso cambia la idea de «derecho a la

salud», estará enfocado como reflexión bioética que desde cuando aparece como una nueva disciplina, trata de reconciliar el conocimiento científico con las ciencias humanas, y con ello, el humanismo; mira al ser humano como un ser vulnerable ante la situación de vivir la enfermedad. En efecto, contemplar al enfermo como una persona, y no como un cuerpo, o un proceso médico, exige considerar su situación y realidad desde un sentido más humano, acogedor y bioético.

Por todo lo anterior, se presenta este proyecto de estudio y reflexión para colocar a la bioética como un puente entre los servicios de la salud y su humanización, de tal manera que concilie los procesos, las decisiones y las prácticas biomédicas cuando de alguna u otra manera, puedan estar afectando a las personas en cualquier situación de enfermedad.

1. METODOLOGÍA

La humanización de los servicios asistenciales en la salud sigue siendo un problema y un reto que reclama ser incluido en la dinámica que las instituciones asistenciales ofrecen, ya que los servicios de la salud dejan insatisfechos a los enfermos, y ellos o sus familiares, reclaman por ser maltratados, por no ser atendidos con prontitud y respeto, porque sus derechos son violados, ignorados y porque la actitud, la indiferencia y la insolidaridad hacen más vulnerable su estado de enfermedad. En esta perspectiva aparece que humanizar la salud, es un ámbito ético y bioético. Por tanto, el objetivo es colocar a la bioética como referente de reflexión ética y moral, más no clínica, que ante el fenómeno de la deshumanización que se manifiesta y aparece en el campo de la salud, se convierte en un elemento de comprensión e interpretación ética para la humanización de los servicios asistenciales en la salud y la dignificación de la persona humana, sobre todo, en el ejercicio bio-

médico, ético y moral que exigen las actitudes relacionales médico-paciente. En este artículo, la historia de la bioética, sus definiciones y sus principios, serán presentados de manera general como argumentos que proporcionan los medios, las herramientas y los principios éticos necesarios, para argumentar el tema de la humanización de la salud. De la misma manera, se puede abordar y tener en cuenta a la bioética como disciplina ética que se aplica al ejercicio administrativo de los centros asistenciales que reclaman una verdadera política de atención para regular la calidad y calidez de la atención y un servicio cada vez más humanizado; lo mismo que desde la creación y el funcionamiento de los comités éticos y bioéticos que las instituciones prestadoras de los servicios asistenciales en la salud hoy deben tener.

2. RESULTADOS

Si hay algo que pone de acuerdo a la mayor parte de los investigadores y analistas de la humanización de la salud es que el significado de este genitivo (salud) no se reduce a una mera ausencia de enfermedad. La salud tiene un sustento antropológico consolidado que la hace referir a toda la realidad humana y de esta manera se reflexiona sobre la integralidad del ser humano. La reflexión y la sistematización sobre la humanización de los servicios asistenciales en el campo de la salud, no constituye un discurso y una *praxis* reciente; hoy se argumenta desde los diferentes saberes, disciplinas y ciencias del conocimiento, que se han ido articulando a partir de las investigaciones para reflexionar y sustentar la humanización de la salud.

Hoy la bioética es vista como esa «herramienta» que delibera sobre los valores y principios éticos aplicados a las prácticas biomédicas, salvaguarda la dignidad de las personas con la aplicación consensuada de los principios éticos médicos: de autonomía, beneficencia, no male-

ficencia y el de justicia, que en cuanto sin la idea del respeto por la dignidad humana, estos principios se vuelven ininteligibles, es decir, que no serían comprendidos. Así, la preocupación de la bioética será velar, según Andorno¹, para que las prácticas biomédicas estén en armonía con el respeto y el rol unificador que conlleva la dignidad humana.

Por lo anterior, se tratará de que esta reflexión sustente una perspectiva bioética de la humanización de los servicios asistenciales en el campo de la salud; en un primer momento, se reconozca que la humanización de la salud es un problema para la bioética; como segundo, se le dé la importancia necesaria para abordar el tema desde la interdisciplinariedad; por último, tener en cuenta a la bioética como una «herramienta» para humanizar, porque «Lo que constituye el principal problema bioético es cómo humanizar las relaciones entre aquellas personas que poseen conocimientos médicos y el ser humano, frágil y frecuentemente angustiado, que vive el duro trance de una enfermedad que afecta hondamente a su ser personal»² Cuando los servicios de la salud, la asistencia y las relaciones médico-paciente, atenten contra la dignidad de la persona humana, la bioética será la disciplina que se preocupa por la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas enfermas, y aportará desde sus principios y argumentos, para humanizar la condición vulnerable de vivir una enfermedad.

2.1 UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

La situación de la deshumanización de las distintas estructuras en las que está inmerso

¹ ANDORNO, Roberto. *Bioética y Dignidad de la Persona*. Madrid: Tecnos, 2012, pp. 35-36.

² GAFO, Javier. *Humanización, en Diez palabras clave en Bioética*. Estella: Verbo Divino, 1993. p. 14. Citado por ALARCOS, Francisco. En *Bioética y Pastoral de la Salud*. Madrid: San Pablo, 2002, pp. 268-9.

el ser humano, afecta su ser como persona humana, su dignidad y su existencialidad; por ello, la antropología considera al ser humano como una persona integral, en cuanto que su vida está en relación con las dimensiones que lo conforman.

2.1.1 La integralidad del ser humano: El ser humano comprendido integralmente como un ser ontológico, histórico, antropológico, cultural, social, espiritual y religioso³ (y en estos contextos creado) es quien define con su lenguaje y significado, a cada una de las categorías, con las cuales él mismo trata de entender los fenómenos y situaciones acontecidas en la realidad de su existencia. Culturalmente el ser humano construye comunidades y sociedades, y en ellas, sus acciones van acompañadas de un sinnúmero de significados que dan sentido a todo su quehacer. Sus costumbres, creencias y experiencias hacen parte de esa historia existencial que surge de las relaciones con todo aquello que le rodea acompañada de una peculiar cultura, en la cual los acontecimientos, vivencias, situación, etc., configuran ciertas realidades y sucesos como: nacimiento, muerte; fracasos, logros; tragedia, esperanza; enfermedad, dolor y sufrimiento; felicidad y bienestar. En la experiencia de vivir estos sucesos, el ser humano trata de encontrar respuestas a grandes interrogantes como: ¿de dónde surge? ¿Por qué existe? ¿Por qué la vida lleva consigo en muchos momentos dolor, sufrimiento, y al final de todo

acaba con la muerte? De igual manera, se interroga sobre el sentido de su realidad existencial y trascendente; por qué paradójicamente, su existencia oscila entre la vida y la muerte, y su vida entre la salud y la enfermedad.

El sentido de la integralidad del ser humano, lo reconoce, desde su existencialidad, como poseedor de una dignidad humana. De ahí que, toda amenaza a la vida, a la integralidad, y a la dignidad de la persona humana, recae en el hecho de comprometer el sentido de su existencia, y con ello, el de su humanización. Hoy el sentido y el significado de la existencia, de la vida, de la dignidad humana y de lo humano, se ve vacilante en medio de tantos argumentos científicos y relativismos sociales, culturales y morales, donde la verdad se justifica desde las pretensiones subjetivas y, por tanto, carecen de objetividad y validez universal.

2.1.2 Existencia y dignidad humana: La reflexión bioética junto a los diferentes reales e intereses por defender la vida, y la dignidad de las personas, resignifica también el sentido de la existencia humana, y reconoce el valor inmensurable de su humanización. Las nuevas concepciones antropológicas que estructuran al ser humano, configuran distintas maneras de ver el mundo, y permiten vivir el sentido más humano de sus propios beneficios.

La bioética permite una comprensión antropológica para tener una visión del ser humano integral y armónica, da instrumentos para que cuestione su existencia, qué hace de sí mismo, y no solo qué hace la naturaleza, la cultura, la sociedad y la ciencia con él; para una comprensión e importancia del sentido de su dignidad humana, la cual, como exigencia intrínseca, requiere de la interdisciplinariedad. La bioética vincula los referentes que produce la experiencia existencial de vivir y sentirse vulnerable ante interrogantes carentes de respuestas con-

³ Según Brusco «La espiritual se expresa en todas las personas, incluso en las que no tienen un determinado credo religioso. La religiosa es el resultado de una relación particular con un ser trascendente: Dios, relación que tiene que ver tanto con la pregunta sobre el significado como con la escala de valores». BRUSCO, Angelo. *Vulnerabilidad personal y servicio a los enfermos*. En Humanización en Salud. Bogotá: San Pablo, 2003, p. 137. En cuanto a la espiritualidad, Torralba, siguiendo a Gardner, quien identificó ocho formas de inteligencia en el ser humano, desarrolla lo que él denomina «la inteligencia espiritual». Esta perspectiva hace referencia a la búsqueda de sentido de la existencia. «La inteligencia espiritual faculta al ser humano para el análisis valorativo de la propia existencia y de los ideales y horizontes de sentido de la misma». TORRALBA, Francesc. *Inteligencia espiritual*. Barcelona: Plataforma Editorial, 2010, p. 14.

cretas, sólidas y únicas para el ser humano, como el sin sentido de la existencia, el porqué del sufrimiento, y por qué el ser humano es finito y está encaminado hacia la muerte. Por ello, él, al configurarse como un ser integral, y vulnerado por la enfermedad, desde la bioética, recibe también unas posibles respuestas, que le permite generar disposiciones esperanzadoras de sentido ante las situaciones existenciales particulares y colectivas. Tomar actitudes en beneficio de la misma persona, de cara a sus conflictos e interrogantes en cuanto a su existencialidad, al sentido de su vida, al respeto por su humanidad y su dignidad, es contrarrestar todo aquello que vulnera sus principios, sus valores, su respeto, su autonomía, su justicia y sus derechos que de por sí son inalienables.

Hoy muchas circunstancias irrumpen en la existencia del ser humano y lo hacen más vulnerable; vive la frustración, la experiencia de lo negativo y del vacío existencial, el dolor, el sufrimiento, la muerte, y otras situaciones y experiencias que hacen que se pregunte por el verdadero sentido que tiene la existencia. Como ser racional, capaz de conocimiento configura su intencionalidad en su propia conciencia de individualidad, para luego tomar conciencia colectiva de ser también en relación con los otros, «atisbamos una primera certeza sobre el hombre, a saber, que el sujeto (*ego*, persona) halla al encontrarse con los otros no sólo la certeza sobre sí misma como sujeto originario, sino también un rasgo fundamental del ser humano. Ser con los demás y para los demás pertenece al núcleo de la existencia humana: la relación con otros sujetos constituye y forma parte de la definición del hombre»⁴.

2.1.3 Salud-enfermedad: En este contexto antropológico, encontrar sentido a la existencia, salvaguardar la vida, el bienestar y la dignidad,

aparece la enfermedad como una realidad y situación que hace al ser humano más vulnerable. El ser humano al vivir la experiencia de la enfermedad, se refugia en todo aquello que, cree tal vez, le proporcione su recuperación; confía en la ciencia médica y en los conocimientos del médico que, en cuanto profesional, puede devolverle la salud, su bienestar, mejorarla un poco, calmar su dolor o acompañar en su buen morir. Actualmente, se define a la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»⁵, también se la debe comprender como:

Un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, individuales o grupales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancia de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no, dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción)⁶.

