



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Estudios de Postgrado
Doctorado en Ciencias Sociales
Mención Salud y Sociedad

RAZÓN Y SIGNIFICADO DEL HOSPITAL COMO ESCENARIO BIOÉTICO

Autor: Carlos Villaverde
Valencia, abril de 2018



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Estudios de Postgrado
Doctorado en Ciencias Sociales
Mención Salud y Sociedad

RAZÓN Y SIGNIFICADO DEL HOSPITAL COMO ESCENARIO BIOÉTICO

Tesis Doctoral presentada ante la
Dirección de Estudios de Postgrado
de la Facultad de Ciencias de la Salud
de la Universidad de Carabobo para
optar al título de Doctor en Ciencias
Sociales, mención Salud y Sociedad.

Tutor: Dr. Tadeo Medina
Autor: Carlos Villaverde

Valencia, abril de 2018

Dedico

*A estos muertos míos: José Luis, Pepe, Yuri, Carmen y Salvador José.
Que acompañaron mejor en la madrugada de los apuntes.
Acaso en el juego de la heteronimia, de sentirnos cerca.*



ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145, 147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

RAZÓN Y SIGNIFICADO DEL HOSPITAL COMO ESCENARIO BIOÉTICO

Presentada para optar al grado de **Doctor en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad** por el (la) aspirante:

VILLAVERDE G., CARLOS G.

C.I. V- 8537684

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Tadeo Medina C.I. 4644132, decidimos que el mismo está **APROBADO CON MENCIÓN HONORÍFICA.**

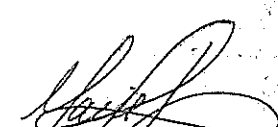
Acta que se expide en Valencia, en fecha: **06/04/2018**


Dr. (a) Enza Capozzi (Presidente)


Dr. (a) Tadeo Medina
C.I. 4644132
Fecha 06/04/2018


Dr. (a) Migdalia Medina
C.I. 2047821
Fecha


Dr. (a) José E. González
C.I. 7-078446
Fecha 06.04.2018


Dr. (a) Mariely Ramos
C.I. 7002320
Fecha 06.04.2018

IG-CS:124-17

HILO CONDUCTOR

Dedico / III
Synopsis / VI

A modo de *Introito* / 10

CAPÍTULO 1 ESCÓPICA TEMÁTICA / 17

- 1.1. Trazado de inquietudes o acaso lo germinal y su circunstancia. / 17
- 1.2. Objetivo General. / 20
- 1.3. Objetivos Específicos. / 20
- 1.4. Justificación: insuficiencia *versus* desafío. / 21

CAPÍTULO 2 ESCÓPICA TEÓRICA-REFERENCIAL / 26

2.1. Esbozo Teórico / 26

- 2.1.1. El hospital en Occidente: *sumaria* del recinto hópito. / 26
- 2.1.2. Auspicio de razón del hospital contemporáneo. / 35
- 2.1.3. Verbos cotidianos en la *fisiología* del hospital. / 40
- 2.1.4. Sujetos en el objeto: las relaciones humanas en el hospital. / 49
- 2.1.5. El arte revisitado: la coexistencia de intereses investigativos comunes. / 55
- 2.1.6. La bioética: el origen reciente del antiguo origen. / 75
- 2.1.7. La bioética: de las definiciones y los intereses interdisciplinarios. / 88
- 2.1.8. Resquicios en el reino de lo clínico-administrativo. / 102

2.2. Esbozo Conceptual / 112

- 2.2.1. La fenomenología como *conciencia* de querer saber. / 112
- 2.2.2. La hermenéutica como *funesta* e insuperable idea de interpretar. / 118
- 2.2.3. El *significado* del sujeto en su vida cotidiana. / 123
- 2.2.4. La sabiduría práctica como vertiente *otra*. / 126
- 2.2.5. El método de los principios. / 133

2.3. Esbozo Contextual / 141

- 2.3.1. El hospital son las personas: la comunidad de aprendizajes. / 141
- 2.3.2. El hospital son las personas: la motivación y la voluntad en la vulnerabilidad. / 143
- 2.3.3. El hospital son las personas: la empatía como actitud. / 147
- 2.3.4. El hospital son las personas: el respeto por la intimidad del cuerpo. / 148
- 2.3.5. El hospital son las personas: los esenciales lenguajes. / 151
- 2.3.6. El hospital son las personas: la co-construcción del invivir. / 153
- 2.3.7. El hospital son las personas: los vínculos en la vulnerabilidad. / 155

CAPÍTULO 3 **ESCÓPICA METÓDICA / 157**

- 3.1. La posibilidad cualitativa: intuición aproximativa y tipo de estudio. / 157
- 3.2. La actitud consciente y la implicancia como acicates. / 161
- 3.3. Los sujetos y su representatividad: los actores protagonistas. / 164
- 3.4. La escópica en implicancia: los instrumentos de navegación. / 167
- 3.5. El *datum* fenomenológico: la narración en hermeneusis. / 172
- 3.6. El modelo seguido y sus abordajes. / 177
- 3.7. Rigor metodológico. / 180
- 3.8. Consideraciones éticas. / 182
- 3.9. La envolverencia de la metódica: fases, contenidos y ámbitos. / 183

CAPÍTULO 4 **ESCÓPICA TRANSINVESTIGATIVA / 186**

- 4.1. La descripción: la fidelidad fenomenológica. / 186
- 4.2. Lectura y relectura de la descripción: sinopsis de categorías. / 189
- 4.3. Descripción de resultados: los que vivimos y morimos aquí. / 191
- 4.4. Descripción de resultados: el hospital es mi casa. / 196
- 4.5. Descripción de resultados: mantener la esperanza. / 200
- 4.6. Descripción de resultados: trato como me gustaría me trataran. / 204
- 4.7. Las puertas se abren una sola vez: la navegación hermenéutica. / 207
- 4.8. El empecinamiento por hacer el bien. / 212
- 4.9. El cuerpo en la casa del respeto. / 225
- 4.10. La responsabilidad impotente. / 236

CAPÍTULO 5 **ESCÓPICA APORTANTE / 243**

- 5.1. Énfasis en una mirada humanista del hospital. / 243
- 5.2. La bioética del cuidado en el hospital de las personas. / 247
- 5.3. Los significados que se adscriben. / 251

A modo de Epílogo. / 259

Antología de Referencias Bibliográficas. / 261

Adenda. / 272

- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO. / 272
- Modelo sinóptico de entrevista en densidad. / 280
- Instructivo FLACSO para transcripción de entrevistas. Año 2009. / 281
- Observatorio de Bioética (OBIC). Resumen de proyecto. / 282
- Código de Nuremberg. / 284
- Informe Belmont. / 285
- Declaración de Helsinki. / 292
- Modelo de Consentimiento Informado. / 295



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Estudios de Postgrado
Doctorado en Ciencias Sociales / Mención Salud y Sociedad

RAZÓN Y SIGNIFICADO DEL HOSPITAL COMO ESCENARIO BIOÉTICO

Autor: Carlos Villaverde / Tutor: Dr. Tadeo Medina

Synopsis

Esta tesis más que sostener aspira preguntar, en la tradición aristotélica de querer saber, que no es saber sino su intento de comprender. Su marco de referencia donde sobrevuela es la bioética en el hospital, entendida la bioética como irrupción interdisciplinar de la ética en el s. XX y en su apuesta por el diálogo y lo deliberativo sobre los dilemas y conflictos que signan la puesta en escena del ser humano, en un contexto de aplicación en el recinto hospitalario. El escenario vislumbrado para la bioética en el hospital se intenta tejer en una suerte de tres itinerarios, móviles y cambiantes, que a menudo convergen y divergen en las turgencias del discurso del investigador con los significados que adscriben profesionales sanitarios que trabajan en dicho recinto: lo histórico, lo filosófico, y lo sociosanitario. El primer itinerario ofrece una *sumaria* rasante del recinto hópito. El hospital es también su historia y, más aún, su resistencia (sobrevivencia) institucional es mediada por su evolución histórica. El segundo itinerario, como abrevadero urgente en recorrido insuficiente, no por ello menos válido, como aporte del saber del no saber socrático, en tanto diálogo abierto de saberes, desde la fenomenología y la hermenéutica hasta las teorías que revelan al nosocomio como una institución compleja donde existen personas que atienden personas, para desembocar en un tercer itinerario, el sociosanitario, donde destacan la constelación de problemas surgiendo las posibilidades de diálogo para afrontar dilemas y conflictos, ergo problemáticas, que requieren de saber prudencial, es decir, la clarificación de dinámicas y estáticas que se viven a diario en los reductos hospitalarios y que son reveladas e interpretadas por profesionales sanitarios e investigador como categorías de análisis hacia aportes comprensivos de experiencias e interrelaciones vividas en el hospital: el empecinamiento por hacer el bien, el cuerpo en la casa del respeto y la responsabilidad impotente. En el norte humanista del hospital vislumbrado, donde el escenario bioético ha de hacerse cotidiano, el carácter óntico del sujeto prevalece. En la tesis presente se comprende que el comportamiento bioético del profesional sanitario, emerge sin normas ni cursos de formación. Reside en valores, vivencias, experiencias con las que ha ido escribiendo su biografía y las coloca en función de la relación que teje con el otro sujeto en el hospital: la persona que es paciente. Sobrevuela una convicción de no degradar -aún en difíciles circunstancias- la dignidad humana del otro, en tanto sujeto integrante de la relación, en tanto co-constructores de nexos de sentido en la superación recíproca del trance vulnerable en que sitúa la enfermedad. La tesis termina en su ley, preguntando si será posible, debitado lo necesario, continuar indagando en el desierto resistido del hospital, la posibilidad de un cierto – y aún mínimo- protagonismo de la bioética en dicho escenario, en tanto lo enfático de lo humano y su dignidad, en el hoy predominante e insuficiente énfasis clínico y administrativo.

Palabras clave: *hospital, bioética, profesionales sanitarios, personas, interdisciplinariedad, diálogo, deliberación, humanismo.*

A modo de *Introito*

“Teoría otra, teoría sustancial, no única ni cierta”.
Paul Ricoeur. *La metáfora viva*. 1975.

El hospital, más allá de ser el espacio físico donde se brinda atención a las personas en el momento vulnerable de la enfermedad, es el andamiaje más importante donde se desarrolla la práctica sanitaria y su correlato social: las personas acuden al hospital en búsqueda de asistencia en la recuperación de la salud afectada. El hospital ha sobresalido en el tiempo por ser el escenario evidente de la *praxis* médica más cualificada y de mayor trascendencia en la denominada relación médico-paciente. El andamiaje técnico-médico y el incremento de recursos humanos y económicos al servicio del esfuerzo por enfrentar con posibilidades de éxito la complejidad innegable de las patologías, es un signo distintivo del hospital de la actualidad.

En la evolución del hospital se llega a creer que a más tecnología biomédica habrá más salud. Que, con recursos suficientes, humanos y técnicos, pueden curarse todas las enfermedades. Subyace en la actualidad cierta sobrestimación en las instituciones sanitarias como el hospital, al tiempo que se sospecha una disminución en su recinto de los rangos de consideración de la dignidad humana. Se olvida, además, que lo que conocemos por enfermedad, los epidemiólogos saben que es el último episodio de un proceso que comenzó mucho antes, y que tiene que ver con factores no sólo biológicos, sino psicológicos, de conducta, educativos, sociales, con consecuencias en los deseos, aspiraciones y proyectos de las personas. Porque salud y enfermedad coexisten en cada ser vivo, simbiótica o patológicamente. Rubio (1990) establece un primer dique de contención al fragor de la referida sobrestimación de las instituciones sanitarias, inmersas en la vorágine tecno-médica, que supone todo lo podrá frente a la enfermedad:

“Conviven en una misma persona, la salud y la enfermedad y por eso aún en enfermos terminales o críticos, en el desastre de cualquier organismo absolutamente depauperado, mientras exista enfermedad siempre habrá algo sano que cuidar como un testigo mudo, fiel, muchas veces impotente, pero siempre sensiblemente vivo, capaz de reaccionar frente a sentimientos tan olvidados como el amor y la ternura”. (1990:42).

Lo expresado por Rubio, en tanto concepción de la salud y la enfermedad como realidades al unísono, se convoca en la inquietud investigativa de intentar comprender las relaciones de complejidad humana que se evidencian en un hospital especializado de carácter público, en un pretendido nexo vinculante con la bioética, desde la perspectiva de visión de quienes cumplen con roles en las profesiones de la salud dentro del hospital.

Los hospitales funcionan en su cotidianidad porque existen “personas que atienden personas”. La expresión textual es de Gerardo Boschínglés (2011). Y la certeza de coincidencia investigativa con dicha precisión transita innumerables veces por los pasillos y salas del hospital, donde el tráfico es de seres humanos, en tanto personas, que sufren la enfermedad, unas; que tratan de asistir, otras. En el hospital coexisten vinculaciones humanas que le otorgan razón y significación como institución eminentemente social. Es ente donde se precisa la ética en condición de posibilidad permanente, en tanto responsabilidad, en particular de las profesiones sanitarias. Es un *ethos* burocrático con múltiples interpretaciones de las relaciones entre personas (pacientes), familiares y profesionales de alguna disciplina o ciencia de la salud. Existen, además, relaciones entre el hospital como institución de servicios de salud y el entorno que le rodea como sociedad.

En estas conexiones mencionadas al vuelo, siempre existen personas, en ámbitos de subjetividades e intersubjetividades y vértices de experiencias dentro de un *mundo social* que se vive a diario, que generan un conjunto de situaciones permeables a la bioética, como marco de apuesta dialógica y deliberativa de reflexión interdisciplinar sobre los desafíos que suponen los centros de atención sanitaria. El abordaje ético en dilemas o conflictos de inobservancia de los derechos humanos de los pacientes y el desborde de criterios morales, en la frecuentemente evidenciada fragilidad del cumplimiento de normas legales y deontológicas dentro del recinto hospitalario, dan cuenta de una emergente y sostenida necesidad de la ética del cuidado, que irrumpe a finales del s. XX bajo el neologismo de *bioética*, en la revelada insuficiencia de sortear problemáticas al eje predominante de lo clínico y lo administrativo hospitalario.

El *primer* hospital nos refiere al hospicio monástico que atendía y daba albergue a personas enfermas o en condición miserable para contribuir simplemente a su *buen* morir. El hospital contemporáneo se yergue predominantemente como centro clínico y administrativo, cuyos servicios asistenciales de preservar y restablecer salud alcanzan complejas formas de funcionamiento y financiación. Hospitales orientados a enfrentar la enfermedad en su *osadía* y restituir la salud *alterada*, bajo criterios predominantes del modelo biomédico. Los hospitales actuales en la obediencia a directrices y entes rectores en materia sanitaria, mantienen normas externas y propias de funcionamiento. En dichas normas trabajan las personas a la hora de decidir entre grandes o pequeñas disyuntivas. Deciden personas, ergo, sujetos morales en el marco de un deseable conocimiento causal y un pluralismo ético. El hospital, en consecuencia, es mucho más que una estructura o edificación donde unas personas que trabajan allí prestan asistencia profesional ante la enfermedad de otras personas que acuden como pacientes: es una densa madeja de relaciones humanas que crean una identidad de propósitos humanos, denotados en la atención clínica y el manejo administrativo, pero que, al involucrar a seres humanos, inevitablemente llevan, en sí mismos, un propósito donde subyace y emerge la bioética.

La reconocida irrupción de la bioética en los hospitales, en ocasiones fragorosa y en otras sin voltaje, ha sido valorada como necesaria en el nosocomio. No obstante ocupa espacios de supervivencia en la clásica concepción del hospital actual como hecho histórico y organismo clínico e institución administrativa. Desde la investigación que se adelanta se considera, precisamente, dicha supervivencia, una veta de auspicio para la comprensión del hospital como vislumbrado escenario para la bioética. De la necesidad de proponer aproximaciones para la vigencia de la bioética en el hospital, y no solamente la consideración de la acción clínica o administrativa dentro del mismo, en las situaciones recurrentes de atención médica que propicia su dinámica, se configura el anclaje medular que sirve de presupuesto a nuestro atisbo conceptual comprensivo del hospital como escenario bioético, en tanto sea capaz de ampliar su esencia de humanismo desde las múltiples situaciones de atención, que corresponde a los profesionales sanitarios que trabajan en el nosocomio.

En este sentido algunos datos y vivencias alimentan la inquietud: el hospital es una organización cada vez más compleja, dado su creciente requerimiento de relaciones de

interdependencia entre personas y sistemas en sus procesos esenciales. La demostración de su complejidad puede apreciarse a través de aprendizajes adaptativos sucesivos. No siempre el hospital fue *clínico* ni *administrativo*. Ni solamente las dos cosas. Lo seguirá siendo muy probablemente, pero dicho aserto no es óbice para deslastrar a la bioética de los escenarios hospitalarios. Por el contrario, es complemento y oportunidad de evolución del hospital de primer orden.

El escenario bioético vislumbrado para el hospital está unido a sustratos de desarrollo de la asistencia sanitaria, también en lo clínico y lo administrativo, sumado al aprendizaje, constitutivo de lo humano, al cambio de valores en términos de construcción social permanente de la dignidad del ser humano, en la preservación de derechos, de la persona- paciente como de la persona-profesional sanitario en el convivir cotidiano del hospital. Y en dicha complejidad hospitalaria es aludida la bioética como disciplina que puede reforzar la pertinencia para que el hospital autodefina (e incremente su proceso continuo de redefiniciones) su misión y su filosofía, sus valores y sus principios, pues, en buena medida, el hospital es reconocido como *sujeto* de responsabilidad jurídica y social, amén de asiento de cuidados, es decir, lo ineludiblemente humano, lo seguramente ético.

Éste breviarío de premisas pretende ser antesala del énfasis de lo humano que al hospital pueden otorgarle las personas que atienden personas, y que ha de ser, muy probablemente, un estadio donde pernoctar para los que acuden a trabajar en él. A partir de las experiencias y los significados que le adscriben al hospital, emergen dispositivos teóricos que van más allá de los códigos deontológicos y hacen *praxis* de carga bioética que pudiera ser tomado como contribución al pretendido hospital como escenario bioético. Para ello, en la fuente inspirativa que perfila esta investigación, se indaga en la irrupción necesaria de la bioética en el hospital como instancia dialógica y *recodo* deliberativo para inscribir a la disciplina *novísima* en el desafío de dirimir la complejidad de episodios humanos que sobrevienen a diario en un nosocomio y que conllevan -es de insistencia investigativa- una notable carga bioética.

La presente tesis doctoral en su estructura, y en la intención de la mínima *euritmia*, consta de dos modos y cinco secciones delimitadas para efectos de ilación. Los modos son sencillos bosquejos de principio y final, de *introito* y epílogo, en reminiscencias de

homenaje a Baltasar Gracián y su culto a la brevedad; hasta en lo malo: *si poco, no tan malo*. Las secciones se denominan escópicas. Escópica es un helenismo referido a la mirada. La pulsión de mirar, que llevamos inscrita en nuestro ADN, el impulso irrefrenable a no apartar la mirada, a ver cuánto más, mejor, y cuanto más detalle y profundidad, mejor. La primera escópica hace referencia al fenómeno que se pretende problematizar en términos de *trazo* temático. Se refleja un vuelo rasante sobre el tópico de estudio, lo *germinativo* y su circunstancia al emerger; las preguntas que incitan el problema de investigación; los objetivos que se procuran, en tanto propósitos de seguimiento; y la justificación del estudio y su aportación probable al problema de investigación.

