

**Perazzo, Gerardo ; Aza Archetti, César ; Mendoza, Gustavo ;
Bravo, Guillermo ; Ramírez, Stella Maris ; Mollar,
Evangelina ; Vázquez, Adriana**

*La deshumanización en la atención profesional
¿vulnera el derecho a la intimidad?*

Vida y Ética, Año 16, N° 1, junio 2015

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Perazzo, Gerardo et al. "La deshumanización en la atención profesional : ¿vulnera el derecho a la intimidad?" [en línea]. *Vida y Ética*, 16.1 (2015). Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/deshumanizacion-atencion-personal.pdf>
[Fecha de consulta:.....]

LA DESHUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PROFESIONAL ¿VULNERA EL DERECHO A LA INTIMIDAD?

Dr. Gerardo Perazzo
Dr. César Aza Archetti
Dr. Gustavo Mendoza
Dr. Bravo Guillermo
Dra. Stella Maris Ramírez
Dra. Evangelina Mollar
Dra. Adriana Vázquez

. Integrantes del Comité de Bioética de la
Sociedad Argentina de Urología

Palabras clave

- Deshumanización
- Intimidad
- Privacidad
- Dignidad Humana

Key words

- Dehumanization
- Intimacy
- Privacy
- Human Dignity

RESUMEN

El problema de la deshumanización de la atención médica sido enfocado desde ópticas diferentes (y en diversos momentos históricos), ya sea desde la perspectiva del paciente, de los familiares o del propio equipo de salud que presta los servicios, pero no hay un estudio de las causas y de las posibles soluciones.

Al realizar un recorrido de la atención profesional en el mundo de la salud observamos que solo podemos re humanizar esa atención con el compromiso directo de todos los participantes del equipo de salud para promover actos y condiciones que tengan como finalidad el respeto de los derechos humanos que se afirman en la dignidad de cada persona enferma.

Creemos que esta presentación puede llevar a tomar conciencia sobre la vulnerabilidad de la intimidad en el proceso, hoy deshumanizante, de la atención profesional en el ámbito de la salud y desde este punto de partida asumiendo las responsabilidades subjetivas, sin anular la moralidad objetiva del hecho, comprometiéndonos a denunciar estas situaciones injustas y a trabajar día a día para humanizar la atención y de esta forma respetar el derecho a la intimidad.

ABSTRACT

The problem of medical care dehumanization has been addressed from different points of view (and in different historical moments). Either from the perspective of the patients, their families or the health care professionals, none research has been carried out on the causes of this problem and its possible solutions.

When reviewing professional healthcare, we come to the conclusion that the only way to re-humanize the attention is the commitment of all healthcare professionals to promote actions and conditions seeking the respect for human rights, which are essential for the dignity of the ill.

We believe this presentation can raise awareness about the vulnerability of the privacy involved in the presently dehumanizing process of professional healthcare; and based on that premise take subjective responsibility, bearing in mind the objective morality of the fact and also commit ourselves to report these unfair situations and to work day-by-day to humanize health care in such a way to respect the right to intimacy.

INTRODUCCIÓN

"He ido esta mañana a ver a mi médico Hermógenes (...). Me tendí sobre un lecho luego de despojarme del manto y la túnica. Te evito detalles que te resultarían tan desagradables como a mí mismo, y la descripción del cuerpo de un hombre que envejece y se prepara a morir de una hidropesía del corazón. Digamos solamente que tosí, respiré y contuve el aliento conforme a las indicaciones de Hermógenes (...). Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre. El ojo de Hermógenes solo veía en mí un saco de humores, una triste amalgama de linfa y sangre". [1]

La realidad cotidiana palpable en nuestra práctica profesional, en ámbitos públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y algunas intervenciones en otras localidades del conurbano bonaerense, dispararon a este grupo de reflexión bioética, [2] dentro de nuestras reuniones periódicas, a explorar el tema de la deshumanización en la salud.

Un artículo publicado en la versión digital de un diario colombiano, nos llamó la atención, sirviendo de disparador para esta presentación:

"No se puede negar que en nuestros tiempos, la medicina ha tenido un desarrollo científico sin precedentes. Hemos pasado de técnicas rudimentarias al desarrollo de métodos de diagnóstico y tratamiento cada vez más novedosos. Las posibilidades de sobrevivencia ante condiciones consideradas mortales son cada vez mayores, sin embargo, el trato ofrecido en algunos centros de atención hospitalaria y por ciertos profesionales de la salud, presenta una vergonzosa deshumanización. Algunos profesionales de la salud se enfocan tanto en su crecimiento económico, que olvidan que deben demostrarse más solidarios, respetuosos y comprensivos con pacientes y los familiares de estos. Ciertas instalaciones en las que se atiende la salud, carecen de comodidades y espacios que permitan a los acompañantes de los pacientes pasar una noche en condiciones dignas. Con frecuencia se transgrede la intimidad y la

[1] YOUNG, Marguerite, *Memorias de Adriano*, traducción Julio Cortázar, Trigésimo sexta edición, Buenos Aires, Debolsillo (Contemporánea), 2010, p.11.