De lo anterior se puede rescatar, que si el ser humano no es solo cuerpo, entonces la enfermedad no solo le afecta su parte física, y la salud no es solo ausencia de malestares físicos; si el ser humano no es solo un ser racional, por lo tanto, también es espiritual en cuanto busca el sentido a su existencia, y construye su proyecto de vida, entonces la salud no es solo estar libre de problemas físicos, corporales, psíquicos o mentales. En cuanto a la parte física, que siempre se la ha significado con el cuerpo,

⁴ GEVAERT, Joseph. *El problema del hombre. Introducción a la antropología filosófica*. Salamanca: Sígueme, 2008, pp. 43-44.

⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Conferencia Internacional de Salud de 1946*. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de febrero de 2012]. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>

⁶ FEITO, Lydia. «La definición de la salud». En *Diálogo Filosófico* 34 (1996) 64. Citado por ALARCOS. *Op. cit.*, pp. 180-1.



el dato más originario que alcanza a percibir el ser humano de sí mismo es su realidad corporal. Las acciones más cotidianas y rutinarias que cada persona realiza aluden a esa realidad.

El ser humano es cuerpo, «es el instrumento que nos relaciona con la realidad externa y con nuestros semejantes; también revela, aunque de forma incompleta, quiénes somos y cuáles son nuestros aspectos característicos»⁷. De esta manera, superar una visión reduccionista de la consideración del ser humano, exige superar un pensamiento reducido sobre la salud. No es banal la búsqueda de su significado y concepto adecuado, porque un planteamiento cerrado de ella implicaría un corto grado de criticidad sobre la forma como, por ejemplo, son atendidas las personas enfermas.

La salud (*salus, -ūtis*), puede ser entendida como «un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión)»⁸. Anteriormente, se afirmó que la salud es un estado, pero más que un estado es un proceso:

Se puede decir que la salud, más que un estado, es un proceso, proceso salud-enfermedad, determinado histórica y socialmente, pues los factores sociales, económicos e históricos no son algo externo o anexo a este proceso; más bien son sus constituyentes y determinantes. Así, la salud es el resultado de un proceso de experiencia vivida por las personas en medio de una compleja tela de relaciones sociales que influye his-

tóricamente según lógicas específicas y distintas en las diferentes sociedades y grupos, aunque con rasgos que son universales, amalgamado por incoherencias, contradicciones, armonía, desarmonía, equilibrio, desequilibrio, incertidumbre, permanencia, transitoriedad, novedades, encuentros y desencuentros⁹.

Se dice también que «el concepto de salud es dependiente de una concepción del hombre, que no es nunca puramente científica, que necesariamente tiene aspectos ideológicos. Este modelo global del hombre, en parte científico y en parte ideológico, es un modelo que puede aplicarse una comunidad a sí misma, pero que no se puede imponer a nadie desde el punto de vista de la ciencia»¹⁰.

Al parecer, la enfermedad, -realidad que acontece en los seres vivos, pero que el ser humano la padece como dolor y sufrimiento, es decir se siente enfermo, (*in - firmus*, sin firmeza física y moral)-, como muchas otras situaciones que sobrevienen en él, también se muestran incomprensibles, cuestionadoras de sentido, llenas de incertidumbre y ansiedad; generadora de cambios biológicos y desarmonía físico-psíquica, dolor y desorden metabólico que la hacen ver como negativa y matriz de muchos interrogantes.

2.1.4 La realidad corporal: Vista La enfermedad vista, según Martínez¹¹, como una situación que quebranta la corporeidad, la condición física, la salud y el bienestar de la existencia,

⁷ BRUSCO, Ángel. *Vulnerabilidad personal y servicio a los enfermos*. En *Humanización en Salud*. Bogotá: San Pablo, 2003, p. 134.

⁸ WIKIPEDIA. «Salud». [En línea]. [Fecha de consulta 2 de febrero de 2012]. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>

⁹ ZOBOLI, Elma. «Salud Integral». En TEALDI, Juan Carlos. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Unesco- Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética-Universidad Nacional de Colombia, 2008, pp.565-6.

¹⁰ GOL, G. Jordi. «La salud». En *Humanización en Salud*. Bogotá: San Pablo, 2003, p. 27.

¹¹ MARTÍNEZ, Victor. *Reconciliación, Unción y Eucaristía Sacramentos de Curación*. En *Diplomado en Pastoral de la Salud, módulo 2 y 3*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2008, p. 111.

y como peligro inminente que encamina hacia la muerte, lleva a quien padece alguna enfermedad a cuestionar irrestrictamente el sentido de su existencia, vida y destino. El ser humano es un ser corpóreo, situado y orientado en un espacio-tiempo-lugar; es en relación con los otros, y, según Gevaert¹², la única manera de comunicarse es mediante su cuerpo, este es el medio con el cual se puede relacionar. Ludwig¹³ afirmará que el cuerpo humano está en relación a su existencia. El cuerpo del ser humano desde su realidad óntica -ente-ser-, viene siendo su expresión exterior; el cuerpo es simbólicamente la mediación entre lo interno y lo exterior. La corporeidad del ser humano, en la medida que se ve afectada por las diferentes situaciones, como el de la enfermedad, pierde su rol relacional y comunicativo y se ve replegado a la soledad.

En relación con el cuerpo, sentirlo y estar en armonía con él, es percibir la finitud y el camino a la muerte que carga sobre sí cada ser humano. Heidegger¹⁴, con su pensamiento posibilitó la génesis de una reflexión en torno a la existencia, al dolor, al sufrimiento y a la muerte. En su reflexión asume que el ser humano además de ser un ente arrojado al mundo, es un ser para la muerte. El hombre lucha infatigablemente, en cada momento de su existencia, por retardar su deceso, la nulidad de su ser, o sea, la nada. El «carácter de ser» fundamental en la existencia humana, o lo que también llamará «*Dasein*», «el-ser-ahí»¹⁵ y se le atribuirá la existencia como de-

terminación del ser solamente al *Dasein*, y la esencia del *Dasein*, para Heidegger¹⁶, consiste en su existencia como maneras de ser posibles para el ente, y no como propiedades que simplemente esta «ahí» de un ente que esta «ahí», como tal o cual aspecto. El «ser ahí», es el que da la posibilidad de experimentar la finitud, y esa experiencia es la que permite al ser trascender y ser auténtico.

Vivir una enfermedad comprende experimentar fragilidad y contingencia, entendida esta como ese algo o una cosa que puede o no suceder; ese algo que sucede en la existencia humana. La situación de enfermedad inclina y somete a experimentar la realidad dramática de la impotencia, reducción, disminución, entre otros aspectos vitales para el ser humano. Por consiguiente toda la existencia, con sus valores, principios, justicia, libertad, autonomía, calidad de vida y dignidad se hace vulnerable y dependiente. «¿Cómo dar cuenta entonces que estar enfermo significa para el ser humano vivir una vida diferente incluso en el plano meramente biológico, otra forma de andar en la vida, donde el síntoma o la enfermedad se inserta en la totalidad del individuo?»¹⁷. Todo este proceso conlleva una crisis de identidad, en la que le falta sus referentes propios; a una incomunicación corporal, por la falta de comprensión de su propio lenguaje; a una limitada relación, pues, ya no es normal ni con sus familiares, amigos y demás cercanos, para enfrentarse a un lenguaje desconocido y nuevo de quienes le proporcionan una de tantas explicaciones del porqué de su enfermedad. Ante todas estas circunstancias, el ser humano puede

¹² GEVAERT. *Op. cit.*, p. 63.

¹³ LUDWIG M., Gerhard. *Dogmática. Teoría y práctica de la teología*. Barcelona: Herder, 2009, p. 665.

¹⁴ HEIDEGGER, Martín. *Introducción a la Metafísica*. Barcelona: Gedisa, 2001, pp. 74-89.

¹⁵ GRONDIN, Jean. *¿Qué es la hermenéutica?* Barcelona: Herder, 2008, p. 47.

¹⁶ HEIDEGGER, Martin. *Ser y tiempo*. Madrid: Trotta, 2003, pp. 67ss.

¹⁷ BUSTOS, Reinaldo. «Lo Normal y lo Patológico». En *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética-Universidad Nacional de Colombia, 2008, p. 561.



preguntarse: «¿Quiénes son realmente los demás, por qué no me comprenden o por qué se alejan ante mi enfermedad?»¹⁸.

2.1.5 El efecto de la vulnerabilidad: El ser humano situado en distintas situaciones sensibles a afectar su vida, su ser como persona y con ella su dignidad, enfrenta su propia condición de vulnerabilidad, y reclaman una comprensión más humana desde el sentido de su existencialidad. «Existe una fragilidad propia de la condición humana. En tal sentido todos somos vulnerables, aunque sólo sea por el hecho de que estemos expuestos a enfermedades y de que, sin duda, todos vamos a morir algún día»¹⁹. Igualmente, «existe un sentido de indiferencia ante las situaciones de vulnerabilidad a las cuales todas las personas estamos expuestas»²⁰. De ahí que, «la vulnerabilidad, inherente a la existencia humana reclama la solidaridad y el cuidado por parte de los individuos y de la sociedad en su conjunto»²¹, por ello, «la vulnerabilidad entendida como un riesgo al que se puede estar expuesto, y puede producir, o no, un daño, es una situación compleja»²², que adolece mucho más con la indiferencia y el no respeto por la persona vulnerada por cualquier situación.

«Esta indiferencia, dependiendo de qué es lo que nos expone y a qué situación nos expone, nos hace en proporción más vulnerables»²³. «Esta vulnerabilidad que aflige negativamente

a las personas como riesgo, como amenaza, como sufrimiento, hace parte también de la condición humana»²⁴ y, por tanto, condiciona lo humano, tener calidad de vida y el vivir dignamente.

Cuando la dignidad está en juego, enfrenta a las personas a un sentido profundo de vulnerabilidad que genera «la ausencia de refugio, la imposibilidad de huir o retroceder»²⁵. «Y supone el hecho de estar cercado por la incompreensión de la situación real que afecta ontológicamente la existencia, por ende, lleva a la pérdida de todas las estabildades existenciales, y del polo a tierra que permite anclarse en la historia humana, y lo más difícil de afrontar, que inexplicablemente no se comprende, es la pérdida del vigor de la vida»²⁶. Por lo tanto, «cuando hay que tomar decisiones humanas, aparece la realidad más difícil de afrontar: lo incierto y la incertidumbre de la esperanza que contiene la misma decisión, de manera especial si compromete la vida con la muerte»²⁷. El ser humano lucha por no ser vulnerado ni maltratado en su dignidad como persona humana.

En cuanto a

...la paradoja que el ser humano vive diariamente por la experiencia de la inquietud radical de no alcanzar por sí mismo la plenitud de su existencialidad y dignidad, hace que se formulen preguntas como: ¿Vale la pena vivir? Vivir, ¿por qué y para qué? ¿Qué debo hacer? ¿Qué debo esperar? En su experiencia originaria el hombre vive la propia existen-

¹⁸ MARTÍNEZ. *Op. cit.*, p. 112.