El segundo momento de la investigación, al que nos referimos como Escópica Teórico-Referencial, sirve al interés investigativo de conformar una especie de espacio *triangular* donde convergen búsquedas y encuentros de saberes, en tono de esbozos. El esbozo teórico que nos sitúa en los *frentes* medulares de la investigación: el hospital y la bioética. Se intentan aproximaciones a la rica historia del hospital como institución social de interés para el mundo occidental, y se profundiza en la reconocida complejidad de funcionamiento del nosocomio de la actualidad, pasando por una re-visita al estado del arte en la coexistencia de intereses comunes al objeto de la investigación. La aproximación escópica documental prosigue en la decantación de la bioética, en su abordaje genealógico y disciplinar, para desembocar en los resquicios por donde lo clínico y lo administrativo pueden *permear* en la evolución del hospital como escenario bioético.

El segundo esbozo es conceptual y está referido a la *calistenia* fenomenológica-hermenéutica como soportes de la investigación para el *ejercicio* real de recolectar, reconocer y desentrañar los significados que profesionales sanitarios adscriben al hospital como escenario bioético. Protagonizan este esbozo, las nutritivas *turgencias* de la fenomenología y la hermenéutica, tanto los preceptos fundacionales de Husserl hasta la *casa* del lenguaje del *dasein* heideggeriano; desde el deslizamiento hacia las referencias de la fenomenología social propuesta por Alfred Shütz, hasta indagar en la suerte de epicureísmo de s.XX de la *sabiduría práctica* que esgrime Paul Ricoeur en la comprensión del sujeto, en tanto texto narrado y vivido; hasta cierto desembarco provisorio –como todo esfuerzo– en la metodología de principios, los mismos principios

propuestos por Tom Beauchamp y James Childress, obligadamente *genésicos* en William David Ross y moldeados por Edmund Pellegrino y David Thomasma, que son reinterpretados y promovidos excepcionalmente en la lengua española por Diego Gracia, que para la bioética significan la apuesta por el diálogo interdisciplinar y la atmósfera argumental deliberativa que le es consustancial a su irrupción en el tratamiento de tópicos sanitarios desde finales del s. XX.

El tercer esbozo contextual ya es la inmersión en el hospital donde se investiga. Una *miríada* de *pretextos* en contexto, sostienen la mirada, en tanto escópica, sobre quienes participan del pacto de cuidados que se sobrelleva en el hospital. El mundo social que allí es construido por las personas que atienden personas, visto desde una amalgama de vectores de actuación en tanto escenario: los aprendizajes, los valores y actitudes, la empatía, la intimidad de los cuerpos, los esenciales lenguajes comunicadores, la emergencia del *invivir* y los vínculos de la vulnerabilidad que encarna el proceso de relación donde se nutren los verbos de reminiscencia *galénica*: curar y cuidar.

La tercera escópica alude al momento metodológico adelantado y que describe las posibilidades de la investigación cualitativa y la actitud e implicancia del investigador. La escópica se traduce aquí en visiones panorámicas reveladas por el paradigma cualitativo seleccionado, que señala como hoja de ruta las fases, los modelos, los actores-protagonistas, la representatividad, las técnicas de recolección y análisis de datos, el rigor y las consideraciones éticas de la investigación, para finalmente proclamar la *envolvencia* de la metódica puesta en práctica, en el intento por atestiguar aquel *placer* que advertiera Einstein, quizá en magnífico ejercicio de ironía, de investigar a pesar de la metodología.

La cuarta escópica es la concreción de los presupuestos descriptivos de la esencialidad de la conciencia fenomenológica en los actores-protagonistas de la investigación, en tanto significados de sus experiencias vividas en el hospital, trasegadas por el afán interpretativo tras la comprensión que enarbola la hermenéutica. Es la escópica que *angosta* el lente en los resultados que emergen de la recolección de los *datos* y la hermeneusis en las categorías y subcategorías de análisis. La hermenéutica en apuesta triangulativa de otros aportes y teorías, hasta desembocar en atisbos germinativos orientados a la comprensión del fenómeno que se estudia.

La quinta escópica es la que intenta *aportar* las cuatro líneas que deja el sinsabor, acaso nostalgia, de lo escaso revelado. La pretensión investigativa, en tanto trazado de nuevas o próximas investigaciones, deviene en admitir como tres, las únicas certezas de las que se quiere estar cerca en la investigación planteada: una, hay que proseguir, pues continua la sensación de falta, el desasosiego inconmensurable de lo mucho por seguir; por tanto, se respira una atmósfera preliminar y ello es esperanzador; dos, la nada insustancial necesidad de la bioética en el hospital clínico-administrativo, como intención de recuperar el sentido del humanismo en el recinto hópito cuando no lo hubiere, y no como medio sino como fin; humanismo, por cierto, en el sentido suscrito de lo *que hacen* y de lo *que son* los seres humanos, en conexión con valores, posibilidades, exigencias, reivindicaciones, en los que nos reconocemos como seres con dignidad, dignidad de cada uno, dignidad de todos, que no debe ser hollada, antes por el contrario, respetada y protegida ; y en tercera certeza, a riesgo de olvido, la comprobación de la incerteza de saber que toda apuesta investigativa lleva implícita su circunstancia.

CAPÍTULO I ESCÓPICA TEMÁTICA

1.1. Trazado de inquietudes o acaso lo germinal y su circunstancia

Después del relámpago es otra la misma noche: es que todo es lo que es y también una vez más. **Hugo Mujica**. *Sed Adentro*. 2001.

Ya se atrevía Aristóteles a sostener que “todo problema no era más que una suma de preguntas sin aparente respuesta” (*Ética de Nicómaco*, 2007). Pretendía quizá el filósofo nacido en Estagira (384 aC-322 dC) colocar en perspectiva la importancia del problema en la prosecución de la evolución humana misma, en tanto le es consustancial en su devenir: “la semilla se transforma y da lugar al árbol, porque la semilla es ya el árbol, pero sólo en potencia, y con el tiempo, si las circunstancias le son propicias, va actualizándose” (Ed.27ª, 2007: 64). En la tradición de magisterio intacto que representa Aristóteles, *el problema* puede ser en *el acto* (en tiempo real) o *en potencia* (a futuro). No habría manera para estar indemnes ante la realidad que avanza. Mucho tiempo después, en el último tercio del s. XX, surgiría entre los promotores de la planificación estratégica un curioso dispositivo de análisis de *situaciones de dificultad* al que denominarían “árbol de problemas” (Goodstein, Nolan y Pfeiffer, 1995). El problema reflejado en las raíces que son las causas, el tallo que *es* el problema y las ramas como los efectos y consecuencias del problema. Tanto ramaje tenga el árbol, tantas serán las consecuencias. Una suerte de metáfora que ratifica la reflexión aristotélica de la cual es más que improbable, ya no digamos permanecer indemnes, sino poder escapar ilesos.

Desde las *aporías* inmemoriales de *la vida* hasta los avances para aproximarnos a *la verdad* en que insiste la ciencia, muy pocas *verdades* sociales alcanzan vigencia o certeza incommovible. Lo que hoy se sostiene como certeza mañana será duda o quizá ni

eso. Y hay que volver a comenzar. Es omnipresente, y al mismo tiempo íngrimo, el *tempo* social donde intentamos acercarnos a un fenómeno determinado. Y acercarnos tan sólo, otearlo incluso, supone todos los riesgos que implica la multiplicidad de verdades; la enorme perspectiva de situaciones susceptibles donde pisar el siempre movedizo territorio de las certezas que encierra toda problemática hecha pregunta.

Para intentar romper la coraza del simplismo que niega lo que no puede ser dicho, y desde la compleja emergencia de lo diverso y múltiple del *sujeto*, que protagoniza el hecho que lo incluye y lo sobrepasa, es imperativo declararse en lo que Morin (1999) llama el intento de conocer, pero, aún más, reconocer:

“...visión para atreverse a conectar distintas dimensiones de lo real percibido, ante la emergencia de hechos multidimensionales interactivos con componentes aleatorios o azarosos, donde el sujeto no sea reducido y totalizado, sino instado a una estrategia reflexiva y dialógica, de preguntar y preguntarnos, de intentar conocer, pero aún más re-conocer”. (1999:124).

Es, en la inquietud *moriniana* sobre el sujeto, que nos preguntamos para conocer y reconocer. Incluso en esa otra forma de preguntar que reside en el silencio que es la duda, es que se quiere re-conocer. Sobre nosotros mismo entonces, sobre lo que no conocemos, para desde algún atisbo de intuición propiciar el trance del re-conocer. En dicha búsqueda *dialógica*, en la proclividad a los encuentros y desencuentros tan inmanentes a la ansiedad *dialógica* misma, donde lo verdaderamente difícil es el “estilo del intento por comprender, ese otro eslabón más agudo del ya elusivo conocer” (Trías, 2017: 23), es que nos asimos a una relación de interrogantes e instrumentos preliminares que nos trasladen hasta algunos asideros *recomendables* desde donde partir en lo que significa una tesis doctoral: una cimiento como búsqueda, un atisbo a ser explorado, que luego se hace *árbol* (si las circunstancias lo permiten) entre el conocimiento ajeno y los saberes propios, en términos de aspiración, de relación fructífera.

La semilla *maestra* de la presente tesis doctoral, su afán germinal, su identidad ante la sombra *cavernaria*, parte de la generación de una premisa evolutiva de reflexión personal, que permite concebir al hospital, más allá del hasta ahora reconocido organismo clínico o administrativo, como un espacio aún más humanizado, es decir,

radicalmente humano, donde sea proclive la bioética, pues en él, la propia dinámica de funcionamiento está realizada por sujetos, es decir lo que Boschínglés llama “personas que atienden personas” (2011). Se quiere palpar que, en el hospital, además de manifestarse a diario como escenario clínico y administrativo, puede también ser un escenario para la bioética, sustentado en las experiencias y relaciones entre personas que atienden personas, en un contexto reconocidamente interdisciplinario. Las personas que protagonizan la atención en un hospital son actores, son protagonistas, que cumplen faenas de trabajo y roles en función del propósito fundamental del hospital: atender personas en el momento vulnerable de la enfermedad. En este sentido, la presente tesis doctoral se asume como aproximación a dicha comprensión, procurando *arrimar* conocimiento desde la comprensión misma del hospital en su tallo y ramaje, y desde las experiencias de actores-protagonistas de la atención diaria a otras personas dentro del nosocomio, y cómo dichas experiencias en contextos de cotidianidad, intersubjetividad e interacción social, adscriben ejes de significados que otorgan posibilidad al hospital como espacio para la bioética, más allá de su reconocida preponderancia clínica y administrativa.

En el trazado de inquietudes germinales a la investigación, ocurre la *prudencia* en preguntar, formulando cuatro (4) interrogantes claves del problema, en tanto *tallo* de soporte de *ramaje*:

¿Cuál es la naturaleza histórica y funcional del hospital que conocemos como espacio estructural y funcional donde tratar la enfermedad y restablecer la salud?

¿Es la bioética un espacio de conocimiento interdisciplinar de interés a la evolución del hospital?

¿Cuáles son los significados que adscriben al hospital las personas que allí trabajan, en el contexto diario de una institución donde se atienden personas (pacientes) bajo criterios eminentemente clínicos y administrativos?

¿Cómo a partir de las experiencias cotidianas de las personas que trabajan en el hospital atendiendo personas (pacientes), puede construirse un discurso reflexivo donde se posibilita la irrupción de la bioética?

Las *preguntas-problema* que se enuncian vienen a configurar la línea vertebradora de la investigación, y conllevan indefectiblemente a otro conjunto de interrogantes apuntaladas en el *eje bifronte* (hospital y bioética) ya mencionado:

¿Es el hospital un recinto h6spito (entendido como espacio grato para la humanizaci6n del proceso salud-enfermedad) para las personas que acuden a 6l a trabajar?

¿Puede el hospital, de acuerdo a las experiencias de las personas que all6 laboran, justificar su pertinencia social, en tanto cumple con su misi6n de asistencia ante la enfermedad?

¿Las personas que atienden a otras personas sienten al hospital como el espacio m6s adecuado para la atender a las personas que padecen la enfermedad?

¿Cu6l es la real implicancia de las personas que atienden personas, en t6rminos de responsabilidad, en las decisiones que se toman en los 6mbitos cl6nico y administrativo del hospital?

¿Es posible, de acuerdo a la experiencia acumulada en el trabajo hospitalario diario, la emergencia de un 6mbito como la bio6tica, en tanto escenario que ampl6e los horizontes de calidad de funcionamiento del hospital y su consolidaci6n como espacio para el humanismo?

Las preguntas son m6s que respuestas en la ruta que se intenta transitar; conforman en s6 mismas miradas y tejidos cuya fuerza se hace imprescindible en tanto y en cuanto tengan eco en los sujetos investigados. Incluso pueden, de acuerdo con Lanz (2004), hacer *metamorfosis* de s6 mismas o hacerse preguntas de *preguntas*:

“...surgir muchas m6s preguntas en el curso de toda investigaci6n, o desechar muchas otras inquietudes, porque cuando se asume el desaf6o de investigar, el sistema de alertas tiene que expandirse en visi6n panor6mica, primero, para luego, sin abandonar aquello, recoger la mira en el hallazgo que no podemos ni queremos dejar pasar en el tiempo”. (2004:123).

S6lo *Cronos lo sabe*, la expresi6n atribuida a S6crates por Plat6n, cuando en la plaza de *polis*, trataba de convencer a sus adeptos de la importancia del tiempo para preguntarse la vida. Pues en *tiempo* y *hallazgo* de lo preguntado creemos que vale la pena adentrarnos en el c6mulo de dudas, en tanto desaf6os, que nos aguardan, en la siempre excitante -tanto como procelosa- aventura que encarna toda investigaci6n.

1.2. Objetivo General

Generar conocimiento comprensivo a partir de la evoluci6n del hospital y las experiencias de quienes trabajan en el recinto hospitalario en la atenci6n a personas,

desde lo predominantemente clínico y administrativo, hasta conjugar la posibilidad del hospital como escenario bioético.

1.3. Objetivos Específicos

- I. Describir la naturaleza histórica y funcional del hospital reconocido como espacio para tratar la enfermedad y restablecer la salud.
- II. Reconocer la irrupción de la bioética como espacio de conocimiento interdisciplinar de interés a la evolución del hospital.
- III. Construir, desde las experiencias de las personas que protagonizan la gestión de atención hospitalaria diaria a otras personas (pacientes), la razón y el significado del hospital como escenario bioético.

1.4. Justificación: insuficiencia *versus* desafío

Se plantea, desde la asunción del hospital moderno, cuando se ratifica su importancia social, si estas instituciones tienen vida ética en sí mismas, como característica propia. Se sostiene que sí o lo contrario. En afirmativo sería importante determinar hasta qué *antesala* de pacientes, un hospital puede seleccionar para sí unas normas que permeen la conducta de los que en él trabajan. Hasta dónde pueden ser influidas las *decisiones* ante las grandes y pequeñas disyuntivas que se le ofrecen en el campo de las tensiones cotidianas que invariablemente surgen entre quienes laboran allí. Y si más allá de la norma deontológica que probablemente existiera, en el plano óntico, puedan existir las condiciones de proclividad en la conciencia de los que trabajan en el hospital para generar los consensos éticos necesarios en el resguardo de la dignidad humana.

Desde el campo de estudios de la gerencia de servicios de salud se sostiene que un hospital es una estructura de cemento, cabilla y cristal en la que se alojan y se yuxtaponen servicios clínicos, técnicos y administrativos específicos, donde lo imprescindible es la funcionalidad y comodidad de dicha estructura, para que los servicios de salud a prestar sean de fácil acceso y deseable comodidad para los usuarios. Se colige que no pareciera tan importante, a la *clásica* gerencia de salud, los valores éticos ni las convicciones morales que implica su funcionamiento *hacia* las personas. En todo caso pudieran hacerse concesiones a la ética desde cualquier curso de fin de

semana en el hospital. Desde la política el hospital es un logro concreto de gestión, y también una hechura de ingeniería cuyo ribete arquitectónico lo designa como obra de *utilidad social*, de acuerdo a intereses y necesidades de desarrollar la salud de la población. Autores, como Artaza (2010), quien fuera ministro de salud de Chile, sostiene que el hospital es mucho más que un edificio y unos servicios generales: “es un denso retículo de relaciones humanas que, por encima de la planta física, crean una identidad moral, esto es, llevan en sí siempre e inevitablemente un propósito ético” (2010:23).

Pensar en una sociedad donde las organizaciones no tienen en cuenta los efectos de su práctica resultaría insensato. Artaza (2010) sostiene que “el hospital es una organización que repercute hondamente en la sociedad” (2010:24), por tanto, es eminentemente social, pese a que, a lo largo del tiempo, el hospital ha sido tratado como mero escenario de desarrollo de la clínica (la atención al curso de la patología) o de administración de la caridad o de los recursos económicos, siempre finitos. Es a partir del s. XX, que el hospital ha devenido progresivamente en un organismo de funcionamiento complejo que ha requerido de abordajes comprensivos desde diversas disciplinas, especialmente las provenientes de las ciencias sociales, y, en dichos abordajes, ha *topado* con la vieja ética, *revivida* en la bioética de las postrimerías del s. XX.

En la presente investigación se parte de la premisa de que la comprensión y creación de conocimiento en el campo de las ciencias sociales, en el vector de la salud, debe sustentarse en perspectivas y formulaciones que permitan aproximarse a reconocer lo que representan los sujetos de la experiencia sanitaria. Por ejemplo, el *ser* que se desenvuelve en un recinto como es el hospital, sus implicaciones, motivaciones, razones y significados que adscriben a un espacio tan importante a la salud humana, como lo es el hospital, y esta solicitud va más allá del hasta ahora hospital admitido en primacía como organismo clínico y administrativo. Lanz (2010), a propósito de un seminario sobre teoría social del Doctorado en Ciencias Sociales, mención salud y sociedad, nos recuerda los desafíos de la novedad siempre en *vorágine*:

“Precisamente uno de los retos principales de las ciencias sociales desde sus inicios, ha sido comprender el cambio social, por lo que éste podría ser un momento singularmente exigente para las ciencias sociales; un tiempo de adelantos tecnológicos, de insalvable y por momentos necesaria influencia de

los medios masivos de comunicación, la preponderancia del mercado como elemento definitorio de las relaciones sociales, la aparición de nuevas significaciones, nuevos rituales, nuevos actores, nuevas valoraciones, o mejor dicho, múltiples e incesantes desvaloraciones. La realidad que define a lo contemporáneo y que da serias muestras de ser la que identifique los tiempos por venir, está signada por la falta de equilibrio, por una propensión al caos del que saldrán nuevos órdenes. En consecuencia, las interpretaciones de la realidad no pueden buscar la simplicidad sino la explicación de la complejidad que surge de nuevas realidades sociales”. (Lanz, 2010:2).

En ese marco descrito de múltiples e incesantes valoraciones y desvaloraciones se quieren encontrar aproximaciones a la concepción de un hospital que, no sólo para la clínica o lo administrativo puede esgrimir su misión, sino que también puede ser un escenario para la bioética, siendo ésta disciplina capaz de ir más allá del comité de bioética y el código deontológico inobservado, y hacer posible una dimensión del humanismo hospitalario, percibido hoy como insuficiente. En este sentido, el aporte que se ofrece está orientado a la comprensión teórica de una concepción del hospital como escenario bioético, construida a partir del reconocimiento evolutivo del propio hospital y las experiencias y sus significados, que adscriben quienes trabajan en el nosocomio, en la atención a personas que demandan atención sanitaria ante la enfermedad.

Se recordará al s. XX como el periodo temporal en que la ciencia y la tecnología hicieron avances considerados inauditos. A no dudarlo tales avances produjeron muchas ventajas y mejoras a la calidad de vida de los seres humanos. Particularmente en el campo de la biomedicina y la ampliación de las relaciones humanas en torno al denominado binomio salud-enfermedad. Los avances no cesan de comunicar progresos considerados como factores conducentes de salud y bienestar. También se puede convalidar que muchos de esos avances, en no infrecuentes casos, culminan en lo contrario, es decir, la deshumanización de la vida y en dinámicas que pueden conducir a la indignidad humana. La insuficiencia de argumentos que aborden procesos donde se pueda dejar de consolidar la deshumanización hospitalaria hace pertinente que desde una institución social como el hospital se puedan ofrecer contenidos que permitan preservar la dignidad humana.