[2] Pertenece a un equipo de salud multidisciplinario, cuyos miembros integrantes, ejercemos la profesión en distintos y variados lugares de trabajo en los que alcanzamos algunos logros grupales intermedios en el área de la información y difusión de la Bioética.

privacidad de los pacientes, las áreas de trabajo son ruidosas, impiden el reposo y la tranquilidad de los enfermos. La deshumanización, es un problema de relación entre seres humanos que debe ser visto en forma integral para ser entendido y atendido sin mayor espera.” [3]

Sabemos que el paciente no es ya un proyecto pasivo que recibe fármacos, sino un sujeto activo, exigente, que quiere conocer, estar informado y participar en el proceso de su curación, si esto es posible.

En este contexto, el acto médico no puede ser despersonalizado, sino que debe tener a la persona en el centro de su actuar. Muchas veces el solo ocuparse de la terapia específica constituye un modelo muy poco eficaz de acción médica, es necesario por lo tanto promover un modelo integral de cuidado que tome en consideración la dimensión técnico/científica con la dimensión social y antropológica.

Por este motivo para realizar un recorrido de humanización de la atención es necesario un compromiso directo de todos los participantes del equipo de salud para promover actos y condiciones que tengan como finalidad el respeto de

los derechos humanos que se afirman en la dignidad de cada persona enferma.

No pretendemos, en esta instancia, realizar un trabajo de investigación en campo, sino simplemente reflexionar para poder tomar conciencia de este problema que seguro nos afecta a todos; es de esperar que, en algún momento, nosotros (este equipo), ustedes, lectores de esta presentación y la mayoría de nuestros conciudadanos estaremos en situación de pacientes y necesitaremos que nos traten humanamente.

Para realizar esta reflexión nos proponemos seguir (básicamente, aunque no estrictamente) los lineamientos generales del esquema propuesto por Diego Gracia [4] para el análisis de los problemas éticos en acción social, a saber:

1) Identificación del problema como “impresión de la realidad”, que debe contener una fundamentación de corte fenomenológico.

2) En el momento deontológico buscamos los contenidos básicos de esa realidad, ya que la simple aprehensión es una “estimación”.

[3] Cfr. [en línea] <<http://www.lanacion.com.co/index.php/opinion/item/220236-deshumanizacion-en-salud>>.

[4] GRACIA GUILLEN, Diego, Médico y Filósofo español, reconocido como autoridad mundial en bioética.

3) Para finalmente al valorizar las consecuencias, buscaremos tomar conciencia de la realidad, que nos llama a percibir una obligación moral junto a un impulso para el actuar.

1. BREVES CONSIDERACIONES HISTÓRICAS

El tema de la deshumanización y en especial la intimidad, es tan antiguo que existen relatos bíblicos al respecto: *"Pero el Señor Dios llamó al hombre, ¿dónde estás?, [5] él contestó: te oí en el jardín, me entró miedo porque estaba desnudo, y me escondí". [6]*

Con esta idea seguimos el concepto de Del Moral: *"según la concepción cristiana, cuando Adán y Eva fueron expulsados del paraíso cubrieron sus sexos con hojas de sicómoro, avergonzados de su desnudez. Desde esta perspectiva, el vestido habría surgido para restituir nuestro sentido de pudor, ocultando nuestro cuerpo a la mirada ajena. En este sentido el comportamiento que tiende a proteger la intimidad -el pudor-, no es fruto de condicionamientos culturales o sociales,*

responde al carácter estrictamente personal del hombre que lleva a la defensa de la intimidad, también corporal." [7]

Surge de este relato el reconocimiento a la desnudez como fuente originaria de la vergüenza, podemos entender, que el hecho de estar desnudo, significa sentirse expuesto en lo más íntimo, sin negar que la desnudez del cuerpo ante la mirada de cualquier otro, pueda ser uno de los motivos para que aparezca la vergüenza. [8]

Entendemos de esta idea, que la vergüenza sólo puede aparecer cuando alguien (en nuestro caso el equipo de salud), en determinada situación (el examen clínico, alguna práctica, etc.) interpela a la persona, que puede encontrarse desprovista de ropa.

El problema de la deshumanización de la atención médica ha sido enfocado desde ópticas diferentes (y en diversos momentos históricos), ya sea desde la perspectiva del paciente, de los familiares o del propio equipo de salud que presta los servicios, pero no hay un estudio de las causas y de las posibles soluciones.

[5] BIBLIA DE NUESTRO PUEBLO, Génesis 3,9, Agape. 2011, p. 76.

[6] BIBLIA DE NUESTRO PUEBLO, Génesis 3,10, Agape. 2011, p. 76.

[7] DEL MORAL, O., "Y el hombre vistió la historia". URREGO, E. Informes Psicológicos n. 9 p. 81, Medellín, Colombia, 2007 [en línea] <<http://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1687>>.

[8] En este caso el médico no sólo ve un cuerpo desprovisto de ropa.