¹⁹ ANDORNO. *Op. cit.*, p. 47.

²⁰ ANDINO, A. Carlos A. *Los lugares teológicos como fuentes de argumentación para considerar al VIH y Sida como un nuevo lugar teológico*. Colección *Studium Theologicum Xaverianum*. Año 5, colección seriada N.º 9 del 2014. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Teología, Unidad de Posgrados. Bogotá: Javegraf, 2014, p. 108.

²¹ ANDORNO. *Op. cit.*, p. 47.

²² ANDINO. *Op. cit.*, p. 108.

²³ *Ibid.*, p. 109.

²⁴ *Ibid.*, p. 109.

²⁵ ALARCOS. *Op. cit.*, p. 81-82. Citado por ANDINO. *Op. cit.*, p. 109.

²⁶ ALARCOS. *Op. cit.*, p. 82. Citado por ANDINO. *Op. cit.*, pp. 109-110.

²⁷ FRANKL, Viktor. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder, 2008, p. 87. Citado por ANDINO. *Op. cit.*, p. 110.

cia como recibida y abierta al porvenir en su ser de nuevas posibilidades, pues, el ser humano no puede experimentarse sino como ya existente. El hombre desde su existencia, situado en el presente, se pregunta por su pasado y su futuro, y por qué es consciente de su final con la muerte. La muerte, aunque implacable en sí misma, impone la cuestión de sentido último de la vida ante la dignidad, y en ella se puede comprender el valor incalculable de la existencia²⁸.

2.1.6 El valor de la dignidad humana: Los presupuestos anteriores planteados, orientan nuestra reflexión a fundamentar y acentuar la importancia de la dignidad de los seres humanos. La dignidad designa lo que es estimado por sí mismo, no como derivado de algo u otro; por ende, la categoría dignidad es un valor que se reconoce en el ser del hombre, como parte de su esencia ontológica y no un valor que se le atribuye o regala; es de carácter interno e insustituible que le corresponde a la persona en razón de esencia de humano. Como comenta Andorno²⁹ el respeto de la dignidad humana, es el principio eminente de la bioética, y su preocupación central es que las prácticas biomédicas estén en armonía con el respeto de la dignidad humana, agregándole también, en armonía con el respeto de la calidad de vida.

La palabra dignidad (*dignitas-dignitatis*), significa calidad de digno (*dignus*), y se traduce por valioso; es el sentimiento que nos hace sentir valiosos y dignos. En este proceso, preguntas como «¿Por qué es digno el ser humano?, ¿dónde radica la raíz de dicha dignidad?, ¿por qué tiene una dignidad absoluta?, ¿por qué es más digno que cualquier otro ser? cobran una dimensión fundamental en las respuestas que se ofrecen a los dilemas éticos que la vida humana

encierra»³⁰. Es necesario tener en cuenta que «la dignidad humana es una cualidad óntica, y axiológica que no admite el más, o el menos. Sin embargo, en su significación práxica, la categoría ética de la dignidad humana tiene una orientación preferencial hacia todos aquellos hombres cuya dignidad humana se encuentra desfigurada»³¹. Es interesante también, en este caso, anotar que: «el reconocimiento de la realidad ontológica de la persona está intrínsecamente ligado a su realización axiológica, esto es la dignidad»³².

Así pues, la dignidad se la define como un atributo o característica que se predica universalmente de la persona indistintamente de sus caracteres físicos y de sus manifestaciones individuales. La dignidad, dice Alarcos³³, no es cuantificable, siempre será algo que se predica del ser. Una realidad que es digna, significa reconocerla como superior a otra, e implica, un trato de respeto. Por lo tanto, el respeto y la dignidad son conceptos mutuamente correlacionados que se aplican al valor de la persona humana, no a sus acciones y actos o a lo que por existencia y vulnerabilidad el hombre está expuesto. Vidal³⁴ dice que el paso de lo óntico o pre-moral a lo moral en la realidad unitaria del ser humano, se hace mediante la expresión dignidad/grandeza humana. Así, dice Vidal³⁵, la persona participa de una dignidad singular, expresada en una doble vertiente: a) subjetiva, de responsabilidad ante al mundo y la historia, el hombre ha de humanizar la tierra (ética de

²⁸ ALARCOS. *Op. cit.*, 85. Citado por ANDINO. *Op. cit.*, p. 110.

²⁹ ANDORNO. *Op. cit.*, pp. 35-36.

³⁰ ALARCOS. *Op. cit.*, p. 59.

³¹ VIDAL, Marciano. «Valor Absoluto de la persona». En *Communio* (abril-mayo de 1982). Citado por ALARCOS. *Op. cit.*, p. 60.

³² GOMÉZ, G. Rocío. *La dignidad humana en el proceso salud-enfermedad*. Bogotá: Universidad del Rosario, 2008, p. 37.

³³ ALARCOS. *Op. cit.*, pp. 60-61.

³⁴ VIDAL, Marciano. *Moral de Actitudes. Moral de la Persona y Bioética Teológica*. Madrid: Covarrubias, 1991, p. 109.

³⁵ *Ibid.*, p. 152.



responsabilidad) y ha de construir una historia solidaria (ética de solidaridad); b) objetiva, es decir, afirmación del valor absoluto del ser humano como persona, nunca mediatizable a otra realidad y al que todo está subordinado.

2.2 HUMANIZAR LA SALUD, DIGNIFICA A LA PERSONA HUMANA

La situación actual de la deshumanización de los servicios asistenciales en la salud, es un tema de interés que ha motivado la investigación para la organización de programas y políticas estratégicas de cómo hacer más humano este servicio al enfermo. En este sentido, el respeto, un sentir más humano y una actitud de hospitalidad más acogedora, es la práctica que hoy se exige en los servicios de la salud. Cuando se trata de asistir a la persona enferma que, siendo vulnerable ante la enfermedad, también sufre el dolor del rechazo, la indiferencia y la violación de sus derechos que afectan su dignidad humana, su bienestar, su calidad de vida y su existencia. La persona humana siempre estará en búsqueda de su sentido existencial, y hoy se desea vivir la existencia de un modo auténticamente humano.

Hasta este punto, cabe hacer notar que, cuando se habla de la «dignidad de la persona humana» y su «calidad de vida», se hace referencia a la importancia que las mismas categorías encierran en su significado de lo humano. Aunque en el uso de las categorías «hablar de dignidad humana suena a pleonismo, pero el fin está en subrayar la importancia de esta realidad»³⁶. La vida de los seres humanos lleva consigo infinitas razones y juicios que la hacen diferente de la vida de los demás seres vivos, a la cual se la denomina vida humana.

Hoy ya no solo se habla de vida humana, para diferenciarla de los otros modos de vida que existe en la naturaleza, sino de calidad de vida humana y digna. «A través de este concepto, se puede apreciar la abismal diferencia que ensalza al hombre sobre los otros seres de la naturaleza, confiriéndole al ser humano un estatuto privilegiado»³⁷. Del mismo modo, cuando se habla de la «calidad de vida»³⁸, se hace referencia a la importancia que encierra en la perspectiva de la existencia, de manera que, como afirma Maldonado³⁹, la calidad de vida significa lo mismo que las posibilidades de la calidad de la existencia de los seres humanos, que en cuanto en las situaciones específicas en que existen y se esfuerzan por existir, buscan la realización y sentido de su existencia; así, la calidad de vida no es más que la representación intrínseca de la existencia. El respeto por la dignidad y calidad de vida del ser humano, inicia en todo aquello que permita encontrar sentido para la realización de su propia existencia.

Hoy se individualiza más al ser humano, se lo fragmenta y se lo abandona a las circunstancias de los nuevos avances científicos, técnicos y biomédicos, con ellas se repliega su autonomía, su libertad, sus derechos, su dignidad. En este contexto ha de considerarse la afirmación siguiente:

³⁷ *Ibid.*, p. 37.

³⁸ La calidad de vida se evalúa analizando cinco áreas diferentes. Bienestar físico (con conceptos como salud, seguridad física), bienestar material (haciendo alusión a ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.), bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), desarrollo (productividad, contribución, educación) y bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad). WIKIPEDIA. Calidad de vida. [En línea]. [Fecha de consulta 4 de noviembre de 2014]. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida

³⁹ MALDONADO, Carlos. «Fundamentos para la comprensión del problema de la calidad de vida. Mundo, posibilidad y apertura». En *Bioética. La calidad de vida en el siglo XXI*. Bogotá: Universidad El Bosque, 2000, pp. 54-55.

³⁶ GOMÉZ. *Op. cit.*, p. 37.

Coincidiendo con el enorme aumento de los conocimientos científicos y tecnológicos, se plantea un difuso interrogante sobre el significado humano de esta gigantesca empresa cultural. Hoy ya no se puede seguir soñando con que el programa científico pueda conseguir casi automáticamente una vida mejor o que la creación de nuevas estructuras sociales pueda proporcionar la clave última y definitiva para superar las miserias humanas [...] Un mundo dominado exclusivamente por la ciencia y la tecnología podría incluso ser inhabitable no sólo desde una perspectiva biológica, sino sobre todo desde el punto de vista espiritual y cultural⁴⁰.

Humanizar los servicios asistenciales en el campo de la salud, es al mismo tiempo dignificar a la persona humana en su estado de enfermedad. Y su humanización un resultado de la puesta en acción, en primer lugar, de la reflexión ética y bioética, que trata y exige la relación de las ciencias con el humanismo, y en segundo lugar, desde el ejercicio administrativo y hospitalario, teniendo en cuenta que, toda acción y decisión recae en el funcionamiento de las instituciones prestadoras de los servicios de salud. En las instituciones, hoy, la humanización debe hacer parte de la misión, visión y objetivos generales, de las políticas administrativas, estratégicas, transversales, de sus códigos de buen gobierno, y sobre todo de los comités éticos y bioéticos. Todos estos procesos deben permitir un adecuado servicio para cuidar y velar que la asistencia a los enfermos sea con prontitud y respeto, hacer todo lo posible y necesario para la mejoría de la salud. Todo este modelo de humanización debe tener al enfermo como su centro, y cumplir con un derecho asistencial que, para que sea práctico y viable,

como escribe Redrado⁴¹ se necesita de una organización, de recursos económicos distribuidos equitativamente, y de un personal con una profunda vocación de servicio, formado y preparado en sus saberes, capaz de ofrecer al enfermo, desde el ejercicio de su profesión y su sentido humano, unos medios técnicos y necesarios para su pronta recuperación. Ese mismo servicio asistencial debe llevar una atención integral: conocer las necesidades reales de la persona enferma, implica conocer también su biografía, sus afanes, sus preocupaciones, sus angustias, etc. Esto hace que la asistencia se humanice y se dignifique.