En el ámbito sociosanitario y en la concreción de los avances diagnósticos y terapéuticos, el hospital ocupa un lugar primordial, por cuanto en dicho recinto se realizan los protocolos asistenciales de las múltiples patologías que pueden aquejar al

ser humano. En el hospital se realizan las actividades orientadas a recuperar la salud afectada de los seres humanos. El mantenimiento óptimo de la institución hospitalaria, en función de su loable propósito, constituye no sólo una obligación de Estado, sino también un ejercicio de corresponsabilidad de los ciudadanos, por cuanto es en el hospital donde se realizan el conjunto de procesos de preservación, restablecimiento y rehabilitación de la salud, de cuya pertinencia social nadie coloca en duda. Y dicho mantenimiento óptimo requiere a su vez de la administración de recursos considerados finitos que garantizan la viabilidad de la institución misma. En el eje de acción clínico-administrativo debate el hospital actual su pervivencia más notoria.

Por su parte la bioética ejerce ya, no sin sobresaltos y pese a significativas insuficiencias, un reconocimiento en el *magma* interdisciplinario del conocimiento, particularmente una de sus vertientes, la bioética clínica. Como una especie de *membrana* con propiedades *osmóticas* ante la vertiginosa producción biotecnológica y los subsecuentes dilemas humanos que procrea, la bioética promueve, por ejemplo, espacios *para* intentar consensos entre el ser humano y la *rueda* de la industria de la biomedicina o de los conflictos surgidos al principio y final de la vida. Tamaña empresa. Pero la bioética también puede servir de marco reflexivo sobre aspectos que ya no son tan lejanos ni pertenecen al campo de la ciencia-ficción: ¿Replicarnos unos y otros? ¿Suicidarnos unos y otros? ¿Intoxicarnos unos y otros? ¿Trasplantarnos unos y otros? ¿Contaminarnos unos y otros? ¿Niñas embarazadas? ¿Violencia y maltrato en los nosocomios? ¿Respeto a los cuerpos como derecho humano? ¿Terapias para unos y otros no? ¿Pacientes, clientes o agentes? ¿Cuidar y curar dignamente? Todas estas interrogantes, y millares más, ya desbordan los *afanes* de estudio de las ciencias sociales y alertan del contacto del *sujeto* que coexiste con *otros* y que se preocupa por el sustantivo vida más allá del crepúsculo de cualquier día miércoles.

Gracia (1990) destaca la pertinencia social e histórica de la *nueva* disciplina: “La bioética, si bien se remite al individuo lo hace en un contexto gregario, un planteamiento social y, por supuesto, histórico” (1990:76). Y en ese recinto *gregario* del hospital, desde su evolución histórica-social, en su énfasis actual de predominio clínico-administrativo, hasta el hospital como “organización humana” (Artaza, 2010), se intuye la falencia de fuentes que nutran una conceptualización que otorgue validez plena a su elevada condición de ejercicio ético, especialmente en el tejido de relaciones que se

establecen entre las personas que asisten a otras personas en el momento vulnerable de la enfermedad.

Si bien se reconoce a los comités de bioética hospitalarios, creados en algunos hospitales como un avance significativo en la necesidad de resolver problemáticas de origen socio-sanitario, es preciso generar otras fortalezas, otras posibilidades en resguardo de la dignidad humana. No se intenta la aproximación a un proceso accidentado ni remarcado por la frecuente alusión a la carga de conciencia del individuo que coexiste en sociedad; es, por el contrario, lo que Zubiri (1993) denominara como “persuasión fluyente en la conciencia” (1993:67) que puede hacerse con la naturalidad de la vida, y por (y con) los que a diario *hacen vida* en el hospital. Esta es, con holgura, la posibilidad que Gascón y De Lora (2008), detectan en la bioética:

“...esfuerzo en la búsqueda de consensos entre criterios disciplinares diversos que convergen en el hospital, entre profesionales que ejercen las ciencias de la salud y pacientes, y entre estos y el poder directivo de la sociedad misma, entre salud y enfermedad, entre vida y muerte, entre destrucción o naturaleza, entre bienestar y tecnología, y que de hacerse cotidianos se pasan por alto”. (2008:48).

La comprensión del recinto hópito (aspiración insondable del investigador) en los términos planteados, presupone que la raíz de dicha comprensión se deposita en el culmen de relaciones de interdependencia entre las personas que *hacen* a diario el hospital, las que trabajan y hacen cotidiana la pernocta en él; las que conjugan los verbos *galénicos* de cuidar y curar, en su más amplia acepción de miradas. Es de interés a la investigación los resultados de esas relaciones de interdependencia. La *savia* nutricia, traducida como las experiencias susceptibles de emerger en significados de quienes, a diario, trabajan y construyen el sustrato que da razón de ser al hospital, constituye buena parte del andamiaje que sustenta la investigación que se adelanta.

Y la posibilidad es deseo de avanzar en la mirada del hospital como un escenario para la bioeticidad, implícita o subyacente en las personas que laboran en el nosocomio, más allá de los efectos totalizantes y aspectos normativos. Propiciar conocimientos en torno a la dimensión del hospital como escenario bioético, a partir de la *savia* mencionada, constitutiva de lo humano, justifica el desafío de abordar el convivir cotidiano del hospital.

CAPÍTULO II

ESCÓPICA TEÓRICO-REFERENCIAL

2.1. Esbozo Teórico

2.1.1. El hospital en Occidente: *sumaria* del recinto hópito

La historia del hospital en el denominado mundo occidental configura el resultado de un desarrollo ya prolongado, cuyo denominador común han sido la asistencia y la caridad ante la intemperie y la enfermedad. Este propósito, pese a los altibajos de todo proceso evolutivo, se ha realizado en lugares o espacios físicos cuyas particularidades varían de acuerdo a la cultura de los pueblos. Para la presente investigación, las coordenadas parciales de interés del mundo occidental las ubicamos en lo filosófico desde la antigüedad griega; en lo jurídico con el legado del derecho del imperio romano; en lo teológico desde la implantación de la tradición judeo-cristiana; con la concepción artística alcanzando relieves icónicos en el Renacimiento europeo; y el desarrollo del pensamiento sociológico encarnado en la Ilustración. En esa suerte de *marco histórico* podemos decir que de los primeros hospitales de entonces queda poco en el hospital de la actualidad, caracterizado éste por sus avances en la capacidad de respuesta técnico-médica y las dificultades de su viabilidad financiera como sistema complejo dispensador de servicios de salud, así como su progresiva deshumanización en desmedro de la dignidad del paciente y de quienes tienen la responsabilidad de *asistirle* en el momento de la enfermedad.

En su raíz etimológica el hospital designa su propósito: *hospedar*. En latín la expresión *hospitalis* es un adjetivo que quiere decir amable y caritativo con los huéspedes. La palabra *hospicio*, también de origen latino, proviene de *hospitium*, lugar para recibir y alojar peregrinos y pobres. La función primigenia de los hospitales pioneros fue la asistencia al menesteroso, al afligido en la pobreza y que ya casi moribundo era menester ayudar a *buen morir*, alejando en lo posible al *enfermo* de los efectos *demoníacos* que determinaban su padecimiento. El hospital era entonces una

especie de bitácora de infortunios donde se iba a finiquitar el compromiso con *la existencia* y no *procurarla*; una *casa ajena* para fenecer y no promover *la vida*.

Algunos estudiosos de la historia del hospital como López (2008) plantean que no se puede identificar un origen único ni preciso del hospital ya que el mismo surge simultáneamente en varios continentes y lugares del mundo antiguo. En referencia de López (2008) los hospitales ya *existían* en Bizancio, en el s. IV aC, posiblemente por influencia de Santa Elena, madre del emperador Constantino. La idea del nosocomio bizantino (*nasocoim*, en latín) se extendería por Occidente, en la Grecia de Esculapio y en la antigua Roma: “siempre en manos monásticas, pese a la reticencia eclesiástica” (2008:125).

De acuerdo con Laín Entralgo (1998) “existen registros anteriores y posteriores a Cristo de hospedajes y hospicios, tanto en China, como en Ceilán (actual Sri Lanka) y en Egipto” (1998:139). Se trata de diferentes palabras originadas en una misma raíz latina que denota la presencia de *almas pías* que sustentaban, cuidaban y albergaban a peregrinos, niños, ancianos, vagabundos y, en algunos casos, *enfermos*.

Gracia y Lázaro (2009) no encuentran similitudes al hospital en las culturas nómadas ni en las arcaicas. La denominada *Casa del Enfermo* era la institución donde inicialmente se practicaba la asistencia médica: “Estas casas eran administradas por antiguas familias patriarcales y donde la posibilidad de atención a pacientes crónicos se facilitaba, incluso, en mejores condiciones que la familia nuclear actual” (2009:175).

A la casa familiar donde se atendía al *enfermo* se le suma, en el mundo arcaico, dos instituciones que diferenciaban el tipo de médicos que allí participaban: los templos y sus espacios anexos, que era regido por el *médico-sacerdote* y su comportamiento era muy ritual, litúrgico, en espacios acondicionados, dotados de manantiales de agua a la que se atribuían efectos terapéuticos. El acto médico era secundario a la actividad religiosa, como se recuerda en los templos salúferos egipcios, dedicado a divinidades y santuarios, específicos de la salud. La otra institución reconocida eran las ya mencionadas casas del enfermo o la *oficina del médico*, donde actuaba el *médico-artesano* que realizaba tratamientos a patologías externas y cirugías, algunas de cierta complejidad. Como el carpintero o herrero. El médico o bien atendía las necesidades del enfermo en su oficina o era capaz de trasladarse hasta la casa del convaleciente.

En el mundo clásico Gracia y Lázaro (2009:179) nos refieren a dos lugares de asistencia a los enfermos: los templos de Asclepio, el dios de la salud, donde atendían los *médicos sacerdotes*, a los pacientes que en peregrinación acudían a estos hospitales donde les proporcionaban hospedaje y atención a sus dolencias. Cabe destacar que el vocablo latino *hospes* significa peregrino, y en el sentido original del término, un hospital es el lugar donde pernoctan los peregrinos. De aquí la diferencia con las *hospederías* tradicionales de atención a transeúntes o errantes, pues en el hospedaje hospitalario se le brindaba atención médica al enfermo en su peregrinaje. López (2008) describe que en los templos de Asclepio se realizaban “ritos análogos a los templos egipcios, destacándose el denominado *incubatio*, donde los enfermos soñaban, bajo ciertos efectos de brebajes alucinógenos y los médicos al día siguiente dialogaban con los enfermos e interpretaban sus sueños en procura de curar la enfermedad” (2008: 128).

El otro lugar de asistencia a los enfermos, reconocido en el mundo clásico griego, era la ejercida por los médicos hipocráticos en modestos locales de la plaza pública. Mostraban predilección por la cirugía y realizaban la *anamnesis* al enfermo. Cuando el médico perteneciente a la escuela *hipocrática* era reconocido por sus habilidades y destrezas podía establecerse en una ciudad determinada y prestar asistencia en una oficina o casa fija. El énfasis que Hipócrates “puso sobre los hechos más que sobre la fe situó a la medicina en una nueva base de racionalismo” (Laín Entralgo, 1998). Los templos asumieron cada vez más la real naturaleza de hospitales. Los pacientes con enfermedades consideradas agudas eran ahora llevados allí para tratamiento. Aunque el acento estaba todavía presente sobre la dieta apropiada y la moderación en los hábitos de vida, la terapia devino más diversa y por tanto compleja. La influencia de la sólida visión del arte de *curar* descubierto en los escritos de Hipócrates prevaleció por cientos de años y ganó renovados ímpetus en el trabajo de Celso, en el s. I de la era cristiana, y en las referencias de Galeno y Antilo, que practicaron dicho arte alrededor del año 160 dC. Durante ese período los cuidados médicos estuvieron cercanos en *espíritu* a la medicina moderna que se practicó durante los siguientes quince siglos y que ha sido especialmente el talento distintivo desarrollado por grandes *clínicos* posteriores desde Sydenham y Heberden, hasta Charcot y Osler.

En *Sobre el médico* (citado por Gracia y Lázaro, 2009) se describen las normas higiénicas (en una época donde se desconocía la existencia de bacterias) de un hospital *hipocrático* y desde allí se aprecia la sensatez por la buena asistencia al enfermo en el recinto:

“En primer lugar, ha de ser un lugar confortable, y lo será ni no lo molesta el viento penetrando en él, ni lastima el sol ni la oscuridad. La luz resplandeciente resulta inofensiva para los que curan, pero no lo es, sin embargo, para los que vienen a curarse. Sobre todo, hay que evitar en todo momento el resplandor que llega a dañar los ojos y los enferma. Esto es, en fin, lo que está aconsejado respecto a la luz (...) A los enfermos hay que ofrecerles agua potable y limpia, para enjugarse hay que usar tejidos limpios y blandos, paños para los ojos, y esponjas para las heridas. Eso parece que ayuda bien por sí mismo”. (2009:180).

En la Roma clásica, en virtud de las necesidades de asistencia médica en las acciones bélicas, se registraron grandes progresos en el desarrollo de hospitales. Las denominadas *valetudinarias*, cuando no eran tiendas de campaña que se levantaban para acompañar al ejército en sus acciones, eran enclaves edificados con piedra en forma cuadrangular en cuyo centro tenían un patio y las habitaciones estaban ubicadas a su alrededor. Justo al lado, y casi en forma simultánea, se construía un *veterinarium*, para curar los animales heridos y reponerlos para servir de fuerza de tracción del ejército. Muchos son los autores que mantienen la tesis de que las *valetudinarias* pueden considerarse como el referente romano más nítido de los hospitales posteriores.

Ya en la edad media surge el hospital como expresión sanitaria de la denominada cultura latina. Ya en *decadencia* la tradición de la medicina hipocrática aflora el ejercicio de una medicina artesanal empírica. En el período de la *alta edad media* (ss. V-X) el hospital se reafirma como creación judeo-cristiana en el mundo occidental. La caridad como práctica de cristianos dará origen a los espacios de atención de personas en condiciones precarias de vida y usualmente enfermos, que serán atendidos en estos recintos de acogida. Podría ser cualquier casa rectangular, sin habitaciones individuales, con condiciones mínimas de higiene y no necesariamente regentadas por un médico o una enfermera, por lo que los cuidados propiamente médicos eran escasos. Foucault (1976) es quien infiere que probablemente el primer modelo de hospital *parecido* al hospital del s. XX que conocemos fue el *benéfico* de la edad media:

“¿Cuándo empezó a programarse el hospital como un instrumento terapéutico, de intervención en la enfermedad o el enfermo, instrumento capaz, por sí mismo o por alguno de sus efectos, de curar? El hospital como instrumento terapéutico es un concepto relativamente moderno que data de fines del siglo XVIII, pero ya en la época medieval existía la concepción benéfica de esta institución. Es alrededor de 1760, que se crea una conciencia de que el hospital puede y debe ser un instrumento destinado a curar al enfermo y que se refleja en una nueva práctica: la visita y la observación sistemática y comparada de los hospitales”. (1976:97).

En esta época medieval también surge un tipo de hospital orientado a la atención a los *apestados*. Eran edificaciones con habitaciones independientes, pequeñas, tipo celdas y fortificadas y alejadas de las ciudades para establecer la cuarentena en enfermos y evitar el contagio de las frecuentes epidemias que asolaron a la Europa de la edad media. En esta época se construyen también los manicomios, las leproserías, y hospitales para atender enfermos de patologías singulares como el *ergotismo* o *fuego de San Antonio*, en lo que germina desde entonces el criterio -hoy funcional- del hospital especializado.

Si bien la característica medular del hospital cristiano medieval fue la caridad de fuerte influencia religiosa, con escasa atención médica y con un acento marcado en la *hospedería*, también el hospital islámico medieval estaba muy influenciado por la cultura bizantina y era regido por médicos y no por religiosos, que atendían a los enfermos en compartimentos separados denominados *secciones*, donde paralelamente a la actividad médica cumplían funciones docentes en la formación de futuros médicos. Según Garrison (2003) “el más grande y mejor dotado de los hospitales musulmanes fue el fundado en Damasco en 1160 y el de El Cairo en 1276” (2003:89). En el hospital de Damasco se administró el tratamiento y se proporcionaron medicamentos durante tres siglos. Para el año de 1427 se decía que los fuegos de ese hospital nunca habían sido apagados desde que se fundara. El gran hospital de referencia de entonces es el *Al Mansur* en El Cairo, fundado en 1283, y que era el hospital *representativo* de la época:

“...una enorme estructura cuadrangular con fuentes en los cuatro patios, salas separadas para las enfermedades más importantes, salas para mujeres convalecientes, cuartos de conferencias, una extensa biblioteca, clínicas externas, cocina de dietas, un asilo de huérfanos, y una capilla. Empleaba enfermeros de los dos sexos, y desembolsaba una cantidad apropiada a cada

convaleciente al salir del hospital, de manera que no tuviera que ponerse a trabajar de inmediato. Los pacientes eran alimentados con una dieta rica y atractiva, y los insomnes eran tratados con música suave, o como en las Mil y Una Noches, por personas hábiles para relatar cuentos”. (2003:94).

Se atribuye a los caballeros de la Orden de San Juan, institución fundada en Jerusalén en 1055, el levantamiento de una edificación con características de hospital. (López y Terrada, 2000). Allí mismo, en Jerusalén, “acuden los enfermos y menesterosos a recibir atención para sus padecimientos, muchos de los cuáles iban más allá de la enfermedad para confundirse con la inopia de una vida miserable”. (2000:209). Tiempo después, describen López y Terrada (2000), aparece registrado en 1311, en Rodas, el hospital que permitiría el intercambio en la época de las cruzadas, de similares estructuras y ejes de funcionamiento a los hospitales del mundo judeo-cristiano: casas para la asistencia al enfermo y su sinonimia de entonces, el menesteroso.

Dos antiguas civilizaciones, India y Egipto, tuvieron también hospitales más o menos rudimentarios. Es sabido que existían hospitales en Ceilán (hoy Sri Lanka, desde 1972) tan temprano como en el 437 aC. El más destacado de los primitivos hospitales en India fueron dieciocho edificaciones contiguas construidas por el Rey Asoka (273-232 aC). Estos son históricamente significativos porque “tenían características similares al hospital moderno” (2001:210). Los encargados tenían órdenes de dar trato *amable* al enfermo, proveerle con *frutas frescas* y *vegetales*, preparar medicinas, darle masajes y cuidar que sus propias personas estuvieran *limpias*. Los médicos hindúes, incidentalmente, fueron adeptos a la cirugía y, conocieron todos los procedimientos *operatorios* de la época, excepto el uso de *la ligadura* (2000: 211).

Desde el Renacimiento el hospital pasa a tener una mayor orientación a la atención de enfermos en detrimento de los menesterosos o indigentes. La caridad, como *leiv motiv* fundamental de la existencia de los hospitales de hasta entonces, fue cediendo terreno, lentamente y no sin conflicto, a la medicina de cara al *enfermo*. Se comenzó a observar con detenimiento investigativo, no sin las dificultades propias de la época, la patología y la clínica como su correlato resolutivo. Desde el s. XVIII la denominada medicalización de los hospitales se hizo notoria. Se edificaron grandes estructuras bajo criterios de atención general a los enfermos. No sólo era cuidar a los enfermos sino

intentar curarlos. Los nosocomios generales se ordenaron de acuerdo a las patologías, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Adosado a estos hospitales se levantaba un jardín botánico donde se cultivaban plantas con efectos terapéuticos. Además, surgen en estos hospitales de la ilustración, las salas de cura (germen del quirófano de hoy) y las salas de autopsia de cadáveres, rudimento de las morgues actuales. Para la construcción de estos hospitales ya era tomada más en cuenta la opinión de los médicos que de los sacerdotes, en lo que constituía unos de los cambios más significativos de la tradición laica de los nosocomios que se fortalecería en los siglos siguientes.