Cada uno de estos enfoques resulta ser una aproximación fragmentada, idealista, sin concretar las características que lo definen, quedando solamente como un aspecto negativo de la relación médico-paciente; igual que muchas veces el paciente es evaluado por distintos especialistas, como una suma de enfermedades atendidas por uno o varios especialistas, pero es muy difícil que sea visto como un todo, es decir como una PERSONA.

Y en este contexto coincidimos con Gafo: *"la cosificación del paciente que pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos, y pasar a ser tratado como: la cama número tal, la colecistitis o la historia clínica más cual"*. [9]

¿Dónde podemos encontrar el comienzo de la preocupación social respecto a la intimidad del individuo? Muy probablemente con el desarrollo del liberalismo, y especialmente dentro de las transformaciones sociales que significaron hacia finales del siglo XVIII el ingreso en la modernidad.

En ese momento histórico comenzó el rechazo a cualquier tipo de injerencia externa dentro del ámbito de la vida privada de las personas, sin su consentimiento, situación que se intensificó a partir del comienzo del siglo XX, donde comenzaron a surgir distintos fallos judiciales relacionados con el desarrollo de la idea del consentimiento informado. [10]

Entendemos que, es desde la mitad del siglo XX cuando el derecho a la intimidad comenzó a verse inmerso en un proceso de desarrollo jurídico, que reconoce este derecho; específicamente la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas [11] en el año 1948, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos del año 1966, la Convención Americana sobre Derechos Humanos del año 1968 -Pacto de San José de Costa Rica-, y la Convención sobre los Derechos del Niño, del año 1989, instrumentos jurídicos que se firmaron y ratificaron por parte de la mayor parte de los países occidentales.

Finalmente para concluir este rápido resumen histórico no podemos dejar de

[9] GAFO, Javier, *10 palabras clave en bioética*, Navarra España, Editorial Verbo Divino, 1991, p.26.

[10] 1914: CASO SCHLOENDORFF versus SOCIETY OF NEW YORK HOSPITALS. Sentencia sobre "el derecho de autodeterminación de los pacientes", que supondrá el derecho de éstos a ser informados y tomar parte activa en las decisiones que les afecta [en línea], disponible en: <<http://biotech.law.lsu.edu/cases/consent/Schoendorff.htm>>.

[11] Prevé que nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada y, a su vez, asegura a toda persona el derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

comentar el serio riesgo para la intimidad que provocan las nuevas tecnologías: las mismas han generado una insospechada capacidad para recoger, procesar y transmitir información.

El progresivo incremento en el empleo de la informática por servicios públicos y particulares, ha permitido a estos disponer de más y mejor información, conforme a la cual adoptar las decisiones atinentes a sus ámbitos de competencia, hecho que resulta de utilidad, pero tiene que buscarse un reparo de protección frente a los abusos que pueden conducir su empleo.

El abrumador avance tecnológico de los últimos años para acceder a datos personales (en la denominada "sociedad de la información") y también en la fotografía cuya herramienta es hoy principalmente la telefonía celular, potencian los riesgos que vulneran la intimidad y privacidad de las personas.

Es prudente reconocer que el "secreto médico" está perdiendo su observancia debido a estos avances de la informática,

la vigilancia epidemiológica y los intereses de las empresas y las aseguradoras, y por lo tanto tenemos que estar alertas, para una correcta defensa del mismo.

2. EL RESPETO AL DERECHO A LA INTIMIDAD Y A LA PRIVACIDAD

La intimidad es un Derecho Humano fundamental de primera generación [12] consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos desde 1948. El derecho a la intimidad representa la protección del paciente en el entorno inmediato, frente a la intromisión no deseada de otras personas, sobre su información personal y privada. El equipo de salud es especialmente sensible en estas cuestiones en el campo del mundo de la salud, dentro del cual encontramos variadas situaciones y actuaciones que afectan el cumplimiento de este derecho.

La enfermedad genera una situación de indefensión con una carga emocional importante, que hace sentirse a la persona desvalida por lo cual necesita que esa relación con el médico sea lo más humana posible.

[12] Las denominadas "tres generaciones" de los derechos humanos son la expresión de la búsqueda de los motivos para asegurar al margen del poder la dignidad de cada ser humano, en especial, de los más débiles y vulnerables. La tipología de los derechos humanos en base a sus "generaciones" es un esquema que presenta algunas imprecisiones (pero tiene un interés histórico y político).

En dicha relación intervienen aspectos éticos, personales, afectivos, los cuales a través de los años fueron objeto de atención con el fin de establecer una relación que en sus comienzos fue paternalista, para luego priorizarse en el principio de autonomía, con la consideración de derechos del ciudadano y derechos humanos, sin dejar de lado al de beneficencia. Clásicamente los componentes (afectivos, éticos, profesionales, comunicacionales y otros) de esta relación han sido estudiados a lo largo de miles de años y han sido motivo de diversos ensayos.