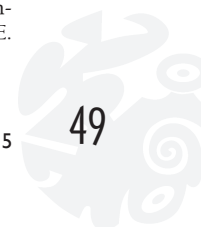
2.2.1 El contraste de la humanización: En esta época de acelerados avances científicos, la biomedicina abre caminos de esperanza para lograr con los nuevos tratamientos y procedimientos la cura de muchas enfermedades. Con respecto a las enfermedades, dicen Homedes y Ugalde⁴², si hoy son puntos de referencia y protagonistas de los sistemas de salud, en la historia, ellas se convirtieron en puntos de referencias aun acosta del sufrimiento, vulnerabilidad y muerte de las personas, como positivas, ya que permitió desde la experimentación de procesos, descubrir formas de cómo controlarlas y curarlas. Según Reveiz, Urrutia y Cardona⁴³, en la actualidad, amparados por muchas normas y reglamentaciones internacionales y nacionales, que exigen el respeto por la dignidad humana y los derechos de los involucrados, en las investigaciones se han utilizado todo tipo de estrategias para encontrar tratamientos innovadores para las enfermedades que afligen

⁴⁰ GEVAERT. *Op. cit.*, pp. 11-12.

⁴¹ REDRADO, José. «Derecho del hombre a la salud». En *Humanización en Salud*. Bogotá: San Pablo, 2003, p. 18.

⁴² HOMEDES, Nuria y UGALDE, Antonio. «Un estudio crítico de los principios éticos internacionales». En *Ética y ensayos clínicos en América Latina*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2012, p. 13.

⁴³ REVEIZ, Ludovic; URRUTÍA, Gerard y CARDONA, A. Felipe. «El registro prospectivo y el reporte de los resultados de los ensayos clínicos: una obligación ética». En HOMEDES y UGALDE. *Op. cit.*, p. 113.



a la población. De esta manera, dice Brusco⁴⁴, la ciencia, la tecnología y la biomédica puestas al servicio de los procesos, diagnósticos y tratamientos (curativos o paliativos), superan la vulnerabilidad y fragilidad humana, aunque muchos consideran a la tecnología médica como la causa principal de la deshumanización de los servicios de la salud, pero sí la deshumanización se refleja cuando se produce invasión absoluta de la tecnología, despersonalización en su uso, y olvido del enfermo como persona humana y digna. Así, el servicio de la salud en la mayoría de los centros hospitalarios se caracteriza por un alto grado de deshumanización, y es común percibir actitudes que afectan el bienestar del enfermo y que no reconocen, que por su estado de vulnerabilidad, la dignidad del ser humano se pierde. Al respecto ha de considerarse lo relacionado con la insatisfacción que sienten los enfermos al momento de acudir por un servicio de salud:

La insatisfacción con la medicina generalmente se formula en lenguaje moral. Las personas manifiestan que son tratadas injustamente, que sus derechos son ignorados, que pierden su dignidad en el hospital. Los pacientes tienen ideas acerca de lo que está bien o está mal en la medicina, y con frecuencia éstas no coinciden con lo que los médicos profesionales consideran sus deberes y obligaciones [...] La brecha que separa a los pacientes de sus médicos, se ha convertido en una brecha ética. Los problemas más graves de la medicina contemporánea tienen relación con lo que tradicionalmente se ha llamado relación médico-paciente⁴⁵.

Estas situaciones son tal vez la mayor fuente de lo inhumano. Es por ello que, al referir a la bioética como una disciplina que ofrece elementos para humanizar la salud, proteger y defender la dignidad de la persona humana, en su estado de enfermedad, y por ello, todo cuanto se haga para favorecer la realización de la persona humana desde su realidad existencial, su bienestar, su dignidad y su calidad de vida, siempre será referencia de lo humano, y la humanización será el resultado de la acción de humanizar. Por eso es acertado considerar que con «la humanización de las instituciones de la salud se propone defender los valores esenciales de la persona humana y favorecer la calidad de vida de los que allí trabaja o buscan salud»⁴⁶, y que mejor recurrir a la bioética, no como la única disciplina, pero sí como aquella que ofrece argumentos, desde la aplicación de sus principios para logara tal fin.

Con lo anterior, para contrarrestar algunos de aquellos retos para la humanización de los servicios asistenciales en el campo de la salud, se han formulado unos derechos que se deben reconocer a los enfermos. Pero, inexplicablemente, el mismo derecho a la salud, es negado, y limitado; a ente ello «el derecho primario a la salud reconocido por todos los países, en América Latina parece ser violado de manera sistemática y continua. Sólo una minoría tiene acceso a los servicios básicos y a los que no están en condiciones de aportar económicamente se llega hasta negarles la asistencia»⁴⁷.

Por otro lado, según Gafo⁴⁸, el derecho a la salud tendría que aclararse para comprender sus políticas, ya que se exige como derecho

⁴⁴ BRUSCO, Ángelo. «La humanización en el mundo de la salud». En *Humanización en Salud*. Bogotá: San Pablo, 2003, p. 99.

⁴⁵ DRANE, F. James. *Medicina Humana*. Bogotá: San Pablo, 2006, p. 15.

⁴⁶ BRUSCO, Ángelo. *La humanización en el mundo de la salud*. *Op. cit.*, p. 96.

⁴⁷ *Ibid.*, pp. 98-99.

⁴⁸ GAFO, Javier. *Bioética teológica*. Madrid: Descelee de Brouwer, 2003, pp. 142-143.

a la salud, o a la asistencia sanitaria. En este caso, la salud y la enfermedad son situaciones inherentes al ser humano por su condición de vulnerabilidad, y dependen de su propio cuidado, pero lo que sí obliga al Estado es a cuidar la salud para que no quede afectada por cualquier razón o motivo en las que el Estado mismo puede intervenir con nuevas políticas, y brindar prevención, como en el caso de contaminaciones ambientales, riesgos de contagios por epidemias, o pandemias, entre otras situaciones; y obliga en un mayor nivel de compromiso y responsabilidad, en la pronta asistencia en el momento que el ser humano pierde su salud, y es afectado por cualquier clase de enfermedad. Por consiguiente, tener salud o vivir un estado de vulnerabilidad por la enfermedad, significa exigir respeto por la dignidad humana y oponerse a toda circunstancia que deshumaniza, como la negación del derecho a una pronta asistencia. Puntual es recalcar que «la dignidad de la persona constituye el fundamento de los derechos humanos»⁴⁹.

Así pues, el sentido humano será visto como el fruto de la puesta en marcha de las exigencias que desde la ética y la bioética prescriben hoy para el buen manejo, tanto en la administración de las instituciones, como la prestación de su servicio asistencial, y desde el sentido de la acogida al enfermo que exige la humanización a la hora de atenderlo y respetar todos sus derechos, entre ellos «una atención oportuna y adecuada; ser acogidos como personas, dignos de ser asistidos en todas sus dimensiones y necesidades prioritarias, tratados con aprecio y cariño»⁵⁰, entre muchos otros.

Inhumano, es entonces, todo aquello que atente contra los derechos, los principios, la libertad,

las creencias, la experiencia espiritual y la dignidad de las personas. Inhumano serán todos aquellos procesos que van en contra de su calidad de vida y su bienestar, las exageraciones en los procesos e intervenciones quirúrgicas, cuando los cuidados no se suministran a todos los niveles requeridos, el maltrato por parte del personal asistencial, el incumplimiento de lo que prescriben las mismas leyes para la buena atención y prestación del servicio asistencial de la salud como un derecho, los abusos que se producen por la misma medicina, la tecnología, y los medios terapéuticos e intervenciones, investigaciones y la no puesta en práctica de los principios de la ética y la bioética a la hora de asistir a los enfermos, o la misma arbitrariedad, en que los consensos, no son sino simples soluciones casuísticas a los dilemas bioéticos.

2.2.2 Humanizar las instituciones: Algunas acciones y decisiones que se toman desde la administración en relación con los servicios asistenciales, se exigen desde su ámbito ético y bioético. Las instituciones pretenden que la humanización de la asistencia de los servicios en el campo de la salud, sea también un tema asumido con la responsabilidad ética administrativa; de ahí que, aparezca una política interna de atención humanizada al personal, tanto interno como externo, para regular la calidad y calidez de la atención y el servicio.

Si la humanización pretende que los centros hospitalarios brinden calidad y calidez en sus servicios y respeten en su totalidad los derechos del enfermo, y el de sus colaboradores, entonces tiene una relación con la responsabilidad ética administrativa, porque pretende aplicar una ética a las decisiones y acciones administrativas, sabiendo que, resultarán positiva o negativamente infiriendo en el desarrollo de las actividades que la institución realiza. Así, para humanizar la administración demanda ser éticamente responsable en la toma

⁴⁹ GOMÉZ. *Op. cit.*, p. 37.

⁵⁰ BRUSCO, Ángelo. *La humanización en el mundo de la salud. Op. cit.*, p. 96.

de decisiones y acciones. Por supuesto, los administradores no ponen en riesgo el buen funcionamiento de las instituciones a su cargo. Por dichas razones, humanizar una institución prestadora del servicio asistencial, y calificarla como éticamente responsable, implica velar y cuidar porque cada decisión y acción respete la dignidad, la calidad de vida y el bienestar de todos sus colaboradores y la de los enfermos, para no ser vulnerados por el incumplimiento de satisfacer sus necesidades.

La humanización en el servicio de la salud, dice Asenjo⁵¹, no se reduce simplemente al buen tratamiento, a las buenas actitudes y las relaciones respetuosas que debe recibir el enfermo en la institución sanitaria en la cual se encuentra, sino que debe integrar también el manejo honesto y pulcro que sus administradores realizan en el ámbito económico, en la gerencia del talento humano, en la remuneración del personal, en las jornadas de trabajo, en la calidad de las instalaciones. La humanización entonces se convierte en un medio para transformar en todos sus frentes el «ser y el hacer» de las obras hospitalarias. En cuanto a la calidad de ser y hacer de las instituciones, consiste en una disposición a la escucha, al respeto, a la valoración del otro. Se trata de satisfacer y mejorar la salud de las personas enfermas y de los colaboradores del servicio asistencial, en todas sus necesidades y aspiraciones profundas; así se dará el paso a la calidad de vida de las personas, y en la que, desde la humanización, se debe entenderla como un proceso dinámico e interactivo en el que hay que considerar tres dimensiones fundamentales como dice Brusco⁵²: la persona enferma y su entorno; los colaboradores y agentes asis-

tenciales de la salud; y los aspectos organizativos, administrativos y estructurales.

Es necesario reconocer también el tiempo y dedicación de muchos profesionales de la salud que actúan y prestan sus servicios desde su profesión y convicción de su vocación. Pero el compromiso filantrópico, no es suficiente, ante tantas actitudes poco humanas de muchos otros profesionales que por su falta de formación, servicio, sentido humano, compromiso ético-bioético, y por estar inmersos en el cumplimiento de las exigencias de un «sistema de salud», hacen de la asistencia a los enfermos un momento difícil, triste, crítico, angustiante y aún más doloroso. No son nuevas las voces de crítica sobre la formación humana que recibe el personal de salud, que sumada a diversos factores, originan un modelo asistencial distante y fragmentario.