En el continente americano, de acuerdo con López (2008) “los hospitales surgieron con características semejantes a las de los nosocomios europeos de la edad media y el renacimiento, con rasgos de las ideas más avanzadas de esas épocas” (2008:301). El 29 de diciembre de 1503 se inauguró en Santo Domingo el Hospital de San Nicolás de Bari, el primer nosocomio americano, fundado por el gobernador fraile Nicolás de Ovando de la orden militar de Alcántara. Fue restaurado en 1519 y reedificado en 1552, llegando a tener capacidad para cincuenta enfermos. Este hospital fue pionero en obtener, en 1541, la filiación con el archihospital romano de *Santo Spirito*, que otorgaba rango de importancia al nosocomio.

En el s. XIX se reafirma la medicalización del hospital iniciada en el siglo precedente. De los grandes hospitales generales se pasa a estructuras de hospitales por pabellones. Espacios cuadrangulares -con camas alineadas en su interior- separados unos de otros por jardines. De la práctica de la caridad e importancia de la asistencia espiritual se pasa a una definitiva medicalización revelada en el crecimiento del conocimiento en torno a la patología, surgimiento de laboratorios clínicos, irrupción de quirófanos, servicios de anatomía patológica y el desarrollo de la enfermería como disciplina científica de contacto directo con los enfermos, que pasaban a denominarse *pacientes*.

Quizá el rasgo físico más notorio de los hospitales actuales lo sea la verticalización de sus espacios. El hospital de hoy es un edificio, lo más alto o grande que se pueda, donde las especialidades de diagnóstico y tratamiento de las patologías se hacen desde plantas uniformes y no por extensos pabellones como en el s. XIX. El rasgo de funcionamiento que más se distingue en el hospital contemporáneo radica en la

interdisciplinariedad que se observa cuando en el hospital actual trabajan no sólo personal médico o de enfermería, sino también personas de diferentes profesiones, en virtud de la complejidad con que se asume hoy el binomio *salud-enfermedad*, cuyo epicentro de prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento sigue siendo el hospital.

El llamado *hospitalocentrismo*, es decir, el criterio que considera al hospital como el núcleo supremo del sistema sanitario, en desmedro del resto de instituciones sanitarias o asistenciales, parece dar muestras “de necesidades de amplitud en sus horizontes de institución de cuidado” (Gracia y Lázaro, 2009). Desde el último tercio del s. XX, el hospital se ha revelado *costoso* de mantener y su principal utilidad pareciera estar en la resolución de la casuística de patologías problemáticas o más complejas. Una *deshospitalización* progresiva es una característica que se apoya en la posibilidad cierta y la necesidad financiera de atención a pacientes con enfermedades frecuentes y menos graves en centros ambulatorios y pequeños hospitales de carácter local.

La proliferación de redes de asistencia comunitaria de la que el *gran hospital* es el último eslabón, otorga relevancia a los centros ambulatorios y pequeños hospitales donde puede practicarse la medicina preventiva y la educación sanitaria a la población, bajo la premisa de que es más eficaz y económica la prevención comunitaria que la curación hospitalaria. El sentido común que revelan estas premisas no siempre resulta aceptado y aún menos practicado. Esto es, de acuerdo, con la Organización Mundial de la Salud en su informe anual 2015, uno de los *urgentes e impostergables* desafíos que tiene la salud en la actualidad, y evitar situaciones de *injusticia* sanitaria e *inequidad*. (OMS, 2015: 51).

La cultura instalada de otorgar al hospital del s. XX, una suerte de eje de soluciones a toda problemática de salud sigue incidiendo en la vigencia del *hospitalocentrismo*. En el mundo occidental, desde la visión del hospital como recinto para la caridad y saneamiento espiritual del pasado hasta el avance tecno-médico actual cuyo despegue a mediados del s. XX se hace imparable. El hospital pasa, en “un micro-tiempo histórico” (Carr, 2003) por la otrora exclusiva atención de sacerdotes, frailes o médicos, hasta llegar al tejido de especialistas y subespecialistas médicos o de enfermería, paramédicos, administrativos, psicólogos, terapeutas, personal de apoyo técnico y todo tipo de profesionales, en jerarquías y códigos de comportamiento profesionalizado, que

han afianzado el modelo *biomédico* en boga, generando a su vez una *realidad* contemporánea, que si bien descarta la premisa medieval de que los hospitales sean *las puertas* de la muerte, ha desembocado no pocas veces y con las excepciones del caso, en instituciones hospitalarias burocratizadas reveladas en *fábricas médicas* poco eficientes, cuando no en “hospitales insuficientes” (Boschinglés, 2011) donde se practica la medicina sí, pero a menudo no se atienden aspectos de la medicina que necesitan los pacientes y que, en la práctica, quiere ejercer el personal de salud que tiene la responsabilidad de atender a dichos pacientes.

La historia del hospital, es también la carrera paralela que se registra en la construcción de hospitales asociados a la idea de formación de personal de salud. Surge la universidad en el seno del recinto hospitalario. Porter (2011) revela que, en universidades primigenias como Bolonia, París, Salamanca y Montpellier, la medicina era incorporada a la enseñanza que tenían en esos hospitales, con mayores o menores adelantos. La Universidad de Bolonia llega a tener una Facultad de Medicina desde 1156. En el s. XIII se comenzó a *exigir* el título de médico para ejercer la profesión, aunque el rey de Sicilia ya lo había exigido en 1140. En las colonias de Norteamérica, se creó la primera escuela de medicina en la Universidad de Pensilvania, en 1765, que tenía la influencia de la de Edimburgo, con una facultad ligada a la universidad con práctica clínica en los hospitales. Esta escuela fue referente para la educación médica en América hasta comienzos del s. XX. Posteriormente, fue la primera escuela que creó un hospital exclusivo para docencia, en 1870 (2011:139).

En las colonias de Suramérica, la enseñanza de la medicina tuvo una influencia más relacionada con las escuelas médicas francesa, italiana y española (López, 2008). Si bien en el Virreinato de Nueva España y en el del Perú, hubo continuidad en la formación de médicos, con una formación galénica-medieval, se sostiene que la corona española tenía interés prioritario en la enseñanza de la teología católica, como justificación para que los habitantes primitivos aceptaran al Dios de los cristianos. Cordero-Moreno (2006) sostiene que, en Venezuela, “los primeros estudios médicos fueron adelantados por Lorenzo Campins y Ballester, quien obtiene permiso de la corona española, para la formación de médicos en Caracas, siendo Francisco Molina Sierra, el primer médico venezolano egresado de dichos estudios formales de medicina” (2006:65).

El hospital que hoy constituye uno de nuestros *lugares comunes* en términos de sociedad, y referente indiscutible para el tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud, fue, en su génesis occidental, un lugar de tono sombrío y de reducido acceso. De ser atendido por personal religioso pasó a ser manejado por personal de las llamadas ciencias de la salud, cada vez más calificado, que ha afianzado un modelo biomédico de notorias insuficiencias en el tratamiento no de la evidencia médica, sino en la evidencia de lo humano. Pasó el hospital a ser epicentro de la necesidad de salud, y en la actualidad representa una de las instituciones fundamentales donde se producen índices de bienestar social en la población. No sin problemas, que se hacen complejos y dilemáticos pese a indicadores notables del incremento de la capacidad de respuesta técnico-médica y la demanda creciente de respuestas sanitarias. En esa *sumaria* actual el hospital transita por capítulos de honda modificación, no sólo ya de sus estructuras, sino de las posibilidades de atención en servicios de salud que ofrece, en tanto *modelos*, lo que, sin duda, ha de reportarnos continuidad en datos significativos de su evolución histórica.

2.1.2. Auspicio de razón del hospital contemporáneo

El hospital es “el lugar físico y vivencial por excelencia, donde se lucha contra la enfermedad”. La expresión es de Laín Entralgo (1998), y, ciertamente, en el hospital, la civilización humana se ha procurado ese *lugar*, para que, en un contexto humanamente posible, pacientes, familiares y profesionales de la salud, procuren desde allí reinstaurar salud ante la enfermedad.

No existen certezas consumadas en dicho propósito, pero no hay otro lugar adónde ir cuando se está gravemente enfermo y se quiere intentar seguir viviendo. Cabe decir, en el recinto hópito (cuando no inhópito) confluyen las cargas de necesidad de salud cuando la enfermedad asalta el equilibrio que supone vivir. Y allí, en el ejercicio de la sensatez de querer ser *curado*, deberían estar los conocimientos, las herramientas, habilidades y destrezas para, en expresión de Laín Entralgo: “devolver la salud ante la enfermedad o producir alivio si esto no es posible”. (1998:111).

Ni el burócrata más oscuro de algún ministerio de salud, o el más terco de los utopistas, podría mirar al hospital como institución no necesaria a la sociedad. Institución ambivalente sí (a menudo los intereses de quienes acuden al hospital o trabajan en él, no coligan), y no sin dosis (incluso) de inhumanidad pues lo *finito* de las finanzas *retuerce* la esperada solidaridad humana, el hospital transita el camino sinuoso de la historia ya con más siglos que certezas, pero se insiste: no hay otro lugar a donde ir si se está gravemente enfermo y se quiere conservar la salud y su equivalente más palmario: la vida.

Existen distintas maneras de percibir el hospital. Para el profesional de las ciencias de la salud, que Gracia (1990) precisa mejor como profesionales sanitarios, el hospital es su lugar de trabajo. Su posibilidad de aplicar conocimientos aprendidos y vivir de su trabajo. A menudo el hospital se convierte en una suerte de continuidad de hogar para muchos de estos profesionales. Para el paciente o el familiar, el hospital es casi siempre un recinto de dolor, el escenario vislumbrado o concreto de nuestro comienzo y también final. En el hospital, indefectiblemente el profesional sanitario establece relaciones con el paciente y familiar. Conforman el sentido de vigencia humana de la institución que los incluye. La pertinencia del hospital, su razón de ser, su necesaria existencia, viene dada por “la relación de sujetos dentro del objeto hospitalario” (Boschínglés, 2011).

Parson (1971) se pregunta, desde su propósito funcionalista, a un *por qué y para qué* del hospital cuando lo define como “un subsistema de relaciones sociales que cumple una función manifiesta aceptada y reconocida tanto por todos los profesionales sanitarios como por todos los usuarios-pacientes”. (1971:171). La pregunta, millones de veces formulada, en torno a la utilidad de un hospital, a fuerza de parecer obvia, tiene que renovarse permanentemente; reconvertirse a tenor de las dinámicas intensas que se viven en la institución hospitalaria.

En el hospital, el *binomio* aspiracional conformado por la necesidad de salud y la respuesta ante la enfermedad se hace diverso, en virtud misma de la diferente *mirada aspiracional* de cada persona que acude a él; se hace compleja en tanto y en cuanto detrás de cada proceso donde la salud se *sobresalta* y afecta ante la enfermedad se involucran una variada cantidad de acciones orientadas a darle el objetivo último al hospital, cual es servir de instancia para atender a la persona, en ese momento de

vulnerabilidad humana que ocasiona la enfermedad, y proceder a intentar recuperar la salud. Granshaw (1989), asevera este objeto último como la razón esencial del hospital:

“Pocos pondrían en duda que el mejor sitio donde estar si uno está gravemente enfermo es el hospital. El hospital se considera la institución más importante en atención médica, tanto para pobres como para ricos. A menudo se asume que eso siempre fue así. Sin embargo, hasta hace poco la mayoría de la gente - especialmente si están enfermos- habría luchado por no ingresar”. (1989: citado por Boschínglés, 2011:11)

En el hospital de hace apenas un siglo morían muchas más personas que en el hospital contemporáneo, y en la mayoría de los casos se ignoraba la causa. En la actualidad nadie duda que los hospitales *curan* más y devuelven a la persona más rápidamente a su medio habitual. Los hospitales han crecido en las últimas décadas y cada vez son más complejos; absorben gran cantidad de recursos humanos y materiales y están obligados a delimitar sus prioridades en base a los criterios de “equidad, eficacia y eficiencia” (OMS, 2015). Puesto que los recursos económicos no son ilimitados se ha hecho necesario controlar *el gasto*, cuyas premisas define la disciplina dedicada a la economía sanitaria. Al respecto Rosen (1985) se aproxima a esa *vorágine* de complejidad adquirida del hospital contemporáneo:

“El hospital tiene que ser visto como un órgano de la sociedad que comparte sus características de complejidad, que cambia a medida que la sociedad de la cual es parte se va transformando, y que lleva hacia el futuro las evidencias de su pasado. Una sociología histórica del hospital en este sentido requiere de una descripción de las condiciones políticas y económicas, especialmente de su gasto y vigencia, de su estructura social, del sistema de valores, de la organización cultural y de los cambios sociales en relación con las condiciones de salud y las necesidades de la población en diversos periodos históricos”. (1985, citado por Boschínglés, 2011:39)

En la razón de *ser* del hospital se asume a éste indistintamente como institución, organización y/o sistema, y, en cualquier caso, es de una dinámica de funcionamiento *compleja* y donde se hace necesaria la *interdisciplinariedad* para cumplir con sus fines. Coe (1973), autor que forma parte de los denominados pioneros de la Sociología Médica, justifica la razón de ser del hospital en estos términos:

“Puesto que disponer de hospitales adecuados es uno de los recursos más importantes de una comunidad, es muy probable que las funciones del hospital contemporáneo sean bien conocidas. Un hospital es, sobre todo, un lugar en el cual los miembros de la comunidad pueden obtener servicios destinados a

devolverles la salud. Más recientemente se ha convertido también en un lugar para la rehabilitación de gente físicamente incapacitada o donde los ancianos pueden reponerse. El hospital moderno es también un lugar de enseñanza, un centro de aprendizaje de futuros médicos, cirujanos y otros profesionales. Al mismo tiempo, el hospital es, con frecuencia, un centro de investigación donde se amplía el conocimiento científico de las enfermedades. En sentido sociológico el hospital moderno es una gran y compleja organización, con una jerarquía de status y roles, derechos y obligaciones, actitudes, valores y fines en marcos definidamente interdisciplinarios. Es, pues, un objeto apropiado para el análisis sociológico”. (1973: citado por Gracia, 2009: 234).

En las visiones de la razón del hospital esgrimidas por autores como Parsons, Granshaw, Rosen y Coe, prevalece el hospital como institución fundamental para la sociedad y la instancia por excelencia de dicha sociedad para *intentar* curar la enfermedad y *promover* la salud. A estas vertientes de razón se oponen las visiones críticas de la razón de ser del hospital de autores como Goffman, Foucault y Canguilhem. Posiciones y reflexiones que *dibujan* al hospital contemporáneo como espacio de *contrasentidos* en la búsqueda de la salud y contrarrestar la enfermedad, especialmente en las relaciones que en el hospital se tejen entre profesionales de la salud y los pacientes. Goffman (1970) nos refiere la mutilación del yo del paciente desde el mismo momento que ingresa al hospital:

“El hospital encuentra su razón de ser en las constantes vitales y los datos clínicos del paciente para conseguir su pronta recuperación. El ingreso supone la introducción en una especie de mundo paralelo, irreal, donde el paciente pierde su identidad, y el control de su vida. Su vivencia del proceso de enfermar, de la transformación de su cuerpo, de la alteración de sus roles y vida habitual son desplazados a un segundo orden. Los hospitales son instituciones de control que se esmeran en saber de números de habitaciones y nombres de patologías”. (1970, citado por Boschings, 2011, 134).

Pese a la dureza de las aseveraciones, Goffman se torna *optimista* cuando sostiene que la superación de las falencias del hospital, en su razón de ser con el paciente, puede ser superada o paliada, desde una perspectiva humanista:

“Existe una corriente profesional que trabaja por la humanización de la asistencia sanitaria. Son conscientes de las limitaciones que imponen la tecnología en esta tarea, y el impacto que tiene sobre los pacientes este complejo tejido social clínico y administrativo. Impulsados por los nuevos conceptos de calidad asistencial humanizadora se están instrumentando medidas que minimicen la presencia de los comportamientos sanitarios que desarraigan al paciente y le mutilan el yo”. (2011:138).

La razón que otorga Foucault (1978) al hospital como institución *modeladora*, similar al asilo o la prisión, pensada y diseñada para *curar* parecen afincarse en las razones de conciencia de una sociedad vigilante. Para Foucault el hospital, además de ser un lugar para *curar*, es también un lugar fundamentalmente de vigilia de formación y transmisión del saber:

“La clínica aparece como dimensión esencial del hospital, entendiendo por clínica a este respecto la organización del hospital como lugar de capacitación y transmisión del saber. Pero sucede también que, con la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario, que permite curar, así como registrar, capacitar y acumular conocimientos, la medicina ofrece como objeto de observación un inmenso campo, limitado por un lado por el individuo y por el otro por la población”. (1978, citado por Boschínglés, 2011, 139).

Además, el ejercicio del *poder* en el hospital es, de acuerdo con Foucault, una especie de *vórtice* de las decisiones y tendencias. El médico sustituyó al sacerdote en la práctica y decisiones médicas del hospital; y a su vez el médico transita incluso por “inéditos procesos negociadores con el poder político y económico, en un hospital que se hace cada vez más complejo” (2011:143):

“El vínculo fantástico del saber y del sufrimiento, lejos de haberse roto, se ha asegurado por una vía más compleja que la simple permeabilidad de las imaginaciones; la presencia de la enfermedad en el cuerpo, sus tensiones, sus quemaduras, el mundo sordo de las entrañas de los hospitales, todo el revés negro del cuerpo que tapizan largos sueños sin ojos son a la vez discutidos en su objetividad por el discurso reductor del médico y fundados como tantos objetos por su mirada positiva de control del poder político”. (2011:144).

Después de las reflexiones de Foucault en torno a las instituciones *modeladoras*, de control político que también son los hospitales, en las postrimerías del s. XX y comienzos del s. XXI, la mayoría de los hospitales contemporáneos son mucho menos *autoritarios* y *carcelarios* de los que describiera el filósofo galo, junto con Canguilhem, aunque, en áreas importantes, ha habido menos cambios de lo que parece. Algunos de los viejos hábitos deshumanizantes de control y dominación siguen tan vivos como siempre. Solemos congratularnos por vivir en lo que Rieff (2010) llama “la democratización lenta y leve pero ya notable de las relaciones entre las castas profesionales y aquellos a quienes sirven” (2010:44):

“Esquivando la autocelebración, de los avances de la medicina, y de los cambios en las relaciones humanas que se tejen en el hospital, no queda claro que haya habido transformaciones sustanciales en las relaciones de poder entre el personal médico y los pacientes dentro de un hospital. Avances sí, pero más aún: como el artista y el físico, el practicante de la ciencia médica está protegido de algún modo por una delgada capa de hielo alrededor del corazón, tan importante para el ejercicio de sus vocaciones. Sin esta protección, serían gente que camina sin piel, como dijera Hume de Rousseau”. (2010:44).

Ciertamente se pueden describir avances hacia una relación intrahospitalaria entre los profesionales sanitarios y pacientes (cuando no *clientes*, o *agentes*) mucho más respetuosa de la autonomía humana y por ende su dignidad. Estos cambios de relación devienen en un tipo de hospital contemporáneo en donde, al menos, existen escenarios normativos y humanos de coexistencia sostenible entre profesionales sanitarios y pacientes. Por limitado que sea, no es poca cosa, en términos humanos y psicológicos y sanitarios, vista la evolución y reiteradas reconversiones que ofrece el nosocomio a la luz de su propia historia. La irrupción de la bioética en el s. XX, por ejemplo, como marco de reflexión interdisciplinar sobre los desafíos que supone el progreso técnico-médico y su aplicación en la institución hospitalaria, ha retomado iniciativas e instancias donde se consideran normas y principios que intentan apuntalar la relación intrahospitalaria en términos humanistas.