Coincidimos con Raventós cuando nos dice que *"Un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre"*. [13] Y también: *"Para ello debe ser un sistema sanitario integrado, que proteja y promueva la salud, que corrija las desigualdades sanitarias, que elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la*

salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social tal como declara la Organización Mundial de la Salud". [14]

Cuando pensamos que espera la sociedad de la medicina, podemos acordar con Gorri Goñi, que comenta: *"En esta era de tecnología médica avanzada, de racionalización, comercialización, y burocratización sanitaria, la sociedad espera que la medicina armonice el humanismo con la ciencia."* [15]

Con demasiada frecuencia las actividades personales, la sobrecarga asistencial o la falta de tiempo, hacen que nos olvidemos que *"los pacientes y la sociedad esperan que el médico (y el equipo de salud) tenga cualidades personales de compromiso y conducta que lo hagan confiable y no sólo que sea un técnico experto."* [16]

¿Cuál es la idea de intimidad que debemos considerar? *"La idea de intimidad*

[13] BERMEJO, José Carlos, *Salir de Noche por una enfermería humanizada*, España, Editorial Sal Térrea, 1999, p. 14.

[14] idem.

[15] GORRI GOÑI, Antonio, "Vio-ética: elementos para una intervención psico-social en la relación médico-enfermo", *Cuadernos de Bioética*, no. 15, 1993, p. 6 [en línea], disponible en: <<http://www.aebioetica.org/cuadernos-de-bioetica/archivo-historico/1993/n-15>>.

[16] CARVAJAL, C., "Evaluar las habilidades y destrezas clínicas en la educación médica: una necesidad", *Revista Médica de Chile*, Vol.130, n.4, Santiago de Chile, Abril 2002.

tiene distintas formas, así, la podemos considerar como algo intrapersonal (los pensamientos, las convicciones, las ideas, etc.), en sentido estricto (como algo individual, espiritual, religioso o psicológico) y la intimidad física que son aquellas partes del cuerpo humano de las que habitualmente se estima decencia, discreción, pudor, recato o vergüenza, y que hoy día se debe ampliar al considerar, por ejemplo, el obtener información genética de un individuo. Asimismo, podemos considerar la intimidad en sentido amplio, que equivale a la vida privada, relaciones personales, domicilio personal, etc..." [17]

En el ámbito sanitario, al referirnos a la intimidad de los pacientes no sólo tomamos en cuenta aspectos tales como la confidencialidad de los registros médicos o la reserva de la identidad del paciente en publicaciones, sino que debemos tomar en cuenta que la intimidad es el conjunto de sentimientos y pensamientos que cada persona guarda en su interior, es una expresión de su identidad y por lo tanto su salvaguarda constituye un derecho.

El derecho a la intimidad defiende a las personas de los demás y, sobre todo, frente a las posibles injerencias indebidas

de los poderes públicos, sus organismos y sus agentes y por lo tanto también dentro de la posible vulneración en el ámbito sanitario. La pérdida de la intimidad del paciente puede operar como un factor desestabilizador que puede producir cuadros de ansiedad y otras expresiones como irritabilidad, cansancio, síntomas regresivos y síntomas somáticos, expresión de esa misma desestabilización.

Veamos, entonces, el concepto de intimidad según algunos autores.

Quiroga Lavié lo define como: *"el respeto a la personalidad humana, del aislamiento del hombre, de lo íntimo de cada uno, de la vida privada, de la persona física innata, inherente y necesaria para desarrollar su vida sin entorpecimientos, perturbaciones y publicidades indeseadas". [18]*

González Gaitano, manifiesta *"lo íntimo es lo que corresponde al ámbito personal y psicológico, las creencias y la moral de la persona". [19]*

En nuestro hacer y reflexionar como actores en el ámbito sanitario, nos aco-

[17] Cfr. SÁNCHEZ-CARO, Javier y ABELLÁN, Fernando, *Manual de Bioética y Derecho Sanitario para Gastroenterólogos*, España, Editorial Just in Time S.L, 2008, p.21.

[18] QUIROGA LAVIÉ, Humbert, *Derecho a la Intimidad y Objeción de Conciencia*.

[19] GONZÁLEZ GAITANO, Norberto, "La trascendencia jurídica de la intimidad", 1991. Cfr "La trascendencia jurídica de la intimidad" *Humana iura: suplemento de derechos humanos*, ISSN 1132-7294, n. 1, pp. 275-298.

plamos a las expresiones de escritor y catedrático de ética F. Savater, quién claramente refleja la opinión pública sobre la necesidad del respeto a la intimidad en el sufrimiento y en la vulnerabilidad que acarrea la enfermedad: *"...ayudar al que sufre debe consistir en no aprovechar nunca su desvalimiento para manipularle, jni siquiera por su bien!, en respetar la frágil dignidad embrutecida por los padecimientos y en apoyar esa personalidad irrepetible que por inercia se convierte en un simple 'caso clínico'..."* [20]

Volviendo a la posibilidad de definir el término intimidad, que nos permita delimitar el marco de referencia, seguimos al Prof. Eduardo Jiménez, quien considera a la intimidad como *"la antítesis de lo público y por lo tanto, todas aquellas circunstancias relativas al hogar, la familia, la religión, la salud, la sexualidad, los asuntos legales y económicos personales del individuo"*. Este autor, manifiesta, que privacidad e intimidad integran una zona de reserva personal, y por lo tanto propia de la autonomía del ser humano.