En Colombia, este panorama se ensombrece cada vez más, porque el sistema convirtió a la salud en un «negocio», y a los enfermos en «clientes», aun así, no son satisfechos, pues una empresa siempre lucha por satisfacer todas las necesidades de sus clientes. De igual manera, se desmejoran las condiciones y calidad de vida y trabajo del recurso humano asistencial; el derecho a la asistencia se convirtió en un laberinto caudal de trámites y requisitos exigidos, e insatisfechos, debido a la precariedad de los servicios. Existen tantos problemas en el manejo de la salud, dice Asenjo⁵³, que los derechos de petición y la tutela, un mecanismo de protección de los derechos individuales creado por la Constitución de 1991, se han constituido en el gran medio de ayuda para los colombianos que al ver afectado su derecho a la salud y a una correcta y oportuna atención médica, recurren a ella como exigencia, pero ni esto, es todavía suficiente.

⁵¹ ASENJO, Sebastián. «Los derechos del enfermo y la organización hospitalaria». En *Derechos del Enfermo*. Bogotá: Selare, 1982, pp. 19-24.

⁵² BRUSCO, Ángelo. *La humanización en el mundo de la salud*. *Op. cit.*, pp. 96-97.

⁵³ ASENJO. *Op. cit.*, pp. 19-24.

2.3 UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA DE LA HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN LA SALUD

La bioética es un puente entre la salud y su humanización, es una disciplina que proporciona los instrumentos suficientes para argumentar nuevas perspectivas de cómo abordar la dignidad humana y la calidad de vida de las personas enfermas. En el mismo grado de importancia, la bioética reclama y promueve un proceso de conocimiento y formación, para posibilitar cambios, para tener actitudes más humanas y unos comportamientos más positivos, para mejorar la asistencia como derecho de los enfermos. Por ello, conocer el surgimiento de la bioética como una nueva disciplina que nace en el campo técnico, científico, biomédico, es más que necesario; y que después de más de tres décadas, hoy se aplica a varios escenarios, en los cuales, con sus principios y argumentos no tiene otra finalidad sino la de salvaguardar la dignidad de la persona humana, sobre todo cuando está en situaciones de vulnerabilidad.

Humanizar es un verbo activo y transitivo que significa «hacer humano», ayudar a los demás a ser humanos, ayudarles a realizar sus propios objetivos. Desde esta óptica, la enfermedad y su proceso de cuidado y atención pueden llevarse a cabo. «Humanizar» la salud alcanza su máximo sentido cuando la persona, en su estado de vulnerabilidad dado por la enfermedad, y dada la dificultad intrínseca para vivir humanamente, necesita de una asistencia. Para la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios⁵⁴, el proceso de humanización en su sentido más profundo, es imprescindible que la persona que ayuda y asiste a los enfermos, haya llevado a cabo y vivido también su proceso interior de humanización.

⁵⁴ ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS. *humanizar el proceso de morir. Sobre la ética de la asistencia en el morir*. Madrid: Fundación Juan Ciudad, 2007, p. 16.

Hoy la bioética que concilia y delibera sobre los valores y principios éticos aplicados a las prácticas biomédicas; así desde la reflexión sobre los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, cuida por la dignidad de las personas y la calidad de vida, principalmente la de los enfermos. Según los antecedentes de vivir dignamente, o tener una vida digna, se pone de manifiesto que la vida o existencia no se da sino en las diferentes situaciones de la misma historia humana. Hoy, a todo lo que le resta importancia a la vida del ser humano se le denomina deshumanización y, se comprende entonces, que su vida tampoco puede ser digna; por el contrario, cuando se toma conciencia de la importancia de la vida y del bienestar del paciente, e incluso de su muerte, se lo define como humanización, y con ello, la dignidad es la máxima de respeto.

2.3.1 Una perspectiva ética: La bioética es una nueva forma de reflexionar sobre la ética, porque hablar de ética médica, es hablar de ética humanista, y en la actualidad de bioética. El ser humano es el objeto de ambas y la medicina es la ciencia dedicada a cuidar su bien más valioso: la vida, y de hecho la salud, sin la cual, la existencia conlleva muchas preocupaciones, dolores y sufrimientos. Beneficiarlo siempre, como dice Lozano⁵⁵, no hacerle nunca daño, tratarlo con benevolencia, consideración, respetar sus derechos, solidarizarse con su sufrimiento y con su dolor, esto es profundamente humano.

Los principios de beneficencia y no maleficencia, se encuentran en el Juramento Hipocrático, como beneficio que el médico está obligado a proporcionar a su paciente, y al compromiso de evitar hacerle daño. La máxima latina *primum non nocere* (primero no hacer daño),

⁵⁵ LOZANO, B. Javier. *Teología y Medicina*. Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, Bogotá: Selare, 2000, pp. 113-4.



según Gafo⁵⁶, siempre ha sido el fundamento de la moralidad en el ejercicio médico. De este fin, se derivan las obligaciones de «no matar, el no causar dolor y el de no incapacitar»⁵⁷. Andorno⁵⁸ escribe que, este principio deriva directamente del imperativo de respeto de la vida, que es el bien más básico de la persona, la *conditio sine qua non* (condición sin la cual no) del despliegue de todas sus potencialidades, el primero de sus derechos fundamentales. Ante ello diremos que, el respeto por la vida, es al mismo tiempo su respeto y cumplimiento como derecho; por consiguiente, implica que, si la enfermedad vulnera y pone en riesgo a la persona, la asistencia a la salud es un derecho fundamental que debe ser exigido y cumplido por las políticas de la salud del Estado.

En cuanto al principio de no maleficencia, Alarcos⁵⁹ lo considera como el principio básico de todo sistema moral. Se puede encontrar en el primer principio de orden moral de la tradición medieval: *declinet a malo, et fac bonum* (haz el bien y evita el mal); no obstante, el significado de bien moral puede interpretarse de diferentes maneras, lo cierto es que, se considera que un acto es bueno cuando está encaminado a favorecer lo que naturalmente es conveniente, benevolente y correcto al ser humano. No hay nada más conveniente que, desde el respeto por su dignidad y calidad de vida, en lo posible, obtenga el bienestar de su salud. Por lo tanto, Andorno⁶⁰ manifiesta que, el médico trata y espera curar al paciente, para esto pone todos los medios necesarios, pero si no lo logra, debe,

al menos, hacer lo posible para no causarle un perjuicio mayor.

La medicina se sustenta en el principio de servir en función de la salud, es decir, de propiciar bienestar físico y mental, tratar de curar las enfermedades, aliviar las dolencias y, si es posible, prolongar un poco más la vida de las personas con dignidad y calidad. Esto no se daría si no se tiene todo lo necesario, requerido y dispuesto desde la vocación misma del servicio que exige la profesión, y desde las políticas de Estado, e internas de las instituciones que, según su plan administrativo y gerencial y, por supuesto, desde su ética, cumplen con su responsabilidad. Así, la medicina con todo su servicio asistencial, constituye al enfermo en una persona digna de consideración y respeto. Como dice Orgaz⁶¹ observarlo, entenderlo y tratarlo de la mejor manera, es el verdadero sentido de la palabra humanismo.

Cada vez las reflexiones sobre el tema de la humanización de los servicios asistenciales en el campo de la salud, se ha vuelto un imperativo, y exige más fuerza de comprensión y acción. El concepto humanización de la salud, es toda una filosofía basada en la relación agente de salud-paciente. Así, humanizar es una cuestión ética que tiene que ver con los valores que conducen la conducta en el ámbito de la salud.

Pensar la humanización de la salud siempre llevará un referente ético, en particular, la ética es un tema conveniente, pues aporta principios universales al compromiso de la humanización y responsabilidad de la asistencia en el servicio de la salud; ella orienta y exige, por la valoración de sus actos, en primer lugar, a los agentes de la salud a ofrecer una pronta asistencia, tratando de hacer lo mejor posible por el enfermo: protegiendo su vida, cuidando su

⁵⁶ GAFO, Javier. *10 palabras clave en bioética*. Navarra: Verbo Divino, 1998, pp. 25-26. Citado por GARCÍA, Saúl. En *Formación Profesional en Bioética*. Bogotá: San Pablo, 2008, pp. 75.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 75.

⁵⁸ ANDORNO. *Op. cit.*, p. 39.

⁵⁹ ALARCOS. *Op. cit.*, p. 152.

⁶⁰ ANDORNO. *Op. cit.*, p. 41.

⁶¹ ORGAZ, Jorge. *El humanismo en la formación del médico*. Buenos Aires: Losada, 1977, p. 30.

salud. Y en segundo lugar a los directivos, para que administren con justicia y transparencia las instituciones a su cargo, y busquen siempre un bien común. En relación con la ética empresarial, como acción que afecta el funcionamiento de todo cuanto en las instituciones se realice, es oportuno tener en cuenta lo siguiente:

De aquí que toda acción tenga un componente ético ya que toda acción sirve o daña a quienes reciben sus efectos y, en primer lugar, a quien la realiza. La ética empresarial no queda pues reducida a un instrumento normativo para resolver dilemas y situaciones cuestionables, sino que aparece como una orientación para cualquier acción. [...] Uno de los puntos básicos en la búsqueda de la excelencia humana es reconocer la dignidad de todo ser humano, portador de derechos y de deberes, y abierto al desarrollo propio de quien es una persona. Esto exige respeto y una actitud de servicio y cooperación, que es justamente lo que da lugar a una mejora en la excelencia humana⁶².

Las instituciones asistenciales a partir de los servicios que ofrecen en el campo de la salud, requieren de un proceso de humanización, una aplicación de lo ético y lo bioético.

2.3.2 Una perspectiva bioética: A la ética médica se la define como la disciplina que se ocupa del estudio de las prácticas y de los actos médicos frente a su paciente, con relación a los procedimientos tecnológicos, científicos y biomédicos que se aplican o se asisten a la hora de ocuparse de cuidar la salud de los enfermos. En la actualidad, y desde hace más de 30 años, esas mismas prácticas son un punto central para una reflexión bioética, la cual centra sus esfuerzos con miras a conservar la vida y su

dignidad dentro de la mejor atención y calidad humana posible. El ser humano siempre ha sido considerado como el bien mayor de la naturaleza y, por lo tanto, en la jerarquía de los valores a los cuales tiene derecho, la vida y la salud son los más valiosos, aun con sus contrarios como la muerte y la enfermedad.

En el momento que la tecnología y la ciencia en su afán inquisitivo y transformador se convirtió en amenaza para el ser humano, sobre todo en su condición de enfermedad, surgió la bioética como una nueva reflexión, para ver a la ética médica y científica desde la perspectiva del respeto por la dignidad humana y la calidad de vida de las personas. «La bioética ha sido y es arrastrada por la locomotora de los nuevos avances y su mismo origen hay que plantearlo desde este presupuesto. Es interesante preguntarse el porqué del nacimiento de una nueva disciplina como la bioética, si ya contábamos con disciplinas preexistentes y habituales como la Ética, la Moral, o la Deontología médica. No se trata de una mera moda, sino que responde a algunos cambios importantes operados en los últimos treinta años»⁶³.