2.1.3. Verbos cotidianos en la *fisiología* del hospital

Más que una evolución de sus funciones, los hospitales atravesaron verdaderas reconversiones donde se fueron redefiniendo sus objetivos, así como los criterios que determinaban su eficiencia y su eficacia. Cada etapa de la vigencia del hospital se corresponde con una definición de sus funciones sociales, de su contribución a la sociedad, del establecimiento de su misión. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar y comunitario.

Según el Diccionario de Ciencias Médicas Dorland (2010), el hospital es un establecimiento, de carácter público o privado, en el que se curan los enfermos, en especial aquellos carentes de recursos. Es una institución organizada, atendida y dirigida

por personal competente y especializado, cuya misión es la de proveer, en forma científica, eficiente, económica o gratuita, los medios necesarios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y para dar solución, en el aspecto médico, a los problemas sociales. Debe contar con elementos y dependencias destinados a la preparación de profesionales especializados en los diversos campos de la ciencia médica, con personal técnico auxiliar, y ha de mantener contacto con otros hospitales, escuelas de medicina y cualquier otra institución empeñada en el cuidado y en el mejoramiento de la salud pública.

Una definición que apunta a la complejidad de las funciones del hospital contemporáneo y sus *agregados* de sentidos la establece Boschínglés (2011):

“El hospital actual es una organización compleja que refleja varios sentidos institucionales: la que atiende lo clínico y la que gerencia lo político y económico. Sentidos no desarrollados simétricamente, y con frecuencia en permanente tensión por evitar el caos. La gestión clínica que constituye la relevancia del prestigio que puede alcanzar el hospital en su misión ante la sociedad: el ámbito de las personas que atienden personas encarando o previniendo la enfermedad, tras procesos curativos o rehabilitadores; y la gestión política-económica que configura el afán administrativo por hacer viable la amplitud de los deseos y la finitud de los recursos para que funcione el hospital. Entre ambos sentidos se abre un amplio callejón por donde afloran otros y nuevos sentidos como los derechos humanos, la bioética y la solidaridad, que sin óbice de lo clínico y lo administrativo, vienen a ratificar la complejidad de la institución”. (2011: 19).

El hospital es una de las instituciones sociales que ha experimentado más cambios, particularmente desde mediados del s. XX y comienzos del s. XXI. Uno de dichos vectores de cambio en el hospital ha sido la propia evolución del conocimiento médico y de la tecnología que él mismo genera. Obviamente, este espectacular proceso de cambios es muy diferente en los distintos países del mundo y está íntimamente relacionado con el grado de desarrollo socioeconómico y cultural que caracteriza a la población. Incluso dentro de un mismo país existen grandes diferencias entre los hospitales de diferentes regiones, no solo en tamaño y complejidad, sino también en su eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud.

Otro vector de cambio es la semántica, cuya distinción entre hospital y clínica o sanatorio lo establece Alippi (1991, citado por Boschínglés, 2011:21) cuando precisa que estas últimas instituciones hacen referencia a centros de atención médica de

naturaleza privada, convenientemente dispuestas para la estancia de enfermos que necesitan someterse a diferentes estudios y/o tratamientos médicos. Otros autores como Paganini (1996) consideran al hospital, como:

“el establecimiento independientemente de su denominación, dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria y por medio de la internación, sea de la dependencia estatal, privada o de la seguridad social; de alta o baja complejidad; con fines de lucro o sin él, declarados en sus objetivos institucionales, abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscrita su admisión de un sector de ella”. (1996:51).

Bohigas (2007) refiere que “el hospital es un conjunto de elementos humanos, materiales y tecnológicos organizados adecuadamente para proporcionar asistencia médica: preventiva, curativa y rehabilitación, a una población definida, en las condiciones de máxima eficiencia y de optima rentabilidad económica”. (2007:37). Bohigas en sus precisiones mantiene la unidad *indisoluble* entre medicina y hospital y sostiene que la medicina es el área del conocimiento en donde la humanidad ha obtenido las mayores conquistas, en por lo menos el último medio siglo:

“Un paciente típico del siglo pasado que fuera atendido por un médico de la época no tenía más del cincuenta por ciento de probabilidades de mejorar su situación de salud. Esto no ocurre porque los médicos de antes fueran mucho peores que los de ahora sino porque, justamente gracias a la dedicación de los profesionales de la salud hoy sabemos mucho más y disponemos de un amplísimo conjunto de soluciones hospitalarias a los problemas de salud”. (2007:56).

La función primordial del hospital de otrora consistía en brindar una respuesta a la enfermedad de *los más pobres*. En algunos casos, de acuerdo con López (2008), se trataba de una verdadera reclusión ya que la mayor parte de las patologías atendidas eran infectocontagiosas. El hospital estaba íntimamente vinculado a la iglesia y su misión era esencialmente espiritual e incluso en las construcciones hospitalarias se reservaba un lugar funcional a la capilla “donde la oración y el mero reposo a menudo sustituían la actividad médica”. (2008:40).

Aunque buena parte de las afecciones que se tratan en el hospital actual involucran aún grandes misterios, la eficacia de los servicios médicos como vector de cambio se ha incrementado de manera exponencial a lo largo de los dos últimos siglos. El conocimiento médico no es el único componente del hospital, pero ha dado saltos

exponenciales en el manejo de situaciones de enfermedad otrora insalvables, e incluso de génesis *demoníaca*. Con la aplicación del conocimiento médico se han desarrollado un conjunto diverso de actividades en el hospital, incorporando un variado número de profesiones al desempeño de contribuir a *curar*. Cuando intentamos elaborar una síntesis que nos acerque a la compleja *fisiología* (funcionamiento) del hospital actual, Tobar (1999) distingue un *trípode* de componentes: “a) la asistencia médica; b) la docencia; c) la investigación” (1999:52).

La asistencia médica del hospital tiene una finalidad dual que es la atención a la enfermedad y el restablecimiento de la salud. La asistencia se implementa en el hospital mediante las cuatro funciones básicas que enuncia la OMS desde 1960: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Para cumplir con estas funciones el hospital es el eje natural del aseguramiento de las posibilidades de enfrentar con éxito las diferentes patologías. En el recinto hópito debe atenderse la patología mediante la acción clínica coordinada que resuelva la situación de salud alterada. La enfermedad es tratada en el hospital bajo regulaciones establecidas en protocolos, normas, códigos y resoluciones, de universal aceptación en ámbitos internacionales y nacionales, que varían en su aplicabilidad de acuerdo a los países del mundo (OMS,1960:12).

La docencia en el hospital es indesligable desde la aparición de las universidades en la edad media. López (2008) nos revela que la docencia en el hospital no sólo se circunscribe a desarrollar funciones de educación, ya dirigidas al mejoramiento de su propio personal o bien a la comunidad con acciones de educación sanitaria o, ya de ser posible, promoviendo enseñanza universitaria para estudiantes y graduados del sector salud, sino que amplía su radio en la educación en salud al propio paciente y su familia. El hospital es una de las pocas instituciones sociales donde la dinámica enseñanza aprendizaje no requiere del aula clásica: “se hace en cualquier sala, en la cotidiana relación médico-paciente”. (2008:79).

La investigación en el hospital, cualquiera sea su nivel de capacidad resolutive, constituye buena parte de la pervivencia de la institución. De acuerdo con Gross (2009), la investigación es *el continuum* del hospital bien sea en el proceso salud-enfermedad, en sus aspectos *biopsicosociales*, o bien en el área administrativa sanitaria. La posibilidad de llevarla a cabo depende no tanto de los recursos con que cuente, sino más

bien de “la actitud del personal adscrito al hospital y de la metodología científica que sea capaz de desarrollar éste capital humano” (2009:34).

Del *trípode* de componentes que definen la funcionalidad del hospital, la asistencia médica, la docencia y la investigación, surgen las actividades específicas que Tobar (1999) las conceptúa como actividades hospitalarias generales, intermedias y finales. Las generales son aquellas referidas a crear las posibilidades para que las actividades intermedias y finales se puedan llevar a cabo. El mantenimiento de las estructuras y equipos; el comedor y la cocina; la lavandería; el manejo administrativo-presupuestario y la evaluación y auditoría de servicios, forman parte de las actividades aludidas. Las actividades intermedias configuran el complemento de las actividades finales y tienen que ver con laboratorio, radiología, enfermería y apoyo técnico específico. Las actividades finales reflejan el objeto del hospital, su propósito por el cual mantiene su vigencia y a las que se dirigen los esfuerzos de todos los demás sectores para hacer posible el cumplimiento de sus finalidades preeminentes: atención de pacientes, docencia, e investigación.

El hospital en su devenir diario presta una serie de servicios. La solicitud del paciente cuando ingresa al nosocomio, bien sea por sus propios medios o asistido, es recurrente y demanda atención a su integridad psicofísica alterada. Los profesionales que trabajan en el hospital, de acuerdo con Laín Entralgo (1998) “atienden al paciente como deber y motivo, pues es el paciente la principalísima razón de ser de la institución misma” (1998: 140). El arsenal técnico-médico y farmacológico debe quedar a disposición del paciente en el conjunto de procedimientos que se le han de aplicar para recuperar la salud *extraviada*. Una serie de protocolos, guías, normas, resoluciones y códigos deben cumplirse en el paciente en su transitar por el hospital. Los profesionales sanitarios que trabajan en el hospital deben asegurarse de que se cumplan adecuadamente las pautas comúnmente aceptadas en la atención de los pacientes. En dicho cumplimiento surge la interdisciplinariedad como ámbito-fuerza de trabajo hospitalario que, a su vez, sirve de bisagra de cohesión y soporte *fisiológico* del concepto de hospital *complejo* de la actualidad.

Las actividades, procesos y servicios que ofrece y realiza un hospital cuentan con una estructura direccional. Tobar (1999) los agrupa bajo cuatro órganos ejecutivos, con

un director al frente de cada uno; en los restantes centros hospitalarios también existen estas figuras, aunque las funciones de cada uno pueden variar ligeramente o estar menos definidas. El director es la máxima autoridad del hospital y su máximo responsable. Es quien programa y dirige el funcionamiento del hospital y bajo su responsabilidad está el alcanzar los objetivos de la institución en un período de tiempo determinado. Los objetivos son alcanzados por lo que denomina Tobar (1999) una “compleja red capilar de responsabilidades y roles que, generalmente, divide la autoridad y la responsabilidad en otras subdirecciones o servicios: médicos, de enfermería, administrativos y de gestión general”. (1999: 69).

Los servicios médicos están referidos al estudio de la patología y el desarrollo de la clínica subsecuente. También llevan adelante buena parte de la docencia intrahospitalaria, además, de la documentación e investigación médicas. Es lo que configura el estamento clínico del hospital, de hondo arraigo y elevada capacidad de decisión en las dinámicas propias del hospital. Los servicios de enfermería representan el cuidado permanente al paciente y trabajan en los mismos servicios que el personal médico, siendo responsables del devenir oportuno y eficaz de la terapéutica instaurada en el paciente.

Al *binomio histórico* de atención en el hospital conformado por el personal médico y de enfermería, se le han venido agregando otros profesionales de la salud que cumplen un valioso aporte al mejoramiento de la capacidad de respuesta ante la enfermedad que se realiza en el hospital. Es así que psicólogos, trabajadores sociales, técnicos de apoyo en diversas áreas, configuran un nuevo paisaje de trabajo, que ratifica el auge de la interdisciplinariedad en los servicios de salud y conjuga nuevas posibilidades de atención al paciente en su pasantía recuperativa por el recinto hópito.

Un área de creciente importancia en la funcionalidad del hospital actual lo conforma la gestión y administración. Al ampliar sus posibilidades de atención, el hospital incrementó sus necesidades de gestión económica, presupuestaria, financiera, auditora y administrativa en general. Además, dichas gestiones requieren de apoyo de recursos humanos, que atiendan a su vez, sub-áreas como suministros e insumos, farmacia, hostelería, alimentación, auditoría y mantenimiento en general. La irrupción de la importancia del polo administrativo se consolida en el hospital actual como uno de los

ejes medulares de la dinámica de sobrevivencia de los hospitales. El apoyo administrativo, técnico específico y de mantenimiento y servicios generales conforman un estamento muy importante en el hospital y junto a lo clínico representan los factores funcionales más importantes del hospital.

Así como en el hospital existen un conjunto de funciones, traducidas en actividades y a su vez éstas tienen quienes las dirijan, el hospital también exhibe en la actualidad una serie de gradientes de atención al paciente, que la OMS (2000) ha denominado como *niveles de atención*. Estos están concebidos como un sistema orientado a garantizar la cobertura en atención en salud de la población y el hospital forma parte de dicho interés sanitario. La Atención Primaria en Salud (APS) es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Este tipo de nivel está concebido para que sus actividades implícitas y conexas sean realizadas, fundamentalmente, en centros ambulatorios.

El segundo nivel compete a los hospitales y se denomina “Atención Especializada” (AME) y comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel. De la AME surgen otros subniveles relacionados con la atención de urgencia o emergencia que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en hospitales como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, los 365 días del año, mediante la atención médica y de enfermería. Igualmente se considera la resolución quirúrgica de emergencia como perteneciente al nivel AME, cuyos niveles de complejidad requieren de la atención especializada.

Otro de los niveles que contempla la OMS es la Atención Sociosanitaria (ASS) que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. Se trata, además de proteger a la sociedad de enfermedades de déficit ambiental y/o pandémico, mediante la instrumentación de políticas de promoción, prevención y control de epidemias y control de vectores propiciadores de enfermedades, de repercusión en las comunidades.

El hospital funge también, particularmente en los clasificados hospitales generales, de centro de actividad funcional en servicios de farmacia, rehabilitación ortoprotésica, nutrición clínica y transporte sanitario (ambulancias). Estas actividades forman parte de agregados relativamente recientes a la *fisiología* del hospital, pues a menudo se desarrollan en otros centros o espacios sanitarios. Constituyen en sus ámbitos específicos de actividad, los elementos ya aludidos en torno a la creciente complejidad de la atención médica en el hospital, cuyo signo distintivo lo configura la interdisciplinariedad, como espacio interconectado de profesiones vinculadas a proveer salud desempeñando diversas responsabilidades.

Aunque con diferencias de ritmo y resultados, en todos los países del mundo, se registra una expansión de la cobertura y el acceso de la población a los servicios de salud que se prestan en el hospital, lo que hace necesaria una más detallada administración del hospital. La administración del hospital era muy sencilla y fuertemente empírica. Obedecía a criterios de buen samaritano, en la reminiscencia de los antiguos hospicios de caridad, cuando no de *gerentes* de la negación, en tanto hacer rendir los recursos con que se dispusiera. A partir de 1929, con la publicación del manual de Michael Davis, *Hospital Administration: a profession*, la administración de hospitales se desarrolla como especialidad.

El objetivo esencial de la administración hospitalaria quedaría fijado en la resolución de la OMS de 1973, que incluye recursos humanos y materiales como base de aseguramiento de condiciones de trabajo hospitalarias adecuadas con la finalidad lograr la misión *científica* de la prestación de servicios de salud con alto grado de justicia social y solidaridad humana. De esta iniciativa del organismo mundial de

administración y gerencia de los servicios de salud surge la necesidad de controlar y normatizar la atención médica con fines correctivos y esencialmente educativos, dando espacio al surgimiento de campos de estudio y conocimiento para la auditoría médica y la economía sanitaria. Adicionalmente surge a finales del s. XX el derecho médico sanitario como disciplina de conocimientos en torno a las cada vez más frecuentes demandas y situaciones de orden legal que surgen entre los usuarios y el personal de salud de los hospitales.

La administración de los hospitales se ha convertido en un tema medular para asegurar su funcionamiento. El incremento de la demanda hospitalaria es un dato constante que revela el Informe Anual de la OMS (2015). Otros organismos multilaterales dan cuenta de la subida de solicitudes de atención. De acuerdo con cifras del Banco Mundial (2015), el gasto hospitalario se incrementa progresivamente. En 1990 el gasto mundial en salud alcanzó los 1,7 trillones de dólares, cerca del 8% de la renta mundial. Este gasto prácticamente se duplicó entre los años 60 y 90 del s. XX y mantuvo su incremento en la primera década del s. XXI. Ciertamente los hospitales como tendencia mundial no paran de crecer y gastar, lo que genera un punto de reflexión en torno al gasto y su viabilidad de mantenimiento. Dentro de este contexto el gasto en tecnología biomédica, insumos y material médico-quirúrgico y recursos humanos pasan a ser los componentes principales de los presupuestos hospitalarios.

Del mismo modo que crece la necesidad de atención, y aparecen los *agujeros* del gasto, en tanto se tornan insuficientes los presupuestos, surgen situaciones de colapso de servicios y condiciones propicias para la inequidad o la exclusión. Pese a que la mayoría de los Estados asumen la mayor parte del financiamiento de los hospitales, el compromiso de brindar atención hospitalaria ante la enfermedad excluye a enormes contingentes poblacionales que requieren dicha atención. Es lo que Boschínglés (2011) califica como *crisis de crecimiento* hospitalario, que se traduce como una mayor demanda de servicios, que genera indefectiblemente problemas para financiar la demanda y aparecen entonces los elementos de exclusión y por consiguiente atentatorios con los fundamentos de los derechos de los pacientes y profesionales sanitarios, contemplado en la mayoría de las cartas fundamentales de los países del orbe.

Ya hemos visto que en el pasado el hospital cumplía con la función de albergue y apoyo espiritual, siendo también un lugar destinado a la recuperación de enfermos, pero limitada en ese entonces por el escaso conocimiento científico y con altos índices de morbi-mortalidad, en gran medida por la atención que prestaba un recurso humano de escasa formación. Boschínglés (2011) revela como nada trivial este dato en el funcionamiento de los hospitales:

“Los cambios experimentados en el trabajo que desempeña el recurso humano de los hospitales han sido notorios. Actualmente la jerarquía de un hospital depende tanto o más de la capacidad de sus recursos humanos que de sus recursos físicos. En el pasado el personal era escaso, esencialmente religioso, con preparación empírica y gran espíritu de servicio. El hospital del presente ha cambiado substancialmente, pues exige personal altamente capacitado, con diversidad de tareas y adecuado entrenamiento previo a su ingreso al hospital y continuo durante su permanencia en la institución. Se ha hecho numeroso y paralelamente aumenta la necesidad de coordinación de los esfuerzos entre disciplinas diversas que convergen en el hospital”. (2011:189).

Garantizar las funciones del hospital; planificar su *fisiología* interna para que siga cumpliendo con su misión; prever su crecimiento en virtud del avance técnico médico indetenible; y generar respuesta ante la demanda creciente de pacientes que siguen percibiendo al hospital como *la casa* donde pueden recuperar su salud trastocada en enfermedad, se ha ido haciendo más costosa, por lo que cada vez es mayor la necesidad de recursos económicos y estrategias de financiamiento que, muchas veces y hasta forzosamente, se han vuelto esfuerzos imaginativos. El financiamiento en el pasado se basaba en la caridad o beneficencia pública, de tipo voluntaria. En la actualidad parece no bastar el financiamiento de los Estados ni la contribución de los cotizantes de los diferentes sistemas de aseguramiento social, y es preciso recurrir, no en pocos casos, a la buena voluntad de mecenas y la realización de diversas actividades colaborativas para que el hospital obtenga solidariamente los fondos necesarios para su funcionamiento.

La complejidad *fisiológica* del hospital, es decir, el cúmulo de procesos que requieren de atención cada vez más especializada al tiempo que interdisciplinaria, es una característica medular del hospital actual. Lejos de la caridad de otrora el hospital es hoy un *magma* de asuntos, cuando no problemáticas, que ameritan exigencia de

resultados al máximo, al tanto que sigue creciendo la consideración política, económica y social, de considerar al hospital una de las instituciones fundamentales de la sociedad.