Debemos ser cuidadosos con el lugar que le otorgamos al paciente (persona), dentro del acto médico siendo necesario

aplicar una mirada no sólo sobre nuestros pacientes sino también sobre nosotros mismos, como asimismo sobre todo el equipo de salud.

La mirada no solo es un hecho biológico y fisiológico de ver, de percibir imágenes captadas por la retina y decodificadas por nuestro cerebro.

La mirada, tiene un sin fin de acepciones a considerar y de acuerdo al enfoque que le otorguemos en ese momento, podría ser considerado una invasión a la privacidad del paciente.

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española, (del latín *mirari*, admirarse), significa *"dirigir la vista a un objeto, observar las acciones de alguien, revisar, registrar, pensar, juzgar, inquirir, registrar, buscar algo, informarse de ello, cuidar, atender, proteger, amparar, tener un objetivo o un fin, considerar un asunto y meditar, antes de tomar una resolución"* [21] etc. y podríamos seguir con una infinidad de ejemplos.

Es particularmente interesante el detalle que surge del acto de una mirada,

[20] ESEVERRI CHAVERRI, Cecilio, *Enfermería facultativa: Reflexiones filosófico-éticas*, Ed. Díaz de Santos, 2006, cap. 28, pp. 75-77.

[21] DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (DRAE) [en línea] <<http://lema.rae.es/drae/?val=mirar>>.

ésta parte de un sujeto (el que observa), a otro, el observado, quien pueda tal vez sentirse agraviado de acuerdo a su condición. Algunas miradas pueden emitir un juicio de valor, un ejemplo de ello, mirar a un hijo mientras juega, en este acto estamos mirando, y al mismo tiempo cuidando de alguien, tener recaudos, en la misma mirada transmitir afecto, o tal vez desaprobación, podemos generar una búsqueda y un sentimiento.

Una mirada puede juzgar, y lograr que alguien se sienta juzgado, y por el mismo acto sentir vergüenza al sentirse descubierto por el otro (quién mira), el pudor es el sentimiento que surge cuando la intimidad del cuerpo queda expuesta a otra persona.

3. UN PANORAMA DESDE NUESTRA REALIDAD

Como venimos diciendo, en los tiempos actuales, la medicina en general y algunas especialidades en particular, en el afán de recoger información sobre el estado de salud de nuestros pacientes, utilizan aparatología que permite ampliar la información, obteniendo un resultado más preciso y confiable del estado de los órganos internos generando estandarizaciones, algoritmos y protocolos, que pretenden dar objetividad al acto médico. Tal proceso, no es inocente y trae efectos en el

paciente, al que desde la observación crítica, no es considerado sujeto, generando efectos subjetivos de vergüenza o tal vez de angustia, ante la mirada del profesional sobre la desnudez de su cuerpo.

Intentamos en una mirada amplia y a la vez crítica evaluar esta situación, ver cómo se deben enmendar las omisiones y los errores, que podemos modificar en nosotros, como sembrar conciencia sobre estos aspectos a quienes trabajan con nosotros, dar el ejemplo a otras personas que colaboran a nuestro alrededor.

Nuestra capacidad autorreflexiva, debe servir, en nuestro campo de acción, para impulsar la búsqueda de evitar la vergüenza en los momentos endebles en que se encuentra un enfermo para que su anatomía y dignidad no sea motivo de comentarios.

La responsabilidad no sólo involucra al personal médico, también al paramédico, personal administrativo y a los directivos de las instituciones (es decir el equipo de salud).

Recordemos que en el acto médico ya con la anamnesis comenzamos a desnudar al sujeto que interrogamos para recabar datos, muchas veces uno debe efectuar preguntas que resultan incómodas. ¿Cuántas visitas al médico se ven de-

moradas por pudor a revelar el motivo de la entrevista?

Diariamente en nuestra labor asistencial somos testigos de comentarios de pacientes mayores que plantean temas pudorosos, donde consideran que su dignidad se ve quebrantada, al no cuidar su intimidad al higienizarlos, o si esta tarea la realizan personas de distinto género, enseñar su desnudez a extraños, se los trata en forma impersonal, se los higieniza sin dirigirles la palabra, y tal vez esto suceda a las cinco de la mañana, despertándolos para tal fin.

Quienes desarrollamos actividades asistenciales médico/quirúrgicas al caminar por los pasillos, las salas de internación o las antesalas de los quirófanos observamos con frecuencia a los pacientes esperando ser intervenidos desnudos, con apenas una sábana que no los cubre, vemos su cara de vergüenza y miedo intentando tapar como puedan su pudor, también vemos al personal caminando de un lado a otro, preparándose para estudios, procedimientos y tomamos conciencia de la automatización y la falta de sensibilidad hacia la otra persona que en inferioridad de condiciones afronta su problema y está sólo.