Sobre el origen de la bioética dado por los procesos de secularización, por la autonomía de la filosofía, y la reflexión particular de la ética y la moral, «esta no es una ética particular, ni menos una ética profesional; sino un nuevo modo de ver o enfocar los problemas éticos, lo propio de nuestras sociedades en las postrimerías del segundo milenio»⁶⁴. Estudios importantes sobre la medicina occidental muestran los recurrentes problemas a los que se enfrentan los médicos:

⁶² MELÉ, Doménec. *Tres versiones de la ética empresarial. Una nota exploratoria*. pp. 5-6. [En línea]. [Fecha de consulta 4 de noviembre de 2014]. Disponible en <http://www.eticaed.org/10.Mel%C3%A9.pdf>

⁶³ ALARCOS. *Op. cit.*, p. 131.

⁶⁴ GRACIA, Diego. *Problemas éticos en medicina*. En GUARIGLIA, Osvaldo. *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía. Cuestiones morales*. Madrid: Trotta, 1996, pp. 273-4.



El ejercicio de la medicina siempre ha planteado problemas éticos y exigido del médico una elevada calidad moral, como lo demuestra la ininterrumpida serie de documentos deontológicos que jalonan la historia de la medicina occidental, desde sus inicios en la época hipocrática hasta la actualidad (Gracia, 1989b, 25-104). Sin embargo, en ninguna otra época como en la nuestra se han planteado tantos y tan complejos problemas morales a los médicos, y nunca como ahora se ha requerido una adecuada formación ética de los profesionales sanitarios. Esto explica que la literatura sobre ética médica y clínica haya crecido exponencialmente en los últimos años, dando lugar a la elaboración de un amplio cuerpo de doctrina, hoy indispensable en la formación de un buen profesional⁶⁵.

Gracia⁶⁶ determina que hay unas razones que han permitido esos cambios en la ética, la moral y la deontología: en primer lugar, un factor que ha desencadenado una multitud de problemas y conflictos éticos ha sido el enorme progreso de la tecnología sanitaria en los últimos años. En segundo lugar, la ética médica clásica se basó en el principio de que la enfermedad no solo altera el equilibrio somático o corporal del hombre, sino también el psíquico y moral. El dolor transforma de tal modo la capacidad del juicio del ser humano, que le impide tomar decisiones prudentes. Por eso la virtud primaria y casi única del enfermo había de ser la obediencia.

La relación médico-enfermo era por naturaleza asimétrica, vertical, ya que la función del médico consistía en mandar y la del enfermo en obedecer. Y en tercer lugar, el frente de conflictos éticos tiene que ver con el acceso igualitario de

todos los servicios sanitarios, y la distribución equitativa de recursos económicos limitados y escasos. Esta época es la primera de la historia que ha intentado universalizar el acceso de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Las convergencias de estos tres factores han hecho que sea preciso crear una nueva disciplina, que hoy se conoce con el nombre de bioética.

En lo que hasta ahora se conoce de la historia de la bioética, dice Alarcos⁶⁷, que el término bioética (βίος-vida, ηθικός-*ethicus*, *êthos*-ética), fue usado por primera vez en 1970, por el Oncólogo Van Rensselaer Potter en el artículo: *Bioética: la ciencia de la supervivencia*, publicado en la revista de la Universidad de Wisconsin: *Perspectivas en Biología y Medicina*, y en 1971 en su libro *Bioethics: a Bridge to the Future*, (Bioética: Un puente hacia el futuro), para pensar y soñar en un mundo diferente; un mundo en el que se combine el conocimiento biológico con un conocimiento de los sistemas de los valores humanos, “βίος-bios-vida”, representa el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivos y la ética, representa el conocimiento de los valores humanos. Inicialmente se entendía la bioética como «una disciplina que fuese como un puente entre dos culturas, la de las ciencias y la de las humanidades, que aparecían y aún hoy aparecen, como ampliamente distanciadas»⁶⁸.

En relación con el uso del término bioética se «quería afirmar el nacimiento de una nueva disciplina capaz de reconciliar el caminar del conocimiento científico con el humanista»⁶⁹. La bioética está relacionada con la ciencia y la técnica: «... este primer uso del término nos remite a una visión positiva del progreso científico y técnico, al mismo tiempo que subraya

⁶⁵ *Ibid.*, pp. 274-5.

⁶⁶ GRACIA. *Op. cit.*, pp. 275-7. Citado por ALARCOS. *Op. cit.*, pp. 131-5.

⁶⁷ ALARCOS. *Op. cit.*, p. 137.

⁶⁸ POTTER. Citado por ALARCOS. *Op. cit.*, p. 138.

⁶⁹ GARCIA. *Op. cit.*, p. 15.

con coherencia la necesidad de acompañarlo con una reflexión ética que tenga en cuenta, en forma explícita, los valores y la totalidad (la sociedad global y la naturaleza, la biosfera)⁷⁰. La ética y la vida están inmersos en la bioética ya que «su objeto de estudio lo constituyen los problemas éticos planteados por las ciencias de la vida, no sólo por la medicina o por las ciencias de la salud. La bioética médica es la parte de la bioética que intenta poner a punto métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas éticos planteados por las ciencias medicosanitarias»⁷¹. En relación con los procedimientos para el análisis o la resolución de problemas y dilemas éticos es fundamental tener en cuenta que:

1) La bioética médica ha de ser una ética *civil o secular*, no directamente *religiosa*. Hasta hace muy pocos años las éticas médicas tenían carácter directamente confesional y religioso [...] 2) Ha de ser, además, una ética *pluralista*, es decir, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en unidad superior. Este procedimiento, que en el orden político ha dado lugar a los usos democráticos y parlamentarios, tiene su propia especificidad en el ámbito de la ética. Por principio cabe decir que una acción es inmoral cuando no resulta universalizable al conjunto de todos los seres humanos, esto es, cuando el beneficio de algunos se consigue mediante el perjuicio de otros [...] 3) La bioética actual es la de ser *autónoma*, no *heterónoma*. Se llaman heterónomos los sistemas morales en los que las normas vienen impuestas al individuo desde fuera, en tanto que autónomos son los sistemas que parten del carácter autolegisador del ser humano. Las éticas heterónomas son

de muy diversos tipos: naturalistas (el criterio de bondad lo constituye el orden de la naturaleza), sociológicas (el criterio de moralidad se basa en las normas y convenciones propias de cada sociedad), teológicas (los criterios son los presentes en los libros revelados), etc. Las éticas autónomas consideran que el criterio de moralidad no puede ser otro que el propio ser humano. Es la razón humana la que se constituye en norma de moralidad, y por ello mismo en tribunal inapelable: eso es lo que se denomina «conciencia» y «voz de la conciencia». 4) De todo esto se desprende que la ética médica tiene que ser *racional*. Racional no es sinónimo de racionalista. El racionalismo ha sido una interpretación de la racionalidad que ha pervivido durante muchos siglos en la cultura de occidente, pero que hoy resulta por completo inaceptable. La tesis del racionalismo es que la razón puede conocer *a priori* el todo de la realidad, y que por tanto es posible construir un sistema de principios éticos desde el que se deduzcan con precisión matemática todas las consecuencias posibles⁷².

Así, en la década de los 70, con Potter, surge una ética diferente, dado que se ocupa de la relación del hombre con su entorno, es decir, una ética ecológica que, por lo mismo, habría de considerarse interdisciplinaria, pues relaciona tanto las ciencias biológicas como las humanidades. La acción de la bioética es mucho más amplia que la ética médica tradicional. En efecto, esta en procura de favorecer al enfermo, comprometía únicamente al cultor de la disciplina, es decir, al médico. Se movía en un círculo cerrado, impermeable a otras actividades. La bioética, al pensar en los avances y conocimientos científicos, tecnológicos y biomédicos, se involucra en el sentido y valor de la humanidad; rompió el

⁷⁰ HOTTOIS, Gilbert. *¿Qué es la bioética?* Bogotá: VRIN-Universidad El Bosque, 2007, pp. 14-15.

⁷¹ GRACIA. *Problemas éticos en medicina*. Op. cit., pp. 277-8.

⁷² *Ibid.*, pp. 278-9.

cercos de la ciencia médica para dar cabida a las ciencias humanas, y por supuesto resignificó el valor de la dignidad humana.

2.3.3 Los principios de la bioética: Poco después, como escribe Alarcos⁷³, en 1974, comenzaban los trabajos de la National Commission Norteamericana, que tanto ha tenido que ver con el rumbo que poco a poco fue tomando la disciplina de la bioética. Según la investigación de Alarcos, el 12 de Julio de 1974, el Presidente de los Estados Unidos Gerald Rudolph Ford, firmó un proyecto de Ley conocida como la Ley Nacional para la Investigación Científica: esta Ley creaba una comisión encargada de estudiar las cuestiones éticas relativas a la investigación científica en los campos de la biomedicina y de las ciencias de la conducta, Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research).

La creación de la Comisión respondía, al menos en parte, a la conmoción de la opinión pública por la revelación de algunos abusos cometidos por los investigadores en el manejo de los sujetos humanos en sus experimentos. La comisión tenía la misión de revisar la normativa del Gobierno Federal a propósito de la investigación científica, con el fin de proteger los derechos y el bienestar de los sujetos humanos. La tarea asignada a la Comisión no se limitaba a la identificación de los posibles abusos. Los comisionados tenían, además, la misión de formular principios generales que pudiesen guiar la investigación futura en biomedicina y en las ciencias de la conducta⁷⁴.

En 1978, como resultado final del trabajo de cuatro años, los miembros de la Comisión, entre ellos Beauchamp, elaboraron el documento conocido con el nombre de Informe Belmont. En él se identifican claramente tres principios generales, de los cuatro principios que son fundamentales para la bioética: respeto por las personas, beneficencia y equidad. En este desarrollo, un año después, nació la obra de Beauchamp y Childress (primera edición en 1979).

En relación con lo anterior, Alarcos⁷⁵ comenta que el desarrollo del principialismo, que ponen los principios en el centro de la reflexión bioética, según el esquema, 1) teorías éticas, 2) principios, 3) reglas y 4) juicios particulares y acciones, se ha convertido en una fuente para enfocar los problemas bioéticos, pero estos requieren también de una perspectiva moral. Beauchamp y Childress para desarrollar el tema moral en y su relación con los principios de la bioética, siguen la teoría de Ross, quien distingue dos niveles en el razonamiento moral. Como primero, el nivel de los principios primarios que llama deberes de *prima facie* (a primera vista); por ejemplo, «todos sentimos el deber primario de gratitud cuando alguien nos ha beneficiado», un deber *prima facie*, es un deber moral que nos impone a todos; estos deberes no son subjetivos, sino intersubjetivos. Como segundo, según Alarcos⁷⁶, Ross llama el nivel de los *actual duties* (deberes reales), y efectivos, son aquellos que nos obliga en un cierto momento, cuando entran en conflicto varios deberes *prima facie*. Cuando no entran en conflicto, los deberes *prima facie* son moralmente obligatorios, pero cuando entran en conflicto, hay que jerarquizar los principios, ver cuál tiene prioridad y decidir el que se convierta en un deber real.

⁷³ ALARCOS. *Op. cit.*, p. 144.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 144.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 145.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 146.