2.1.4. Sujetos en el objeto: las relaciones humanas en el hospital

Se apunta que el hospital no es, solamente, su estructura física y los dispositivos tecnofuncionales que le sirven para cumplir su misión en la sociedad. Es, sin duda, mucho más que la característica *mole* de edificio de hormigón, reluciente o desvencijado, cuyos *fuegos nunca se extinguen*, cual hospital de Damasco en sus antiguos esplendores. El hospital se asemeja en la actualidad a un *conglomerado* de intereses comunes, cada vez más complejos y en permanente *turgencia* social, por la asimetría propia que construyen los seres humanos que allí acuden: pacientes y quienes le atienden. La *turgencia* alude a la reflexión *kantiana* de la ética del deber y sus buenas consecuencias como reflejo de la vida misma. También se conviene en admitir que dentro del recinto hópito (o inhópito, según se mire) no se ha podido paliar cierto oscuro terror ante la curación, a la que se teme tanto como a la enfermedad. Ese temor ancestral al hospital es recreado por Shua (2011) en el memorable recuerdo de la anómala *cirugía* practicada a Prometeo:

“Quien le roba el fuego a los Dioses, quien prueba del fruto prohibido del conocimiento, queda expuesto al castigo. Prometeo encadenado a la roca, desnudo abierto, expuesto, con su hígado obscuramente sangrante mientras el buitre trabaja en su vientre con su pico como un bisturí”. (Shua, 2001:11).

Entre las turgencias aludidas y el miedo siempre presente, se termina admitiendo que en el hospital actual las relaciones interpersonales entre pacientes y profesionales sanitarios han cambiado, transformando modos de percibir en -y del- hospital. Gracia (2009:193) refiere que Laín Entralgo, en el año 1964 publicó un libro titulado *La relación médico-enfermo*, considerado hoy uno de los grandes clásicos de la Historia de la Medicina. Laín Entralgo, el reconocido médico e historiador español, partía de la Grecia clásica y concluía en el s. XX, en el análisis de la paradigmática relación médico-paciente a lo largo de veinticinco siglos. En los próximos veinticinco años, prosigue Gracia, entre 1965 y 1990, la denominada relación médico-paciente cambió de una forma más profunda que en los veinticinco siglos anteriores.

Y cambió, refiere Gracia (2009), debido a la veloz conformación de un nuevo *universo institucional* donde la paradigmática relación médico-paciente se hizo insuficiente y surgió el reconocimiento de la dificultad del trabajo multiprofesional: “un complejo entramado donde han cambiado los roles, los tratamientos y cuidados, y las directrices, en los ámbitos clínicos y administrativos, en un espacio reafirmado que es el hospital moderno” (2009: 194). En la *fisiología* del hospital actual, en el supuesto de cumplimiento de su propósito medular ancestral de *salvar vidas*, intervienen más personas: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, técnicos de apoyo, gerentes administrativos, de mantenimiento, auditores.

Para el funcionamiento del hospital del s. XXI se ha ido configurando un espacio de interrelaciones humanas complejas, por lo diverso y por lo específico, en la prestación de servicios de salud, especialmente orientadas a la atención del paciente. La metáfora de la relación médico-paciente ha venido siendo sustituida por una relación más amplia. Boschínglés (2011) la llama “relación de personas que atienden personas, en un espacio o lugar delimitado que es el centro de salud” (2011:26). Gracia (2009) las califica de “acuerdos recíprocamente informados entre profesionales sanitarios con usuarios de sistemas sanitarios”. (2009, 44).

Los cambios en la mítica relación médico-paciente, donde el médico mandaba y el paciente obedecía, dan paso a otro tipo de *semántica* relacional y otro *fondo* de interrelación donde las personas o profesionales de la salud o sanitarios, entre ellos el médico, no sólo interactúan dentro del hospital con pacientes, agentes o usuarios y familiares, sino entre ellos, para atender el devenir de la institución hospitalaria. La relación clínica, que remite a *kliné*, atender al que yace en la cama, como la asistencia, del latín *assistere*, que comporta detenerse, estar allí donde hace falta para dar ayuda, responder a la urgencia, socorrer, se sostienen en la posición en común que es dar alivio o curación. Una relación clínica que ya no es la estricta relación médico-paciente, pues intervienen otros profesionales sanitarios y donde el hospital como ente prestador del servicio y soporte de dicha relación juega un papel que antes no se perfilaba.

Paralelo a los cambios, a los movimientos de *lugar* metafórico, en el hospital aún ocurren contrastes notables que pueden afectar su capacidad de respuesta social como uno de los epicentros de la salud y su contra-relato de la enfermedad. Contrastes que

dan cuenta de asimetrías incluso con cambios en marcha, como, por ejemplo, los hospitales en la vorágine tecnológica y biomédica como renacido paradigma de *la máquina* y el biologicismo a ultranza que Boschínglés califica como hospitales donde no hay nada más importante que la carrera por “la mejor y más reciente biotecnología” (2011, 46). Otros hospitales, en tanto, en la inopia que genera inequidad social y sumidos en la obsolescencia tecnológica, no pueden prestar a cabalidad los servicios que su misión social exige. Los contrastes sumidos en la metáfora de *la máquina*, cuyo fin supremo es que esté bien engranada y aceitada, mientras más actualizada mejor. Esta pretensión puede derivar en la inconsciencia de abandonar lo humano, intrínsecamente establecido en el cuidado del paciente, por parte de quienes les atienden a expensas de la *novedad* biotecnológica. El novísimo, tanto como intimidante, *robot* atendiendo *todas* las fases de atención al paciente engendra acaso el fin de las relaciones humanas intrahospitalarias, tal como las conocemos en la actualidad.

Cierta comprensión del hospital como una *máquina* organizada también trasluce la metáfora del enfoque mecanicista y que caracteriza lo administrativo del hospital y la denominada gestión *racional* de los recursos. El enfoque que procura la eficiencia técnica del funcionamiento de diversas piezas para el logro de ciertas metas se erige con renovados bríos de poder e impacta medularmente en las relaciones entre las personas que coexisten en el hospital. En este enfoque, derivado de la revolución industrial, cuando las organizaciones eran vistas como máquinas, y sus trabajadores simples engranajes, el determinismo tecnológico aún encuentra su fundamento y la intervención tecnocrática su legitimación. Impera aún, en no pocos hospitales, esa visión del mundo simple, lineal, predecible de la máquina, del cual surgen teorías, especialmente, administrativas, como las de Taylor y Fayol; es decir *miradas* que explican la razón y la verdad absoluta ante la realidad organizacional como una sola forma correcta de hacer las cosas, tras su correlato de eficacia gerencial como expresión de poder. La metáfora de la organización hospitalaria como máquina que debe ser eficiente, eficaz y efectiva esconde no pocas situaciones de ignominia que atentan contra las relaciones de solidaridad y humanismo que se deben suscitar en el hospital.

Otra metáfora donde se ciernen las relaciones hospitalarias entre personas es el equívoco que alude (por imposible) la definición de salud que promueve desde hace más de medio siglo la propia Organización Mundial de la Salud cuando establece “...estado de salud y completo bienestar...” (OMS, 1946), y cuya demanda de

aplicación a los sistemas sanitarios no ha hecho más que mantener dicha definición a niveles de falacia. La aludida *aspiración* conceptual de la OMS termina derivando en situaciones que lamentar en la dignidad de los pacientes, tras fines que terminan siendo inconscientes, traducidos en mecanismos tecnomédicos de mantenimiento de pacientes cuando es ya insoslayable la muerte; o, en numerosos casos, la pretensión de negar el dolor como respuesta orgánica y mecanismo psíquico; y, por otra parte, la inequidad en los servicios sanitarios dibujando una crisis sistémica e interminable de recursos para combatir enfermedades, incluso aquellas virales o infecciosas que se creían controlables, en función de alcanzar ese *completo bienestar*. Cabe decir que metáforas, en tanto matrices de corte estratégico, que a menudo se asumen como adalides del progreso científico médico, como aquella de *salud para todos en el año 2000*, de olvidar que el dolor y la muerte son consustanciales a la salud, comportan no sólo los contrastes y peligros en las turgencias de los medios sanitarios, sino que son líneas generadoras de no pocos problemas en el uso de recursos, en la génesis de crisis recurrentes de humanismo -en tanto inequidad- e incluso el riesgo de indignidad, tras la omnímoda pretensión de la *curación* de la enfermedad, cuando se reconoce que eso siempre no es posible.

Otra metáfora indiscutible de la organización hospitalaria, y que aún mantiene renovados bríos, es la que hace analogía con los sistemas biológicos, donde el énfasis está en las *interfaces* que establece la visión cartesiana de los sistemas sanitarios, concibiéndolos como organismos vivientes (que no vivos); como cuerpos constituidos por constituyentes más pequeños y aceptando los mecanismos de interacción de estos desde un determinismo exclusivamente celular y genético. La medicina, por ejemplo, y como otras ciencias, se apoyó también en el modelo newtoniano-cartesiano para adquirir un estatuto de científicidad. Es oportuno señalar que el modelo biomédico aún sirve de base conceptual de la medicina tradicional y allí el cuerpo humano es considerado una amalgama de células, un azar de genes y una *máquina* funcionando hasta que los mecanismos biológicos se atascan y dejan de funcionar, apareciendo la enfermedad. La tarea del médico sigue siendo la de intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de los mecanismos biológicos alterados, ergo, trabajar en la máquina. Léase entonces que Descartes es un *paciente* inconvencible, tres siglos después.

La metáfora holística o humanista que adscribimos en esta investigación esboza una mirada más amplia de lo puramente biologicista o técnico-médico, especialmente comprensiva de lo humano, considerando que los organismos vivos pertenecen a sistemas no lineales, impredecibles, violentos y hasta dramáticos. Que en el micromundo hospitalario las narrativas, los valores, los héroes y villanos, forman parte esencial de la organización hospitalaria y son dichas historias, símbolos y valores los que dan identidad a una organización como el hospital. Una organización sin nombre, sin historias, sin chistes, sin mitos y héroes propios, sin narrativas del pasado ni proyectos hacia el futuro, no es un lugar para lo humano, es un lugar invivible, una pesadilla de la cual es mejor no despertar.

El contexto holístico o humanista (y sus circunstancias) supone aquella situación en la que una persona (paciente o usuario), siente que su organismo no funciona como espera o delinea su cultura. Puede presentarse dicha sensación en forma aguda, por muy poco tiempo de evolución, o por un accidente cualquiera; o puede progresivamente instaurarse una enfermedad de curso crónico. En cualquiera de las formas de presentarse la alteración, la persona siente que se han producido cambios en su organismo. Puede suponer un revulsivo y un cambio en la vida de la persona, que le obliga a replantearse su futuro, tanto en lo personal como en el ámbito familiar o laboral que, como expresa Unamuno, “la enfermedad puede acomodarse a nuestro organismo, para tal vez enriquecerlo”. (Unamuno, 1982).

Las circunstancias son el ámbito en el que se produce la relación humana revelada en el hospital, y sus diversas instancias de atención. Las personas que atienden a las otras personas son las que procuran la relación, constituyéndose la interrelación aludida antes: el enfermo en primer y fin último, y la gama de profesionales sanitarios (médicos, bioanalistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales) que tienen la misión de curar y cuidar (el aserto dual atribuido a Galeno) y especialmente acompañar al paciente en el *diálogo* con la enfermedad, como expresión de un compromiso social y, por tanto, radicalmente humano.

Casi en la misma turgencia de las metáforas aludidas, coexiste en el hospital una falencia que lleva a replantear éticamente *la vida* en los hospitales, donde hasta ahora ha predominado la “importancia exclusiva de las relaciones clínicas y administrativas”

(Gracia, 2009, 44). Desde los presupuestos de la bioética se reconoce que su observancia puede ayudar de manera adecuada a la resolución de conflictos éticos, e incluso consolidar, la metáfora holística descrita. Que la “vía colaborativa” a la que refiere Gracia (2009), de trabajo conjunto con el paciente, la familia y la comunidad, con quienes trabajan en el hospital sirva de *mirada* holística para comprender el universo institucional en el que se desarrolla dicho trabajo relacional. Y la bioética puede decididamente contribuir a reconocer los problemas de la dinámica diaria hospitalaria, otorgando soportes dialógicos y consensos trans y post-deliberativos a partir de principios de actuación o intervención interdisciplinaria, que siempre protagonizarán seres humanos, unos como pacientes, clientes o agentes y otros como protagonistas del trabajo sanitario dentro del hospital.

2.1.5. El arte revisitado: la coexistencia de intereses investigativos comunes

El hospital es ya una institución antigua. En los últimos tres siglos no ha dejado de *rejuvenecerse*. No obstante, permanecen ciertos pliegues de rezago regenerativo. No existen dudas acerca de su transcurrir evolutivo al pasar de lugar para *ayudar* a morir a ser considerado lugar para *recuperar* la salud. A veces subestimada, otras sobredimensionada, la pertinencia social del hospital luce incuestionable, especialmente cuando los referentes del hospital actual conducen a pensar en pernoctas hospitalarias lo más gratas posibles. Más allá del arsenal de terapias contra el dolor y los cuidados paliativos en boga, quienes protagonizan la cotidianidad de un hospital son los pacientes (personas) y los profesionales sanitarios (también personas) que allí trabajan, en tanto faena diaria en ofrecer al que lo requiera un recinto lo más hópito posible.

Y en ese procurado, incluso vislumbrado, recinto hópito, la adopción de las decisiones médicas en la atención a pacientes en un contexto hospitalario, plantea indisolublemente problemas de raigambre clínica-administrativa y, aunque no con la nitidez deseada, raigambre de carácter bioético. Por demasía o por falencia, cuando no por omisión, la atención a pacientes es uno de los asuntos del campo sanitario que genera más controversias. Máxime si se presentan condiciones críticas de exigencias como es el caso de personas con padecimientos oncológicos o politraumatizadas. Como fuere el *caso*, la médula problemática del hospital, en tanto institución social y

organización humana atendida por seres humanos, son las insuficiencias de funcionamiento, de recursos bien sea humanos o técnicos y materiales, que sobrepasan ejercicios de voluntad o compromisos solidarios por cumplir con la misión cargada de socialidad y eticidad que debe cumplir los hospitales.

Gracia (2013) reafirma, en su dilatada experiencia como promotor de la bioética, que “no existe acto médico de ninguna clase, y en cualquier especialidad, que no sea esencialmente problemático y en consecuencia fuente propicia de dilemas éticos (2013: 73). Los dilemas éticos que surgen en la atención de cualquier paciente, se intensifican con el diagnóstico, la consulta y la especial vinculación con el profesional sanitario tratante o responsable. También con el médico cirujano que *opera*, aun en aquellos casos que, por razones histopatológicas o curso de la patología, tendrán buen pronóstico de la enfermedad. Los problemas en las relaciones humanas con cargada eticidad en el ámbito sanitario, y especialmente en su epicentro predilecto de actividad que es el hospital, han sido y serán fuente inagotable de asuntos de interés en el propósito de garantizar los niveles aceptables de dignidad en la atención sanitaria que demanda una sociedad.

Desde siempre se ha reconocido como positiva, para el paciente y los familiares, una actitud médica que transmita confianza, y ello no se alcanza solamente desde las vertientes clínica o administrativa; es decir, la garantía del mejor y más oportuno tratamiento biomédico disponible en la esfera clínica; y la garantía de disponer de los recursos financieros en la atención a la enfermedad, no bastan para completar la misión de muchas de las ciencias de la salud, entre ellas la medicina y la enfermería. Con demasiada frecuencia la procurada y esperada recuperación óptima del paciente no sucede, por la inobservancia de aspectos relacionados más con el respeto a la persona (paciente) y procesos empáticos entre personas (pacientes) y personas (profesionales de la salud) que los atienden; y esta realidad también es vista en *viceversa*. En esta especie de canal de doble vía, y de acuerdo con Gracia (2013), debería haber también cierto sustento de cumplimiento:

“un sustrato de garantía de cumplimiento de principios insoslayables e inviolables que ofrece la bioética, incluso desde un ámbito más óntico que el deontológico ya existente, aunque en muchas ocasiones difuso, y de muy frecuente laxitud al momento de las aplicaciones intrahospitalarias”. (2013:74).

Este *estadio* actual, marcadamente insuficiente para que la bioética pueda correlacionarse en paralelo a la *efectividad* clínica y la *eficacia* administrativa en un hospital cualquiera, es lo que García, F (1998) publica en un trabajo considerado pionero en la revista *Cuadernos de Bioética*, N° 3, titulado “El enfermo que se muere y la bioética”. Este autor revela claves bioéticas fundamentales en el tratamiento del paciente con cáncer, extrapolables a cualquier paciente con enfermedad de curso agudo o crónico. Lo particular de éste trabajo, más allá de la reivindicación de la ética médica en la terapéutica del paciente, reside en la descripción completa del recinto hospitalario y la participación de médicos y enfermeras como condiciones medulares en la eficacia del tratamiento del paciente recluido en un hospital oncológico.

García destaca la importancia de la influencia de aspectos tan disímiles como protocolos de tratamientos innecesarios de cara al estado del paciente oncológico terminal y como las condiciones estructurales y de funcionamiento del hospital pueden repercutir en el estado de salud del paciente. La presencia de problemas más allá de la clínica y lo administrativo, que tensan la toma de decisiones, especialmente las relacionadas con la interacción entre pacientes y profesionales de la salud que los atienden, y que repercuten en el curso de la afección, no deben sorprender en una enfermedad cuyo diagnóstico produce temor, cuyos tratamientos son a menudo incapacitantes; y cuyos resultados, hasta obtener remisiones o curas satisfactorias son lentos, cuando no aún inciertos. El autor elabora finalmente un esquema de aplicación ética en hospitales oncológicos en una apretada, pero completa síntesis de la necesidad creciente de incorporar criterios de bioeticidad a las relaciones humanas que se tejen entre quienes *cuidan y curan* y los pacientes receptores, pero también agentes de su propia recuperación.

En esa misma línea de investigación de García (1998); Briz, P; Gutiérrez, M; Tapia, S; Abdala, J, publican en *Cuadernos de Bioética* (1998; N° 4) un estudio denominado “El abandono en el hospital”, donde bajo un enfoque fenomenológico estos autores se introducen en la situación de desarraigo del paciente en el hospital y cómo la hospitalización revela la ruptura del paciente con su entorno desdibujando el principio bioético de la no maleficencia. Nada refleja mejor lo inhóspito del recinto hospitalario si el abandono en *una casa extraña*, y atendido por personas también *extrañas* que rotan

cada día, se tiene que padecer, paralelamente a la enfermedad en que se es tratado. Un abordaje que desde la óptica de enfermería observa el deterioro de la salud del paciente y la ausencia de empatía en atender las necesidades de afecto de los pacientes abandonados en el hospital. La investigación genera un conjunto de propuestas donde la bioética clínica pasa a ser elemento activo de intervención en las relaciones entre pacientes y quienes les atienden, partiendo del conmovedor e inhumano estado del *abandono* del paciente, situación reveladora de sus patéticas e inadmisibles consecuencias.

Luzia, T; Grassi, L; Gil, F; Ventura, C; Martuis, C, 2005, publican en la revista RET (2005) un estudio realizado titulado “La comunicación médico-paciente en los oncólogos del sur de Europa: la influencia de la orientación psicosocial y el agotamiento”, donde bajo enfoque fenomenológico rastrean las coordenadas de relación entre médicos y pacientes en hospitales oncológicos, con énfasis investigativo en el cansancio de dichas relaciones y la orientación psicosocial como reflejo de salida ante el procesos de salud-enfermedad. Cansancio retratado en la frecuente práctica omisiva en relación a las terapéuticas instauradas; conflictos de relación comunicacional entre pacientes, médicos y enfermeras; y procesos de deterioro de las condiciones afectivas que pudieron existir en un momento determinado, configuran un cuadro de agotamiento en la relación médico-paciente, agravado por el sinuoso, tanto como terrible curso del cáncer en los pacientes.