Simultáneamente suceden otras cosas: el frío ambiental, los camilleros que llevan y traen más personas, los pacientes

que se cambian para ingresar a procedimientos menores de estudios ambulatorios, las mucamas, el personal circulante, las instrumentadoras, los técnicos, y el personal médico, sin reparar en ello.

Toda esa escena muestra la deshumanización con respecto a la desnudez del otro, esa cosificación del ser que tenemos enfrente. En alguna oportunidad al plantear esta situación con colegas y personal paramédicos se responde con evasivas o "esto siempre fue así".

Situaciones similares se pueden observar al recorrer habitaciones, algunos ancianos con limitación física, semidesnudos, sin la atención debida de sus acompañantes, la insensibilidad de otros familiares que acompañan a pacientes, junto a la falta de acción de los mismos conforman un ejemplo de buena parte de la sociedad con la que convivimos.

Deberíamos tener un proceder ético moral, acorde a las circunstancias para lograr el respeto de la dignidad humana ajena, y la nuestra, en bien de todos.

"La ética pertenece a un conjunto de ciencias catalogadas como 'antropológicas", es decir, que tienen al hombre como análisis en cuanto a tal, con la diferencia de considerar, cada una de ellas con su propio método, un aspecto diverso de dicho sujeto. El propósito de la ética es el

estudio de una dimensión particular dentro de la realidad humana: la referida a la actividad libre, y sea su conducta responsable y por lo tanto, imputable.” [22]

Estamos convencidos que un adecuado manejo de los valores, no sólo ayudará a mejorar la calidad de la práctica profesional, sino también a aumentar su satisfacción personal en el trabajo y por lo tanto evitar el “habitual” desgaste.

Es necesario un cambio de mentalidad, incorporando el cuidado a la práctica diaria, buscando el equilibrio entre el curar y el cuidar, la medicina moderna muy técnica, ha desentendido en ocasiones la función humanitaria, los pacientes se muestran como personas, que no sólo buscan una cura a sus problemas, sino nuestra comprensión cuando se exponen desnudos ante nosotros y nuestro personal subalterno, cuidar es también responsabilidad del médico.

La gran mayoría de los pacientes relatan que sienten temor y vergüenza en su interrogatorio y examen médico y algunos reconocen la falta de sensibilidad hacia ellos en ese momento, nunca hablan de maltrato, sólo que es un tema que los pone

en un plano inferioridad de condiciones, y que tratarían de no volver a pasarlo.

En esta idea es importante reconsiderar los procesos de atención y evaluar la idea de la curación y el cuidado:

Curar: se refiere a la eliminación de la causa de una enfermedad y a la reversión del recorrido natural de la enfermedad. La cura le da la posibilidad de retomar o recuperar el estado previo (es eminentemente una práctica técnica, se debilita la atención del enfermo en su totalidad).

Cuidar: expresa la implicación personal del agente sanitario con la persona que sufre: implica compasión, solicitud, estímulo y apoyo emotivo.

Actualmente aparece la exigencia de ambos conceptos: cuidar y curar. En el cuidar se comprende la competencia científica, la capacidad técnica y el compromiso personal.

También en el paso del curar al cuidar de se supera el comportamiento profesional solamente basado en los derechos de los enfermos o en los deberes quién lo

[22] Cfr., BASSO, Domingo, *Los fundamentos de la moral*, Buenos Aires, EDUCA, 1997, pp. 13-14.

asiste: significa ponerse a escuchar la llamada del otro: es decir un relación totalmente humanizada, con identidad propia, que incluye la experiencia del otro.

Se trata de comprender la doble separación que produce la enfermedad: dentro de la persona la separación entre cuerpo y alma y fuera de ella la separación entre la persona enferma y el mundo que lo rodea (lo llamamos empatía).

La ética del cuidado se fundamenta en la relación con el otro y en las emociones. Exige ponerse en la piel del otro, explorar qué se siente, qué piensa, escuchar atentamente y responder a sus necesidades con flexibilidad, aceptando sus diferencias pero además exige calidez y asumir que en el cuidado, tan importante como la actividad a realizar, lo es la forma en que se lleva a cabo.

Cuando un paciente nos solicita su atención, no sólo debemos ajustarnos a un protocolo o norma escrita, cuidar exige un compromiso con la persona y la sensibilidad humana.

La empatía nos la ganamos con cosas sencillas como escuchar, llamar a nuestros pacientes como quieren ser llamados, comunicarnos con ellos, sentarse cerca, tomar su mano si lo desean, cubrirlos dignamente, respetar su intimidad, en definitiva considerarlos y tratarlos como personas. Huma-

nizar la asistencia es introducir en ella el mundo de los valores y tenerlos en cuenta en cada acción que realicemos.