Beauchamp y Childress, dice Alarcos⁷⁷, en su libro desarrollan cuatro principios *prima facie*, asumidos en el mundo de la bioética, estos son: no maleficencia, no hacer daño al otro; beneficencia, ayudar en ciertas circunstancias; autonomía, respetar la libertad, la conciencia de las personas, sus creencias particulares; y justicia, tratar a todos por igual, con equidad, es un principio básico según el cual toda discriminación se percibe por los seres racionales *a priori* como injusta o inmoral. «Los llamados principios de la bioética no son principios distintos de los de la ética sin más. La voluntad de hacer el bien y de no hacer daño ha sido el principio inspirador de la ética médica desde el Juramento Hipocrático y es, así mismo, la base de cualquier ética aplicada»⁷⁸. Esos cuatro principios de la bioética son una ética de mínimos.

En cuanto al tema de mínimos y de máximos, Roque⁷⁹ define que la ética de mínimos y de máximos, son aquellos que, por el consenso se alcanza una ética de mínimos, que son las normas consensuadas, y por la persuasión, una ética de máximos, que se identifican con los valores y las virtudes morales. En una situación de pluralismo moral se define el mínimo moral que todos necesitan aceptar para que la convivencia social sea posible. Para esa mentalidad, los máximos son supererogatorios (la acción ejecutada más allá de la obligación), que solo una decisión privada y particular asume, pero no pueden ser comportamientos socialmente exigidos. Por ejemplo, se impone el cumplimiento de las exigencias de un contrato firmado o de las obligaciones de un código profesional; sin embargo, no se exige la actitud interna de honestidad, al cumplir el contrato, o de fidelidad en el ejercicio profesional.

⁷⁷ *Ibid.*, p. 146.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 122.

⁷⁹ ROQUE JUNGUES, José. «Consenso y persuasión». En TEALDI. *Op. cit.*, p. 104.

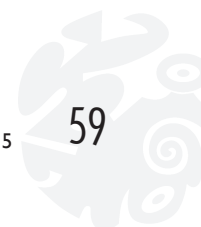
2.3.4 Los comités de bioética: Una de las tareas más importantes que se han desarrollado desde la ética y la bioética, es la creación de comités que ayuden y permitan -con sus procedimientos y lineamientos-, determinaciones, consensos, y decisiones que expresen acuerdos y no pactos estratégicos. Cuando se habla de la ética comunicativa una «ética procedimental no proporciona principios materiales, ni deductiva ni inductivamente hallados, sino los procedimientos a que han de atenerse los afectados para llegar a decidir normas correctas [por lo cual] en este punto, es fundamental la creación y desarrollo de comités éticos hospitalarios»⁸⁰. Estos, serían comités ético-praxiológicos, encargados de producir ética que, a diferencia de los comités jurídico-científicos o deontológico-técnicos (como los que desarrollan Tealdi y Mainetti, en 1990⁸¹), tienen, según Cortina⁸², por misión orientar en cuestiones éticas, y llegar a decisiones que expresen acuerdos y no pactos estratégicos.

Hoy son necesarios los comités de bioética que actualmente se presentan como órganos de orientación y consulta en los delicados problemas que surgen en relación con la manipulación genética, los derechos del paciente, la aplicación de ciertos fármacos y la investigación con seres humanos, entre muchos otros. Particular importancia tienen sus funciones dirigidas a defender la autonomía del paciente y el respeto de sus derechos. Las principales funciones de un comité de ética hospitalaria son el resumen del amplio campo de la bioética, así:

⁸⁰ CORTINA, Adela. «Ética Comunicativa». En CAMPS, Victoria. *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía. Concepciones de Ética*. Madrid: Trotta, 1992, p. 198.

⁸¹ HOSPITAL BARILOCHE. *Los comités hospitalarios de ética*. [En línea]. [Fecha de consulta 13 de octubre de 2014]. Disponible en <http://www.hospitalbariloche.com.ar/ArchivosBIO/A5.pdf>

⁸² CORTINA. *Op. cit.*, p. 198.



- Les compete el examen de pruebas experimentales, médicas o quirúrgicas. El parecer del comité habrá de tener en cuenta todas las condiciones de licitud que permiten la experimentación misma (razones del estudio, proporción riesgos/ventajas, tutela del paciente, consentimiento informado, etc.).
- Los comités tienen una función consultiva (frente al personal sanitario, pacientes, instituciones externas), para expresar su parecer sobre cuestiones éticas o para aclarar situaciones de conflicto para la conciencia del agente de salud o del enfermo.
- Los comités tienen una función cultural en el sentido de marcar directrices sobre comportamientos o promover iniciativas de actualización (congresos, publicaciones, etc.), que llevan a una ampliación de la competencia ética del personal y de la institución.
- Los comités de ética, Consejo Episcopal Latinoamericano⁸³, pueden tener un carácter formativo: pueden ser considerados verdaderos instrumentos de formación para promover la sensibilidad ética de todos los colaboradores del hospital.

Estos mismos enfoques son sintetizados por la Unesco de la manera siguiente:

Un comité de bioética se encarga de abordar sistemáticamente y de forma continua la dimensión ética de: a) las ciencias médicas y de la salud, b) las ciencias biológicas, y c) las políticas de salud innovadoras. «Comité de bioética» denota un grupo de personas (un presidente y miembros) que se reúnen para tratar cuestiones no solo actuales, sino también de carácter profundamente normativo. Es decir, que no se reúnen para determinar sin más el estado de la cuestión en una determinada esfera de interés.

⁸³ CONSEJO EPISCOPAL LATINOAMERICANO (CELAM). *Pastoral de la Salud*. Bogotá: Selare, 1999, pp. 177-8.

Un comité no se preocupa solo de la dimensión factual de los datos empíricos; se crea para responder por igual a «¿Qué decisión debo adoptar y cómo debo actuar? [y a la pregunta más general] ¿Qué decisión debemos adoptar y cómo debemos actuar?»⁸⁴.

Para Tarasco⁸⁵, sin duda los comités de ética y bioética son una real innovación para los centros hospitalarios en cuanto permiten continuamente la aplicación de una conciencia ética, necesaria en un medio donde periódicamente se presentan casos de embarazos complicados que pueden causar la muerte del feto o de la madre, de intentos de suicidio, de enfermedades terminales, de eutanasia y distanasia, aprobaciones de procedimientos, entre muchos otros. Los integrantes de estos comités requieren una alta y adecuada formación académica que les permita estar actualizados respecto al quehacer médico, y conocer los diversos paradigmas éticos que se han elaborado en la historia de la salud.

Para terminar este apartado que ha enfatizado en la importancia de la ética y la bioética y sus principios, como fuentes de un modelo de humanización, es pertinente considerar que:

La necesidad de principios tampoco implica desconocer la importancia del juicio prudencial, en el sentido de la *phronesis*, o sabiduría práctica de que habla Aristóteles, que debe sin duda intervenir para sopesar las circunstancias particulares de cada caso⁸⁶. Sin embargo, la bioética no puede volverse una simple casuística ciega para toda finalidad general. La existencia de principios en este

⁸⁴ UNESCO. *Creación de Comités de Bioética Guía N.º 1*. Unesco: París, 2005, p. 12.

⁸⁵ TARASCO, Martha. *Comités Hospitalarios de Bioética*. México: El Manual Moderno, 2007, pp. 61-63.

⁸⁶ ARISTÓTELES. *Ética a Nicómaco*. VI, 5, 1140 b. Citado por ANDORNO. *Op. cit.*, p. 35.

campo nos recuerda que esta disciplina posee objetivos generales, que ella aspira a realizar ciertos valores, en especial, el de garantizar la dignidad y derechos de los pacientes y participantes en investigaciones biomédicas⁸⁷.

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

3.1 DISCUSIÓN

Así, ante la realidad de la salud y la enfermedad, sobre todo la enfermedad como situación que confronta a la vida con la indetenible realidad de la muerte, se presentan casos de carácter jurídico, ético, bioético y moral. Desde esta perspectiva, los conocimientos aportados por la ética y la bioética, permiten cuidar en un primer momento, por la dignidad y la calidad de vida de las personas, sobre todo cuando se ven afectadas por cualquier situación de enfermedad; y como segundo, sin caer en unos procesos de casuística, se recurre a sus principios, que en cuanto sin la idea misma de dignidad, no serían correcta y benéfica aplicados ni comprendidos. Así pues, como ya se mencionó, la preocupación de la bioética será cuidar porque todo cuanto se haga en favor de los enfermos, la asistencia en el servicio de la salud y sus prácticas, deberán estar en conformidad con el respeto que exige la dignidad humana, su calidad de vida y su bienestar, por tanto, se verá reflejada y será un referente para humanizar los procesos asistenciales de la salud.

El ser humano ha alcanzado el mayor progreso científico y tecnológico de toda su historia, pero esta tecnificación, en muchos casos, permite reacciones de indiferencia ante lo humano. Si bien los avances de mayor importancia son los de la tecnificación, hay que recordar que el centro de

todo es la persona; por ello, no se puede olvidar su humanismo y su humanización, que en este caso puede entenderse como una integración de valores y principios para la formación y exaltar el género humano⁸⁸. Articular lo humano con la salud es hablar de la necesidad de humanizarla, aceptando que lo que se tiene que humanizar es al hombre y no a los instrumentos, aunque estos colaboren para ofrecer una mejor calidad en el servicio y su atención. Esta nueva inquietud de tratar la humanización de la salud en casi todos los campos, saberes y disciplinas, permite humanizar la forma de cómo se trabaja por ella. Según Andino⁸⁹, si bien es cierto que en todas las profesiones es necesario una buena dosis de humanismo, el éxito verdadero en los profesionales sanitarios es el fruto de ese aspecto humanístico que los acompaña.

En cuanto a los retos para la humanización de la asistencia de los servicios en el campo de la salud, se han formulado multitud de derechos que se les deben reconocer a los enfermos, y es desde el horizonte humanización-deshumanización que se debe comprender el llamado a respetar esos derechos. En este contexto aparece que lo inhumano es todo aquello que atente contra la dignidad de las personas humanas; cuando no se reconoce al ser humano como un constructo de integralidad; cuando no se reconoce la dignidad humana desde la perspectiva de su calidad de vida, y del sentido de su realización personal a partir su existencialidad, en todas sus realidades y situaciones.

⁸⁷ ANDORNO. *Op. cit.*, p. 35.

⁸⁸ *Humanismo filosófico*. El humanismo, en el sentido amplio, significa valorar al ser humano y, sobre todo, la condición humana. Está relacionado con la generosidad, la compasión y la preocupación por la valoración de los atributos y las relaciones humanas. WIKIPEDIA. «Humanismo filosófico». [En línea]. [Fecha de consulta 4 de noviembre de 2014]. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Humanismo_filos%C3%B3fico

⁸⁹ ANDINO, A. Carlos A. «Evangelizar y Humanizar desde la Pastoral de la Salud». En *Revista Hospitalidad, Humanización-Ciencias y Gestión*. Hospital Universitario Clínica San Rafael. N.º 9, julio 2009, p. 17.