Jaramillo, L, publica en 2007 el estudio “Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de salud”, basado en un abordaje interhospitalario con pacientes crónicos y la correspondencia con los principios bioéticos que se cumplían en el hospital. El autor sondea las posibilidades de la bioética principialista, especialmente desde el principio de la autonomía, para desembocar en pautas y deseos del paciente respecto a sus tratantes en el hospital. Las conclusiones del estudio revelan la insuficiencia de la relación comunicativa establecida entre pacientes y el personal de salud, desde la exclusiva percepción del paciente, en términos de *desosiego* creciente y *desengaño* terapéutico, aspectos que, de acuerdo con el autor, conllevan a procesos degenerativos y mórbidos aún mayores. Del mismo modo la investigación llega a establecer de manera conclusiva que la percepción de los pacientes respecto al trato efectuado mejora ostensiblemente, si se incorporan valores morales de caridad y

solidaridad; así como cuando se respeta al paciente desde los principios bioéticos de autonomía y no maleficencia.

Gonzalo Herranz, publica en *Cuadernos de Bioética*, vol XIX, número 3, pp. 423-432, sept-dic, 2008, un memorable trabajo: “El hospital como organismo ético”, donde profundiza sobre las relaciones ente la ética médica y la ética de la denominada gestión sanitaria. Al reflexionar sobre las relaciones entre el hospital y las personas singulares, postula que el hospital no sólo es y se comporta como un agente moral, sino que necesita serlo para sobrevivir. Propone que el hospital debe tener un conjunto de normas que conformen un código o ideario ético. Este ideario es el proyecto humano que el hospital se debe dar a sí mismo y que debe ser un estímulo interior para todos los que trabajen en él, así como los que se forman en el nosocomio. Herranz profesor de la Universidad de Navarra (España) y co-partícipe de la Asociación Española de Bioética, respondía así a quienes formulan incesantemente la pregunta de si el hospital puede albergar la ética en sus dinámicas diarias, más allá de los códigos deontológicos que existan, y, en consecuencia, ser un organismo ético *viviente*, una entidad moral.

Paz (2008) elabora su tesis doctoral que defiende ante la Universidad de Granada (España), titulada “Pensar en paliativo”, como una reflexión en torno a la experiencia de profesionales médicos y de enfermería en la asistencia al enfermo terminal en un hospital, especialmente cuando el paciente se enfrenta al proceso de la muerte. La eterna dualidad muerte-vida y cómo los recursos paliativos de la medicina avanzan hasta querer demostrar que se puede (y debe) morir sin dolor, pero sin dejar de reconocer la realidad de la muerte como hecho biológico, psicológico y social de honda trascendencia en el ser humano. Los cuidados paliativos constituyen un ámbito emergente de la medicina que ha venido ocupando espacio en la clínica tradicional. Al paciente desahuciado de otrora, cuyo norte terapéutico consistía casi exclusivamente en atender al dolor y procurar una muerte lo *más tranquila* posible, se le involucra en un proceso dinámico e interdisciplinario de aceptación de la muerte como consustancial a la vida. El paliativismo procura ir más allá de calmar el dolor y estar pendiente del paciente, para generar en el paciente la sensación y posterior percepción de la mejor calidad de vida posible sin importar el inminente –tanto como natural- desenlace del óbito. Los cuidados paliativos se han venido desarrollando con cierta intensidad en las denominadas sociedades desarrolladas, y se incorporan cada vez con más rigor en los protocolos de tratamiento al paciente en condición terminal.

Morandé, P, publica en 2009, un trabajo documental que titula “Bioética y la organización funcional de la sociedad”, donde esboza un conjunto de percepciones sobre el carácter interdisciplinar de la construcción de significados en los sujetos que conforman comunidades específicas, en particular comunidades como la hospitalaria, donde la bioética pasa a formar parte de sus realidades. Aquí se revelan las apreciaciones en torno a la bioética del autor y sus necesarias aplicaciones de los principios bioéticos como disciplina con vocación interdisciplinaria y auspicia posibilidades para que la comunidad hospitalaria, a través de sus protagonistas diarios, especialmente médicos y enfermeras, asuman situaciones bajo presupuestos de la bioética. La conclusión del autor es autocalificada como pesimista, en tanto y en cuanto, la bioética dista mucho de ser una atmósfera de intereses comunes a la comunidad hospitalaria y mucho menos un *protocolo* diario de respeto a los derechos de los sujetos que conforman la comunidad hospitalaria. Salvo en el imprevisto o la crisis patética donde alguien muere injustamente, que haga saltar las alarmas, o la excepcional conducta de artífices de la bioética clínica, la bioética y sus significados y significantes aparecen en *la espesa* niebla del complejo mundo del hospital como reconocida necesidad, pero en enconado trance de lucha con las prioridades de siempre: lo médico y lo económico.

Braña, B, publica en la revista *Ética de los Cuidados*, 2009, número 88, su investigación denominada “Vulnerabilidad de los derechos de los pacientes en el medio hospitalario”, donde la autora plantea el carácter *básico* de los derechos del paciente y su característica fundamental de derechos humanos y la exigencia de su respeto por parte del Estado y de quienes fungen en sus instituciones. Arguye que, si bien es cierto que la legislación ha venido reconociendo progresivamente estos derechos, existe una brecha considerable de cumplimiento en el medio hospitalario, realidad que origina la vulnerabilidad aludida, con el agravante de la inconsciencia del personal sanitario que debe velar por el resguardo de los derechos. Propone que desde los comités de ética hospitalarios deben buscarse soluciones mediante el trabajo arduo de la formación en bioética, a los fines de salvaguardar los derechos de los pacientes.

En la revista *Saude Publica* (2009), editada en portugués, Herrera, L; Villamil, M; Pelcastre, B; Cano, F; y López, M, publican el estudio “Relación del personal de salud

con los pacientes en ciudad de México”. Allí se revelan las claves de relación interpersonal entre paciente y profesionales de salud que les atienden. Utilizando una base de metodología fenomenológica, los autores describen las percepciones y significados que los pacientes confieren a la interrelación que se produce. Es un estudio amplio realizado en varios hospitales de la capital mexicana (CDMX) y el rasgo distintivo del mismo radica en la posibilidad de aproximarse y reconocer los códigos comunicativos de diversa índole que se produce entre pacientes y personal hospitalario. El objetivo del estudio cumple un análisis *intimista* de la calidad de la relación del personal de salud con los pacientes hospitalizados en un centro de tercer nivel. En general, la investigación revela un alto grado de satisfacción con la atención médica recibida, no obstante, los pacientes hospitalizados percibieron como inadecuado el trato cotidiano (no clínico) del personal médico y de enfermería del hospital, relacionado con la falta de confianza para solicitar información acerca de su padecimiento (principio de autonomía vulnerado). El uso excesivo de tecnicismos por parte del prestador de servicios reforzó esta percepción de trato inadecuado. En las conclusiones se revelan las claves de la percepción del trato inadecuado por el personal de salud fuera del ámbito clínico, mostrando que la efectividad clínica no significa una plena calidad de la atención y que es necesario incorporar las necesidades y expectativas de trato no clínico de los pacientes, que los autores consensuan en los principios de la bioética, promulgados por Beauchamp y Childress en 1979.

Chocarro, L (2010) en su tesis doctoral, “Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: una aproximación psicosociológica desde el análisis del discurso”, se introduce en el vasto tema de la demostración de la muerte más allá de su incontestable suceso físico o biológico malamente aceptado por la sociedad, tras el cortejo de signos y síntomas clínicos que evidencian el hecho. Se reflexiona en la consideración del proceso psicosocial de la muerte, cuya buena parte de los significados debemos buscar en los grupos humanos primarios donde se produce y en el lugar por antonomasia donde reside: el hospital y los profesionales de la salud. La autora alerta sobre las percepciones muy emocionales sobre la vida y la muerte. Se niega la muerte por mecanismos irracionales, en particular por algunos profesionales de la salud en su discurso relacional con el paciente, en la premisa de que la medicina lo puede todo y se busca obsesivamente la salud, en lo que se configura como otra enfermedad *paradójica*, pues la búsqueda compulsiva de bienestar produce malestar, ya que sencillamente no es

posible eludir la enfermedad y su corolario: la muerte. La tesis de Chocarro se inscribe dentro del enfoque paliativista de considerar a la muerte como un proceso que debe asumirse como condición connatural a la vida y cuyo desenlace no tiene por qué estar reñido con el objeto de la medicina ni la actuación de los profesionales de la salud, en términos de calidad de atención ni ejercicio de solidaridad humana.

Santana, Miranda y Santana (2010) publican un estudio intrahospitalario denominado “La ética y el paciente con cáncer”, que aborda los intereses del paciente oncológico en términos de motivación por recuperar su salud afectada y cómo los profesionales de la salud validan diariamente los códigos deontológicos de sus profesiones. Navegan los autores en la disponibilidad médica para incorporar nociones y criterios humanistas en el abordaje del paciente *más difícil*, que ha sido *tocado* por la irrupción del cáncer en su cuerpo. Siempre desde la perspectiva del paciente como sujeto investigado y dentro del enfoque fenomenológico, los autores concluyen en significados reveladores de la importancia de la observancia de la ética en las interrelaciones intrahospitalarias. La tranquilidad emocional derivada de una óptima interrelación entre pacientes y cuidadores es determinante de la importancia establecida, más allá de las reconocidas deficiencias de lo humano en las dinámicas –insólitas o recurrentes- en el trato con pacientes oncológicos.

Ovalles, C. (2010) en su tesis doctoral “Práctica del Consentimiento Informado, *en* hospitales chilenos y colombianos”, nos presenta un singular trabajo comparativo de estudio de casos donde interpreta, bajo enfoque fenomenológico, los significados que otorgan pacientes y profesionales de la salud al consentimiento informado, aproximándose a la comprensión de las derivaciones del principio de autonomía del paciente sobre su cuerpo y su derecho a la atención en la enfermedad, desde la atención a la bioética principialista. La investigación se hace en un hospital privado y otro público, con la particularidad de resaltar aspectos culturales de ambos gentilicios. Las conclusiones reconocen la diversidad de criterios en la consideración del consentimiento informado, al mismo tiempo que se afianza la observancia de este dispositivo legal y principialista de la bioética, al que, si bien no suele prestársele demasiada atención, constituye un elemento fundamental de la autonomía del paciente y los derechos en general de éste.

León, F. (2010) en su trabajo “Desarrollo en salud, justicia y bioética en Latinoamérica” delimita los deberes éticos de los profesionales de la salud en la promoción del desarrollo de un país en forma de trípode: la relación paciente-profesional-institución de salud, adentrándose en el cambio de esquemas orientados a mejorar las condiciones de acceso y atención en los servicios de salud, a la luz de los principios de la bioética principialista y la ética del cuidado y la solidaridad. En la investigación de carácter histórico, el autor aborda los intersticios diferenciales entre la bioética y la justicia en diversos países. Desde la aparición de los principios de la ética clínica (Beauchamp y Childress, 1979) convertido en manual de actuación de los bioeticistas de origen anglosajón, las vertientes de estudio de la bioética en los países hispanoamericanos han tomado afluentes de llegada, con matices distintos. Contextos sociales distintos y realidades sanitarias diferentes, obligan a lecturas donde no es posible el principialismo a ultranza ni siquiera su consideración, pero si prevalecen las sensaciones y deseos de que la bioética pueda hacerse de espacios desde donde hacer prevalecer, aún en las condiciones más hostiles, los derechos universales de los pacientes y quienes trabajan en ambientes sanitarios.

Díaz, H. (2010) publica la tesis doctoral “Aproximación a la comprensión de la praxis gerencial en los hospitales militares desde una perspectiva bioética”, situando la investigación en el contexto histórico de la Venezuela del siglo XXI. El autor infiere en la necesidad de *repensar* los modelos de gerencia hospitalaria, y, en consecuencia, el propósito de la investigación es construir un *corpus* teórico para comprender la *praxis* gerencial en los hospitales militares venezolanos a partir de una perspectiva bioética, en el paradigma interpretativo donde la configuración, la comprensión y la construcción de las experiencias de los actores cotidianos de la faena hospitalaria de busca desde la percepción de directores o gerentes de hospitales militares. Desde la adopción de una metodología fenomenológica y las categorías emergentes surgidas como la ética hospitalaria, las emociones, las relaciones interpersonales y las prácticas gerenciales se desemboca en el planteamiento teórico denominado la *biogerencia* como opción resolutoria del problema de gestión de hospitales, eje de interés investigativo.

Caballero, Pedraza y García (2011) elaboran un estudio cualitativo *a pie de cama* titulado “Cuidados de enfermería al paciente oncológico en fase terminal”, estableciendo un recorrido del modelado de comportamiento de consuelo hacia el

paciente por parte de los profesionales de la salud y los familiares, en sinergia orientada a garantizar mejor calidad de vida al paciente con recursos de la medicina paliativa. Desde la fenomenología-hermenéutica, la investigación extiende una *mirada* en profundidad sobre las experiencias vividas en un hospital oncológico por pacientes cuyo *horizonte* de muerte es inminente, en tanto breve. Las conclusiones de la investigación revelan aspectos disimiles que enriquecen el conocimiento sobre el tema: desde la recuperación de terapéuticas ancestrales consideradas como necesarias; hasta la previsión testamentaria para *trasladarse* en paz hasta el otro mundo. La importancia que adquieren los cuidados de enfermería en la realidad vivencial de este tipo de pacientes, ocupa lugar preferente en la visión de los investigadores. Importancia que otorga valor fundamental al rol del personal de enfermería junto al paciente terminal en dichos momentos cruciales, así como la interacción humanitaria que se alcanza entre *ambos* seres humanos.

Bonilla, M. (2011) ante la ausencia de criterios bioéticos en una unidad de cuidados intensivos de un hospital, elabora un marco de reflexión que tituló “Actitudes éticas del personal médico, participación de enfermería y la familia en la toma de decisiones humanizadas en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico”, para aproximarse, en base a la experiencia diaria de la autora, al establecimiento de una vinculación insoslayable entre las actitudes éticas del médico, la enfermera y la familia para generar normas que limiten el esfuerzo terapéutico y no generen falsas escenarios alejados de la bioética. La investigación concluye en varias vertientes de futuras investigaciones entre las cuales se cuestionan algunos de los objetivos de la medicina: la reflexión en torno a una práctica médica dirigida a prolongar indefinidamente la vida o a gestionar de un modo *imprudente* el cuerpo del paciente en una unidad de cuidados intensivos y la vertiente subsiguiente acerca del sobredimensionamiento de la participación médica y de enfermería, creando en las unidades de cuidados intensivos hospitalarias esa especie de mito que la enfermedad desaparecerá dentro de poco, al igual que la vejez y quizá la muerte, algo que la investigadora concluye que no ocurrirá.

De Freitas, Barbosa y Prado (2011) difunden un trabajo titulado “La interface entre la fenomenología y el cuidado de Enfermería”, donde se aproximan a la utilidad e importancia de la investigación fenomenológica, desde el pensar el cuidado hasta lo existencial del paciente, contemplando siempre la dimensión humana, más allá de la

perspectiva técnico-médica. Los autores del estudio establecen dispositivos de interacción entre un paciente crónico tipo y una enfermera especializada tipo y recogen las experiencias de vida compartidas entre ambos durante un tiempo determinado. Las conclusiones son reveladoras de grados de dependencia emocional del paciente y una consecuente identidad de valores que reafirman la importancia de los cuidados de enfermería desde ámbitos humanistas y éticos.

Guillaumet, E (2011) publica una investigación doctoral titulada “La experiencia de ser cuidado en un hospital. Perspectiva desde el cliente inmigrante económico extracomunitario”, realizada en un hospital de Barcelona (España). En un diseño de estudio cualitativo, fenomenológico-hermenéutico, el autor se *inspira* en Ricoeur para atestiguar elementos de análisis de cómo los grandes movimientos migratorios iniciados a finales del siglo XX han generado profundas transformaciones en los diferentes escenarios sociales occidentales. España, por ejemplo, pasó de país de emigrados a receptor neto de inmigración. Esos flujos han producido una gran miscelánea cultural que ha activado nuevos fenómenos en las relaciones humanas en casi todas las esferas sociales, que han detonado la búsqueda de equilibrios sociales entre la sociedad de acogida y los ciudadanos llegados de *otras tierras*. La salud y su atención es uno de esos fenómenos y la investigación otorga voz a los inmigrantes en cuanto a las experiencias vividas durante los procesos de hospitalización y su relato y los significados que esto clientes otorgan al cuidado recibido en las instituciones hospitalarias. Los resultados de la investigación no son extrapolables a todos los entornos de la *ratio* europea, no obstante, en juicio de autor, los significados extraídos pueden contribuir a repensar, reformular y reorientar los cuidados hospitalarios que se prestan al inmigrante, tomando en cuenta la premisa enarbolada por los países europeos de ser sociedades humanizadas, plurales y democráticas, respetuosas de los derechos humanos de las personas.

Aguilera, Paniale y Romero (2012) en “Actitud de enfermería frente al paciente terminal” elaboran un estudio descriptivo que cuestiona el *nada que hacer* frente a una enfermedad terminal, encontrando espacios para la revisión de la emocionalidad y la memoria, tanto del paciente como de los que atienden al paciente en dicho *trance*. El paciente terminal no es el paciente muriente que sólo justifica conmisericordia e incluso lástima. La investigación propone la utilización de registros de la memoria del paciente

en función de *la trascendencia* del sujeto del mundo del cuerpo. El espíritu, en la concepción de Hegel, constituye en la investigación un eje referente para la propuesta de una serie de consideraciones que dotan al personal de enfermería de las destrezas y habilidades técnicas y *la empatía* psicológica para encarar con destreza la realidad social del paciente terminal.

Lapeña, Y (2012) en la tesis doctoral “Estudio fenomenológico de las relaciones laborales interpersonales: la mirada del personal de enfermería de las diferentes unidades de un hospital general”, revela su indagación en personas enfermas y la disposición relacional en función de atenuar el dolor físico y psíquico de los pacientes y sus familiares, intentando superar la sobrecarga de trabajo y la incidencia del descontento laboral intrahospitalario de los profesionales de la salud. La clásica dicotomía del *querer* de conciencia y el *poder* de lo físico, en términos de *posibilidades* y *extenuación*, convergen como dilemas de investigación. La *mirada* del personal de enfermería es una poderosa referencia que encierra uno de los aspectos medulares del funcionamiento del hospital. Desde un enfoque fenomenológico la investigación toma curso en las dificultades encontradas en las experiencias de las relaciones tejidas entre enfermeras(os) que impiden un óptimo cuidado del paciente.

Mejía, M, (2012) en su trabajo “Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad”, formula una pregunta pertinente que ha ondeado durante siglos en las instituciones hospitalarias: ¿Qué significa el cuidado de enfermería para los pacientes en estados de cronicidad? Las respuestas que indaga la autora permitieron encontrar *esencias* procedentes de la interacción entre los pacientes y las enfermeras que los cuidaban. Desde la fenomenología la investigación permite *centrarse* en lo común, en lo permanente e invariante de los discursos de los participantes. El propósito fue acercar la brecha entre teoría y práctica, academia y ejercicio profesional y aportar al conocimiento de enfermería derivado de la práctica. El abordaje metodológico de Colaizzi definió el fenómeno de interés, mediante códigos vivos y sustantivos de expresión oral y escrita de los participantes (pacientes crónicos), quienes asignaron significados a la enfermera como un *ser espiritual*, que tiene vocación para la ayuda a los demás y que es el *alma* del hospital. El significado principal estuvo en el apoyo recurrente en aspectos de las interrelaciones humanas, lo cual les permitió a participantes (pacientes) sentirse confortados con la amabilidad y

familiaridad en los momentos de hospitalización, contribuyendo así a mantener la expectativa *nunca perdida* de la recuperación.