Muchas pueden ser las cosas que debemos mejorar en la asistencia diaria, entre ellas encontramos el compromiso personal para cambiar ciertas actitudes y hábitos, que se puede realizar, aparte de contar con la voluntad de todos para generar cambios reales, con un adecuado conocimiento y comunicación (el Comité de Bioética institucional en su función educativa puede cumplir un rol importantísimo en este aspecto). Otro aspecto importante es la reflexión personal e institucional, con un diálogo completo que impregne cada acción diaria y que sirva para reorganizar las acciones conjuntas y no caer en la idea que "siempre se hizo así".

Para desarrollar una ética de lo cotidiano que ponga en uso lo antes mencionado, no es necesario medios técnicos, grandes conocimientos ni presupuestos inalcanzables, sino procurar que un paciente se sienta digno considerando su asistencia humanizada.

Se ha empequeñecido la figura del médico en favor de la de las instituciones. El médico en muchos casos se ha convertido en un técnico, de trato frío y lejano diversificado por las distintas especializaciones y la adquisición de conocimientos científicos, descuidando esa relación mé-

dico paciente y la calidad de la atención dado que no sólo se debe evaluar los sistemas, aparatos, sino considerar también el aspecto espiritual del paciente.

La deshumanización se refleja, entre otras cosas, también en el aislamiento físico, psíquico y espiritual del paciente y del médico. Generalmente la atención que actualmente se brinda es superficial y rápida, muchas veces por el volumen de pacientes que hay que atender (abrumando al equipo de salud) y otras por el extenso horario de trabajo. También no debemos olvidarnos de la creciente fragmentación de la atención médica y las numerosas especialidades y súper-especialidades, que contribuyen significativamente a la descomposición y deshumanización de la atención al ser, sin un criterio unificante de la persona como guía del actuar, son solo instrumentos que llevan a la "parcelación" del paciente. La tecnología nos brinda cada día más instrumental sofisticado, pero el mismo desarrollo de la ciencia, bloquean las relaciones personales entre el paciente y el médico tratante. Hay otros factores, no menos importantes, como las condiciones y medioambiente inadecuadas de trabajo. La falta de instrumental, de papelería, medicamentos, personal y las permanentes y rutinarias trabas burocráticas, etc. Pero como esta situación no es nueva, el paciente siente que esta relación es insuficiente, insatisfactoria y hasta enajenante. No ha logrado los mecanismos para luchar contra

esta objetivación, inadecuada e injusta, que lo despersonaliza, lo inmoviliza, codificándolo, llevándolo a la pasividad, a la incapacidad de responder y organizarse como respuesta al sistema.

En la atención integral no sólo falta la visión que controle todos los aparatos y sistemas, sino aquella otra que tenga en cuenta el aspecto espiritual de la persona con sus necesidades particulares. El médico que antes se encargaba del paciente hasta que curaba o moría... ha casi desaparecido. La mente del médico ha priorizado la adquisición del caudal científico y ha descuidado el fortalecer carácter y virtudes para establecer los tradicionales nexos cordiales que unían al paciente con él.

Y esta situación deshumaniza y vulnera el derecho a la intimidad.

4. LA VISIÓN DESDE LA BIOÉTICA

El derecho a la intimidad deriva de la dignidad de la persona e implica la existencia de un ámbito propio y reservado frente a la acción y el conocimiento de los demás. La intimidad es inmensurable porque admite una profundidad sin límites; es el punto de apoyo y a su vez de partida para la proyección de la persona en la vida social; es una instancia que filtra y atenúa las influencias no deseadas por la persona. Toda la fortaleza sustantiva de la

intimidad se hace fragilidad pura al plantearse su comunicación y podríamos preguntarnos si por este mismo motivo es incomunicable.

La respuesta no es sencilla: resulta incomunicable si se confunde con subjetividad, pero no si se entiende como una realidad trascendente. Cuando a nuestra intimidad, en el contexto de la información sensible voluntariamente comunicada (sólo la voluntad personal puede convertir la intimidad en objeto de información), es conocida por otro, entendemos que se pierde. Pero también cuando la misma es asaltada, manipulada o robada desde fuera por un extraño se destruye por el simple hecho de su comunicación: a partir de ese momento no es intimidad, y el daño a la misma resulta irreparable.

La visión Bioética, al contener un carácter multi e interdisciplinario, debe valorar los aspectos que influyen sobre nuestro bienestar físico, emocional y mental.

Existen necesidades personales que nos obligan al análisis de una matriz de obligaciones antes de determinar el curso de una acción. En los ámbitos en los que se ejerce la salud pública se tiene que considerar que una persona enferma no debe quedar marginada con omisiones a sus derechos básicos.

Las causas más frecuentes por la que no se previene o protege la intimidad durante la atención de los pacientes es debida a defectos, carencias o ausencias de factores extra médicos en unos casos y médicos en otros.

Poner en evidencia una falta o una carencia ante una determinada circunstancia lleva implícito, para mejorarlo, el empleo de los mejores recursos (compromiso y obligación) respetando fundamentalmente la intimidad que es un valor ético, que no se puede negar a nadie.