Inhumano es todo aquello que atenta contra la vida y el bienestar de las personas; son todos aquellos procesos que van en contra de la calidad de vida, las exageraciones en los tratamientos terapéuticos e intervenciones quirúrgicas; el incumplimiento de lo que prescriben las mismas leyes para la buena atención y prestación del servicio de la salud como derecho; los abusos que se producen por la misma ciencia, la tecnología, la biomedicina; por las actitudes de indiferencia, maltrato, irrespeto por parte del personal asistencial, entre muchos otros.

Queda claro que la palabra humanizar y el concepto de humanización tienen una pluralidad de definiciones, e incluso aquel significado que se pudiese aceptar como correcto, queda a la discusión. Todas las definiciones de esta categoría aportan a comprender su ejercicio en el campo de la salud; por ello, toda reflexión de la humanización y de cómo humanizar corresponderá al objetivo de dignificar al ser humano, sobre todo en su estado vulnerable de enfermedad. Para terminar, vale traer una definición: «humanizar una realidad quiere decir hacerla digna del hombre, es decir, coherente con unos valores que el hombre siente como peculiares e inalienables. Si en nuestra sociedad contemporánea se siente cada día más la necesidad de hablar de humanización del servicio al enfermo, si se insiste en este término y en la realidad que sustenta, quiere decir que seguramente será necesario intervenir para mejorar la calidad humana de la asistencia y para que la dignidad humana de quien sufre no se sienta herida»⁹⁰.

3.2 CONCLUSIONES

En relación con las distintas realidades que viven hoy las personas, la dignidad, entendida como respeto, también tienen una perspectiva,

no solo desde lo humano sino desde la realidad de humanizar; por esto, la propuesta de una humanización no es tan solo una ideología ni una filosofía, ni una reflexión ética o bioética; es un proceso de actualización de los valores y las virtudes que llevan a configurar una nueva alianza con el ser humano que es vulnerado, y que por lo tanto sufre; la humanización, según Marchesi⁹¹, es una alianza que está en peligro de perderse en una sociedad cada vez más mecanizada y tecnificada. Así, «desde las definiciones de humanización y la salud, se comprende que la medicina sería no sólo el arte de curar enfermedades sino, reconocer que en dicha labor, el enfermo, de ser un paciente que se deja tratar, pasa a ocupar un puesto protagonista, pasa a ser un co-gestor de su propia curación»⁹².

Una persona en situación de enfermedad es una persona que está pasando por una situación de dolor y de vulnerabilidad. A esta situación se suma la violación de los derechos que en el ámbito social son primordiales e inalienables, como a la vida, a la salud, a la educación, al trabajo, entre muchos otros. Colocar a la bioética y sus principios como base para fundamentar los procesos de la humanización de la salud, debe estar conforme con la exigencia de velar por la dignificación de la persona humana. Lo mismo que permite defender y respetar consensuadamente la dignidad de la persona humana, sus derechos, su bienestar y su calidad de vida, tan atropellada y violentada, sobre todo, en aquellos que viven situaciones vulnerables de cualquier enfermedad o situación social.

Aunque con otras palabras, referimos a lo mismo, no es sino con el ánimo de hacer claridad, que con la referencia a la bioética, en esta se pueden encontrar instrumentos para huma-

⁹⁰ BRUSCO, Ángelo. «Humanización de la Enfermería». En BERMEJO, J. Carlos. *Humanizar la Salud*. Madrid: San Pablo, 1997, p. 30.

⁹¹ ARCHESI, Pierluigi. «Humanicemos el Hospital». En *Humanización en Salud*. Bogotá: San Pablo, 2003, p. 44.

⁹² ANDINO. «Evangelizar y Humanizar desde la Pastoral de la Salud». *Op. cit.*, p. 17.

nizar la salud, con el objetivo de proteger y defender la dignidad de la persona humana, su bienestar, su realidad existencial y su calidad de vida. Y es así como, todo cuanto se haga para favorecer a la persona enferma, siempre será referencia de lo humano, y la humanización será el resultado de la acción de humanizar.

Bibliografía

1. ANDINO, A. Carlos A. «Evangelizar y Humanizar desde la Pastoral de la Salud». En *Revista Hospitalidad, Humanización-Ciencias y Gestión*. Hospital Universitario Clínica San Rafael. N.º 9, julio 2009.
2. _____. *Los lugares teológicos como fuentes de argumentación para considerar al VIH y Sida como un nuevo lugar teológico*. Colección *Studium Theologicum Xaverianum*. Año 5, colección seriada N.º 9 del 2014. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Teología, Unidad de Posgrados. Bogotá: Javegraf, 2014.
3. ANDORNO, Roberto. *Bioética y Dignidad de la Persona*. Madrid: Tecnos, 2012.
4. ARISTÓTELES. *Ética a Nicómaco*. VI, 5, 1140 b. Citado por ANDORNO. *Op. cit.*
5. ASENJO, Sebastián. «Los derechos del enfermo y la organización hospitalaria». En *Derechos del Enfermo*. Bogotá: Selare, 1982.
6. BRUSCO, Ángel. «Humanización de la Enfermería». En BERMEJO, J. Carlos. *Humanizar la Salud*. Madrid: San Pablo, 1997.
7. _____. «La humanización en el mundo de la salud». En *Humanización en Salud*. Bogotá: San Pablo, 2003.
8. _____. *Vulnerabilidad personal y servicio a los enfermos*. En *Humanización en Salud*. Bogotá: San Pablo, 2003.
9. BUSTOS, Reinaldo. «Lo Normal y lo Patológico». En *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética-Universidad Nacional de Colombia, 2008.
10. CONSEJO EPISCOPAL LATINOAMERICANO (CELAM). *Pastoral de la Salud*. Bogotá: Selare, 1999.
11. CORTINA, Adela. «Ética Comunicativa». En CAMPS, Victoria. *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía. Concepciones de Ética*. Madrid: Trotta, 1992.
12. DRANE, F. James. *Medicina Humana*. Bogotá: San Pablo, 2006.
13. FEITO, Lydia. «La definición de la salud». En *Diálogo Filosófico* 34 (1996) 64. Citado por ALARCOS. *Op. cit.*
14. FRANKL, Viktor. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder, 2008, p. 87. Citado por ANDINO. *Op. cit.*
15. GAFO, Javier. *10 palabras clave en bioética*. Navarra: Verbo Divino, 1998, pp. 25-26. Citado por GARCÍA, Saúl. En *Formación Profesional en Bioética*. Bogotá: San Pablo, 2008.
16. _____. Javier. *Bioética teológica*. Madrid: Desclée de Brouwer, 2003.
17. _____. *Humanización, en Diez palabras clave en Bioética*. Estella: Verbo Divino, 1993, p. 14. Citado por ALARCOS, Francisco. En *Bioética y Pastoral de la Salud*. Madrid: San Pablo, 2002.
18. GEVAERT, Joseph. *El problema del hombre. Introducción a la antropología filosófica*. Salamanca: Sí-gueme, 2008.
19. GOL, G. Jordi. «La salud». En *Humanización en Salud*. Bogotá: San Pablo, 2003.
20. GOMÉZ, G. Rocío. *La dignidad humana en el proceso salud-enfermedad*. Bogotá: Universidad del Rosario, 2008.
21. GRACIA, Diego. *Problemas éticos en medicina*. En GUARIGLIA, Osvaldo. *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía. Cuestiones morales*. Madrid: Trotta, 1996.
22. GRONDIN, Jean. *¿Qué es la hermenéutica?* Barcelona: Herder, 2008.
23. HEIDEGGER, Martín. *Introducción a la Metafísica*. Barcelona: Gedisa, 2001.
24. _____. *Ser y tiempo*. Madrid: Trotta, 2003.
25. HOMEDES, Nuria y UGALDE, Antonio. «Un estudio crítico de los principios éticos internacionales». En *Ética y ensayos clínicos en América Latina*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2012.
26. HOSPITAL BARILOCHE. *Los comités hospitalarios de ética*. [En línea]. [Fecha de consulta 13 de octubre de 2014]. Disponible en <http://www.hospitalbarilochec.com.ar/ArchivosBIO/A5.pdf>
27. HOTTOIS, Gilbert. *¿Qué es la bioética?* Bogotá: VRIN-Universidad El Bosque, 2007.

28. LOZANO, B. Javier. *Teología y Medicina*. Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, Bogotá: Selare, 2000.
29. LUDWIG M., Gerhard. *Dogmática. Teoría y práctica de la teología*. Barcelona: Herder, 2009.
30. MALDONADO, Carlos. «Fundamentos para la comprensión del problema de la calidad de vida. Mundo, posibilidad y apertura». En *Bioética. La calidad de vida en el siglo XXI*. Bogotá: Universidad El Bosque, 2000.
31. MARCHESI, Pierluigi. «Humanicemos el Hospital». En *Humanización en Salud*. Bogotá: San Pablo, 2003.
32. MARTÍNEZ, Víctor. *Reconciliación, Unción y Eucaristía Sacramentos de Curación*. En Diplomado en Pastoral de la Salud, módulo 2 y 3. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2008.
33. MELÉ, Doménec. *Tres versiones de la ética empresarial. Una nota exploratoria*. pp. 5-6. [En línea]. [Fecha de consulta 4 de noviembre de 2014]. Disponible en <http://www.eticaed.org/10.Mel%C3%A9.pdf>
34. ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS. *Humanizar el proceso de morir. Sobre la ética de la asistencia en el morir*. Madrid: Fundación Juan Ciudad, 2007.
35. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Conferencia Internacional de Salud de 1946. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de febrero de 2012]. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>
36. ORGAZ, Jorge. *El humanismo en la formación del médico*. Buenos Aires: Losada, 1977.
37. REDRADO, José. «Derecho del hombre a la salud». En *Humanización en Salud*. Bogotá: San Pablo, 2003.
38. REVEIZ, Ludovic; URRUTÍA, Gerard y CARDONA, A. Felipe. «El registro prospectivo y el reporte de los resultados de los ensayos clínicos: una obligación ética». En HOMEDES y UGALDE. *Op. cit.*
39. ROQUE JUNGUES, José. «Consenso y persuasión». En TEALDI, Juan Carlos. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. *Op. cit.*
40. TARASCO, Martha. *Comités Hospitalarios de Bioética*. México: El Manual Moderno, 2007.
41. TORRALBA, Francesc. *Inteligencia espiritual*. Barcelona: Plataforma Editorial, 2010.
42. UNESCO. *Creación de Comités de Bioética Guía N.º 1*. Unesco: París, 2005.
43. VIDAL, Marciano. «Valor Absoluto de la persona». En *Communio* (abril-mayo de 1982). Citado por ALARCOS. *Op. cit.*
44. _____. *Moral de Actitudes. Moral de la Persona y Bioética Teológica*. Madrid: Covarrubias, 1991.
45. WIKIPEDIA. «Humanismo filosófico». [En línea]. [Fecha de consulta 4 de noviembre de 2014]. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Humanismo_filos%C3%B3fico
46. WIKIPEDIA. «Salud». [En línea]. [Fecha de consulta 2 de febrero de 2012]. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>
47. _____. «Calidad de vida». [En línea]. [Fecha de consulta 4 de noviembre de 2014]. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida
48. ZOBOLI, Elma. «Salud Integral». En TEALDI, Juan Carlos. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Unesco- Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética-Universidad Nacional de Colombia, 2008.