La responsabilidad genera la obligación de reparar o satisfacer la consecuencia por acción u omisión en un acto médico. La realidad que vive una persona y sus expectativas nos permiten comprender la percepción eminentemente subjetiva de la calidad de vida. Una mayor cantidad de derechos supone un mejor respeto a la dignidad.

En el acto médico, el componente interpersonal en la relación con sus pacientes toma relevancia la "confidencialidad" por su íntima relación con la intimidad y privacidad de las personas.

Diversos factores son determinantes de la anuencia de los integrantes de los grupos de salud por evitar el respeto al agravio que provoca la vergüenza y el pudor como códigos sanitarios no explicitados.

Estas situaciones se observan con más frecuencia en las áreas quirúrgicas y se evidencian en los momentos preoperatorios, cuando los pacientes, mal protegidos, se encuentran en la espera a ser intervenidos y aún conservan su conciencia encontrándose desempoderados por pudor, angustias, vergüenza, todos estos factores que incrementan sus temores y miedos.

En el componente extra médico la responsabilidad recae en los funcionarios del estado nacional, los municipios, los sindicatos (obras sociales), los empresarios (prepagas), quienes respetando el principio de justicia, deben ocuparse de la macro distribución de los recursos económicos y el cuidado de la infraestructura en los ámbitos que se ejerce la medicina como una forma de cumplir con los derechos sanitarios de los más desprotegidos.

En la extensa lista de factores extra médicos que complementan la atención médica se encuentran los equipamientos y los accesos y distribuciones existentes en la infraestructura de algunas instituciones hospitalarias.

Debemos agregar que la profesión médica exige condiciones técnicas, éticas y morales como cualquier actividad y reclaman, a través de su comunidad profesional, por los bajos salarios, el descontento socio-laboral, los intercambios de funciones entre distintos profesionales, la falta

de comunicación, el cansancio físico y emocional por el exceso de demanda, la despersonalización de la actividad profesional, y por eso tal vez la falta de realización personal con el trabajo.

La responsabilidad genera la obligación de reparar o satisfacer la consecuencia por acción u omisión en un acto médico.

Crear, mejorar o corregir esta situación tiene una responsabilidad compartida.

5. CONCLUSIONES

En esta oportunidad nuestro objetivo en este trabajo es poner en evidencia situaciones cotidianas en el acto médico que son ignoradas en el escenario de las relaciones interpersonales por falta de autocritica de los equipos de salud (no maleficencia; libertad y responsabilidad) por una parte y de los funcionarios o los directores de los establecimientos (justicia; subsidiariedad y sociabilidad) por otra parte.

El "principalísimo jerarquizado" distingue como ética de mínimos la fidelidad a los principios de no maleficencia y justicia que son principios de ética pública en tanto una ética de máximos como son la autonomía y la beneficencia atienden preferentemente a bienes personales.

Al ser difícil precisar el momento del agravio y la forma de repararlo cuando se vulnera la intimidad, privacidad y decoro de los pacientes causada por la carencia de protección en el ambiente de su atención o por negligencia del equipo de salud, nace la necesidad de intentar la creación de una nueva perspectiva educacional creíble y factible que puntualice con mayor precisión las causas y efectos negativos que el ambiente o los agentes de la salud pueden provocar.

Pareciera que los pacientes pierden su condición de sujeto y son vistos como objeto, en que lo único importante es su anatomía y biología, ignorándose su vida emocional.

El especialista en Bioética deberá tener siempre presente dos exigencias de orden metodológico: tendrá que distinguir entre el valor objetivo de una acción y el momento subjetivo en la que esta acción se concibe y se decide en la interioridad del sujeto; además deberá subrayar la obligación moral de adecuar el juicio subjetivo, o la orientación interior, al valor objetivo de la acción misma: es en virtud de esta obligación como se garantiza la unicidad de la moralidad del acto.

La elaboración del juicio acerca del valor objetivo de una determinada acción

es fruto de un proceso de conocimiento, que puede presentar diversos grados de certeza y diversas modalidades de comprensión: primero puede manifestarse como una reacción mental inmediata y preconsciente y luego puede volverse conocimiento consciente y reflexivo.

Entendiendo el plano social de la instancia de la humanización, se puede traducir como el compromiso directo de todos los agentes sanitarios para promover cada uno en su ámbito y según su competencia, condiciones idóneas para la salud, a mejorar las estructuras inadecuadas, a favorecer la distribución justa de los recursos sanitarios, para que el objetivo principal sea el reconocimiento del bien de la persona.

Considerando este desarrollo creemos que esta presentación puede llevar a tomar conciencia sobre la vulnerabilidad de la intimidad en el proceso, hoy deshumanizante, de la atención profesional en el ámbito de la salud y desde este punto de partida asumiendo las responsabilidades subjetivas, sin anular la moralidad objetiva del hecho, debemos comprometernos a denunciar estas situaciones injustas y trabajar día a día para humanizar la atención y de esta forma respetar el derecho a la intimidad, derecho que hoy, está muchas veces vulnerado.