Araújo, M; Azevedo, B; Pereira, M, (2012) realizan la investigación “La experiencia vivida por pacientes en diálisis peritoneal domiciliaria: un abordaje fenomenológico”. El objetivo de este estudio fue comprender la experiencia de la diálisis peritoneal domiciliaria, a partir de la narración de los pacientes. El abordaje del estudio se inspiró en la fenomenología hermenéutica de Ricoeur y se realizó en un hospital brasileiro. La descripción de las experiencias de los pacientes a los que se le practica la diálisis peritoneal revela un cúmulo de vivencias cuyo denominador común es *la angustia* al comprobar diariamente las drásticas transformaciones que ocasiona la enfermedad en sus vidas. Las limitaciones personales y sociales impuestas por el tratamiento auguran, en la vivencia del paciente, un futuro desconocido *pleno* de dolor físico y espiritual, donde la dependencia de otros es un *lastre* en la que se prefiere muchas veces morir. Los resultados de esta investigación fenomenológica revelan las dificultades y la falta de perspectivas experimentadas por los pacientes en diálisis, demostrando el papel crucial que le cabe a los profesionales sanitarios que los acompañan, en ayudar a desarrollar el autocuidado y maximizar su calidad de vida como prioridades en la asistencia a esos pacientes, así como maximizar la observancia de los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia.

Estrada (2012) en su estudio “Hacia una fenomenología de la enfermedad”, publicado en la revista *Iatrea*, vol 25(3): 277-286, configura un interesante trabajo donde prevalece su crítica a la medicina *moderna* que se practica en el hospital. Se cuestiona la remisión del cuerpo a mero objeto de naturaleza temporal y perecedero, que deviene en *cosa* y que puede ser controlado como ente pasivo, sin relación de respeto al paciente por parte del personal de salud. El estudio, en la tradición *heideggeriana*, deviene en una visión pesimista de la realidad sanitaria y que deplora el medicalismo, abogando por una dedicación más profunda de las profesiones de la salud, por *enterarse* sobre la enfermedad como *diálogo* del ser que trasciende aparatos y órganos para ubicarse en lo consustancial de la existencia del ser humano. La medicina moderna, al darle un carácter pasivo al cuerpo, lo condenó a la ausencia. De acuerdo con el autor, el individuo paciente es una realidad orgánica que deviene en *cosa*, un *cuerpo* de naturaleza controlable, perecedero y temporal, por tanto, despreciable. La actuación de

los equipos de salud de querer prolongar la vida del paciente, en una forma meramente técnica, es una manera de huirle a la muerte, en una muestra palpable del afán por mantener lo corporal y a su vez generar la artificialidad de los indicadores de normalidad en salud de una población determinada. Para Estrada, intentar hacer una fenomenología de la enfermedad implica tener presente el asunto del cuerpo del paciente y el respeto que por dicho cuerpo hay que prever en los cuidados que se prestan en los centros dispensadores de salud. El autor sostiene que mediante la observancia de este respeto se constata un asunto que, a los ojos de la medicina antigua, era esencial: los hombres son mortales; por eso es preciso que se cuiden, que se cultiven a sí mismo, que se les cuide y cuiden su cuerpo, que se curen y sean curados”.

Fernández (2012) en su tesis doctoral titulada “El significado que le otorga la enfermera(o) al cuidado del adulto mayor”, refiere el envejecimiento como proceso natural de cambios físicos, psicológicos y sociales, y dichos cambios requieren de un cuidado humanizado en las instituciones de salud, en la familia y la comunidad. La autora plantea una teoría *emergente* sobre el significado que adscribe el personal de enfermería a su *propio* proceso de envejecimiento en los escenarios de su práctica asistencial hospitalaria, y como se coliga dicho proceso con la atención al paciente de la tercera edad dentro de un nosocomio seleccionado. El estudio cierra con la construcción de un modelo de promoción de autocuidado de la salud y la vida del *envejeciente* para mantener una calidad de vida en su contexto social.

Ferrer (2013) en “Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética”, dinamiza un campo de reflexión y práctica de los profesionales de la salud para una bioética principialista centrada en las prioridades de salud de la población, destacando la ética de la responsabilidad del médico y la enfermera como ejes de la atención al paciente, especialmente el paciente tratado por enfermedades crónicas. La caracterización de la equidad como pretensión que proviene del mundo griego es el eje del estudio, soportada en el más reciente principio de la justicia. Las conclusiones revelan la emergencia de los presupuestos de la bioética en asumir campos de influencia sanitaria, que escapen de las normas puramente jurídicas.

Hernández en su tesis doctoral presentada en 2013 y titulada “Los pacientes como protagonistas de la práctica enfermera. Un estudio humanizado en un hospital de tercer

nivel”, desarrolla los elementos fundamentales al alcance de los profesionales de la salud para dar cumplimiento al arsenal de criterios de base ética del cuidado en un marco conceptual que inquiere a la bioética como disciplina de necesaria observación, máxime si la salud es un derecho humano fundamental. Lo que aspiran los pacientes, lo que reflejan como positivo o negativo, desde la óptica de la *experiencia vivida* de los pacientes, constituyen los ejes de la investigación fenomenológica, para concluir en la importancia de criterios de atención humanista en la práctica enfermera y la insoslayable relación interpersonal que se establece paciente-enfermera(o) en la estancia de *recuperación* de la enfermedad en un hospital.

García, M; Becerra, A; Lugo, I; Reynoso, L (2013) realizan un estudio titulado “Satisfacción percibida por los pacientes oncológicos en relación con el personal médico”, que fue publicado en la revista del Hospital Juárez de México, 2013; 80(3) 155-162. El estudio revela resultados en torno a la importancia de la interacción médico-paciente en la difícil convalecencia del paciente oncológico. En el método fenomenológico seleccionado no es de interés de los investigadores *la interacción* en tiempo real entre médicos y pacientes, por tanto, el trabajo investigativo se realizó posterior a la alta médica del paciente. Las conclusiones de la investigación revelan la importancia que se otorga a la relación médico-paciente como factor *benéfico* en la superación de la enfermedad; y las dificultades por las que corre dicha relación, cuando la *predisposición galénica* se oscurece o aleja de las preocupaciones del paciente en su padecimiento.

Bettancourt, L y Ventura, C, publican en la revista *Escuela de Enfermería* de la Universidad de Sao Paulo (2013, N° 47) un trabajo de investigación realizado en un hospital paulista que titularon “Estoy sola: la experiencia de las enfermeras en el cuidado del usuario de alcohol y drogas. Una exploración fenomenológica sobre los cuidados de atención intrahospitalaria a pacientes con este tipo de dependencia”. Desde el referencial de Heidegger y *el ser y el estar ahí*, el estudio indaga en la interacción que se produce entre el usuario de alcohol y drogas con sus tratantes, desde una primera etapa del protocolo médico difícil y caótico; hasta estados de recuperación y reinserción social, pasando por nutritivas experiencias que son reveladas en claves abrevadas de la sociología fenomenológica de construcción social planteadas inicialmente por Shütz y ampliadas por Berger y Luckmann. El propósito de este estudio es comprender cómo es

ser enfermera vivenciando el cuidado de pacientes drogodependientes que ingresan al servicio de medicina de un hospital público de Chile. A las preguntas ¿Cómo es cuidar a pacientes drogodependientes que ingresan en tu servicio? Los discursos de las enfermeras fueron interpretados bajo el referencial de Fenómeno Situado de Martins: hablando del paciente drogodependiente; cuidando al paciente en un medio adverso; superando el miedo para cuidar. En sus conclusiones la investigación hace una alerta fundamental: la necesidad de capacitar al personal de salud en dependencia en alcohol y drogas para superar los preconceitos y mejorar el cuidado de estos pacientes incorporando la bioética en dichos cuidados.

Padilla, E; Sarmiento, P; Ramírez, E, realizan una investigación publicada en la revista *Salud Pública* (2014, N° 4) de la Universidad de la Sabana (Colombia), que denominan “Percepciones de pacientes y familiares sobre la comunicación con los profesionales de la salud”. Los autores se adentran en las relaciones que tejen los pacientes y familiares con los profesionales de la salud, con énfasis en las diversas formas de comunicación que se generan. La forma como es percibida dicha relación adquiere múltiples vertientes, que bajo un enfoque fenomenológico deviene en un conjunto de propuestas a ser adoptadas por un hospital que atiende pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. El objetivo de la investigación intenta comprender las fortalezas y dificultades de la comunicación entre los profesionales y las familias con un miembro con enfermedad crónica o discapacidad, desde la percepción de pacientes y familiares que asisten a servicios sanitarios de la Universidad de la Sabana. En un diseño de investigación cualitativo interpretativo, cuyo enfoque psicológico es el sistémico y su perspectiva, socio construccionista, las conclusiones reflejan las fortalezas que las personas ven en el trabajo en equipo por parte de los profesionales, la disposición para la atención, la suficiencia en la información recibida y el uso de estrategias para enseñar procedimientos y aclarar dudas. Como dificultades comunicativas señalaron que el profesional haga presunciones pronosticas negativas o asuma actitudes de distancia o superioridad.

“Mi sangre está enferma, yo no: narrativas del mundo SIDA y la gestión del tratamiento”, es la tesis doctoral que defiende María Feijoo, el año 2014, ante la Universidad Rovira Virgil (España), quien desde su trabajo como enfermera, que supone un contacto diario con el sufrimiento ajeno marcado por la pérdida progresiva de

la salud, describe las narraciones en tres escenarios: escuchar al paciente y familia y ayudar a resolver problemas y acompañar en el sufrimiento, sea de carácter biológico o emocional; el desentenderse completamente de ese dolor y derivar el *problema* a otros profesionales sanitarios, médicos, psicólogos u otros, por entender que escapa a las competencias profesionales que se exigen; y el tercer escenario es simplemente no hacer nada porque lo que se curan son los cuerpos, las emociones o significados asociados al sufrimiento ocasionado por la enfermedad no se entienden como parte del trabajo de *cuidar* de los enfermos, o de cualquier otro profesional de la salud. La investigadora concluye que las posibilidades y escenarios pueden multiplicarse, casi tantos como interpretaciones de los que significa *cuidar* o *curar*, pero el padecimiento humano siempre ha estado y estará presente en los hospitales, expresándose cada día.

Lapeña, Y; Cibanal, J; Cortés, I; Loreto, M; Palacios-Ceña, D, describen en el estudio, “La experiencia de las enfermeras de apoyo en un hospital español: estudio cualitativo fenomenológico”, publicado en la revista *Salud Pública* de la Universidad Complutense de Madrid (2014, N° 278), la experiencia del personal de enfermería *de apoyo* en diferentes turnos de guardia hospitalaria, siguiendo el paradigma cualitativo en un enfoque fenomenológico, que se apoyó en las técnicas de la entrevista en profundidad y diarios de campo. Se procuró una comprensión exhaustiva de la incidencia de calidad de atención a pacientes en los diferentes turnos de enfermería de un hospital de Soria (España) y como el hecho administrativo de cambiar de turnos horarios podía reflejar en un desmejoramiento de las relaciones establecidas con los pacientes. Es preciso, concluye la investigación, establecer objetivos claros respecto al rol de las mismas en las unidades por enfermeras y gerentes de servicios de salud en evitar improvisaciones en la compleja relación interpersonal que se construye entre las profesionales de enfermería y los pacientes.

Crispin, D, en la revista *Carcinos*, vol. 4, N° 1, publica en 2014, el trabajo “Bioética y paciente terminal: actitud del médico oncólogo”. Un resumen de un estudio de casos, que se aproxima a los *códigos* de reflexión bioética del médico oncólogo ante un conjunto de pacientes diagnosticados con cáncer en un hospital de la ciudad de Lima (Perú). Las relaciones humanas que se articulan en torno al éxito o fracaso de las terapéuticas, haciendo transversal un esfuerzo bioético del médico por cumplir su rol con el paciente, a veces distorsionado por realidades que, dentro del hospital y la

sociedad, sobrepasan los intereses comunes establecidos entre *galenos* y pacientes. Es un estudio descriptivo transversal donde participan veinticinco médicos oncólogos en una encuesta anónima, voluntaria y previamente informada del motivo. Las respuestas fueron agrupadas en relación a los principios bioéticos, predominando la atención al dolor, hidratación y sedación en los pacientes con cáncer terminal (principio de beneficencia); y se revela un porcentaje importante de médicos oncólogos que prefieren no dar alimento al final de la vida y desechar medidas consideradas desproporcionadas como la intubación endotraqueal y/o reanimación cardiopulmonar (principio de no maleficencia). Se informa en la totalidad de los casos a los pacientes y familiares sobre el significado de la terapia paliativa y el estado del proceso de la enfermedad (principio de autonomía) así como lo que significa *muerte digna*. La investigación encuentra dificultades en el abordaje ético del principio de la justicia en torno a finalizar con el sufrimiento del paciente terminal que no se efectiviza porque la ley peruana y el código de ética y deontología del colegio médico lo impide y sanciona severamente.

Villalobos, en la investigación “Aproximación fenomenológica de la atención al usuario de los centros ambulatorios del municipio Maracaibo”, publicada en la revista de la Universidad del Zulia (2014) intenta demostrar los elementos experienciales cotidianos de la atención al usuario en centros ambulatorios. Utilizando las técnicas de entrevistas en profundidad y la modalidad de *sourvey*, la investigación alcanza su propósito de obtener una aproximación fenomenológica de la atención al usuario de los centros ambulatorios del municipio Maracaibo (Zulia). Los resultados de la investigación demostraron diversos elementos contextuales: la *confusión* prevaleciente de las verdaderas posibilidades de atención médica en los centros ambulatorios; las *variaciones* de interrelación que se establecen en un centro ambulatorio entre médicos, enfermera(os) y pacientes; las experiencias de *insatisfacción* por la atención *incompleta* que reciben los pacientes en un centro ambulatorio, y *el denodado*, tanto como *no reconocido* esfuerzo que hacen los profesionales de salud que atienden paciente en un centro ambulatorio.

Bautista, L; Arias, M; Carreño, Z, publican en la revista *Cuidarte* (2016; N° 7, 16-28) el resultado de su investigación: “Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional”, donde los autores revelan los significados que otorgan familiares respecto al trato que reciben de los que

trabajan en una unidad de cuidados intensivos (UCI). El objetivo de la investigación es evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo de una clínica de IV nivel de la ciudad de Cúcuta (Colombia). Afloran en la investigación muchas de las características de personalidad y socialidad de los sujetos investigados (familiares), en una velada crítica al sostenimiento de la vida por medios artificiales cuando no es posible mantener con vida al paciente. La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente y la complejidad en los servicios de unidad de cuidados intensivos, generan en el núcleo familiar una *crisis* emocional situacional manifestada en angustia y estrés. Los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como un *ser holístico*, donde el cuidado brindado estuvo caracterizado por comportamientos como: la empatía, la comunicación efectiva, el afecto y el tacto. Humanizar la unidad de cuidado intensivo permite, según las autoras, reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales. Concluyen en que una familia *participativa* es una familia más sana, con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente a una unidad de cuidados intensivos.

Garrido, N (2016) en la tesis doctoral ante la Universidad de Oviedo (España), titulada “El hospital en la percepción de pacientes atendidos en una sala de hospitalización y la viabilidad de los principios de la bioética”, utilizando una metodología fenomenológica-hermenéutica, revela los significados de *utilidad* y *desosiego* que pueden producirse, respecto al hospital, en paciente hospitalizados de mediana y larga estancia. Los *sentidos* encontrados por la investigación, como *aporte* de conocimiento al fenómeno, son diversos: desde las clásicas *relaciones* solidarias hasta los contratiempos devenidos en *desavenencias* en el cumplimiento de tratamientos instaurados, pasando por el establecimiento de *códigos* comunicativos entendibles solamente para la comunidad que se conforma y el *mediano* reconocimiento de la bioética y sus principios. La investigación flamea sobre unos de los aspectos medulares de la atención a pacientes en un hospital: cómo la diversidad de patologías y la consecuente multiplicidad de clínicas, sumado a lo finito de los recursos en costear la atención médica en un nosocomio, puede conducir a la crisis de los servicios, amén de

considerar en la irrelevancia, los espacios emergentes de cumplimiento de los derechos de los pacientes, implícitos en los principios de la bioética.

Tana, L; Panka, M; Beltrance, V; Steffani, J; Bonamigo, E, publican en la revista *Bioética* (2017; Vol 25, N°2) un trabajo que titulan como “Percepción de los pacientes oncológicos sobre la terminalidad de la vida”, donde elaboran una *atmósfera* de confidencialidad en torno a las diversas percepciones y los significados que otorgan pacientes con cáncer en estado terminal. Con la fenomenología como método de búsqueda, los autores alcanzan, sin la participación de los profesionales de la salud, un resultado que revela buena parte de la sentimentalidad y emocionalidad de este tipo de pacientes, así como la proximidad a la muerte les genera una fortaleza *sorpresiva* que los autores recuperan como hallazgo social y clínico. Después de la clarificación del significado de los términos utilizados, la mayoría de los pacientes expresa estar de acuerdo para elaborar su testamento vital y/o dejar establecidas directivas anticipadas de voluntad. Igualmente, para recibir los cuidados paliativos en el hogar y ser restablecido en cualquier situación, aunque la mayoría no estuvo de acuerdo con la distanasia. Los pacientes en forma abrumadora consideraron inadecuada la comunicación del diagnóstico por el médico y el hecho de portar metástasis amplió la reflexión sobre el final de la vida. Los resultados muestran la alerta de los autores en que es necesario fomentar la discusión del final de la vida en la población durante la atención al paciente, y promover la respectiva formación a los profesionales de la salud desde el pregrado universitario.

La fuerza con que se ha venido desarrollando la investigación en torno a una institución como el hospital; y los significados de quienes le confieren su utilidad social, pacientes y profesionales de la salud, es la expresión manifiesta de un desafío, a casi dos mil seiscientos años de paternalismo médico-hipocrático. Se aboga por una forma diferente de la unívoca relación médico-paciente, devenida indistintamente en relación clínica, cuanto mejor en relaciones humanas entre personas (pacientes) y personas (profesionales sanitarios). Los contextos culturales diversos donde se yergue el hospital para cumplir su misión longeva de atender a los “enfermos”, es hoy reconocidamente compleja, en tanto sus múltiples aristas, impiden el manejo de todas las situaciones por *una sola persona*, otrora, chamán, fraile, sacerdote o médico. El desafío que representa este escenario complejo tiene dos co-protagonismos fundamentales. Por una parte, la

indetenible progresión de la biotecnología y su incidencia en las relaciones entre seres humanos en el mundo intrahospitalario, ergo, pacientes y profesionales sanitarios; y el surgimiento de la bioética, como parte inseparable del respeto a la dignidad humana.

En el paradigma biomédico aún predominante, y en el contexto de poder, más allá de lo político, jurídico, cultural, social y ético, se afianzan dos polos, en tanto escenarios de actuación: el escenario clínico, bastión del hacer diario de las técnicas, habilidades y destrezas en la atención a pacientes que padecen la enfermedad y que requieren restablecer su salud y que acuden al hospital; y el escenario administrativo, como sostén de la finitud de los recursos económicos que hacen posible, en tanto viable o sostenible, el polo clínico. No es que no existan otros polos, sino que la cotidianidad, la vida diaria en el hospital, pareciera que subsume la importancia de atender solo lo clínico y lo administrativo. Es significativamente mayor, por ejemplo, la comprensión de la importancia del acto médico en un hospital, o los recursos del presupuesto para material médico-quirúrgico, que aspectos como la prevención de enfermedades o la autonomía del paciente. Y esto es así en tanto y en cuanto realidades afirmativas del paradigma biomédico que rige, al tiempo que aparecen las insuficiencias alrededor del cual giran la relación entre profesional sanitario y el paciente, en cuanto ésta relación es considerada más que una relación de atención de la enfermedad, una relación eminentemente ética, promotora de la dignidad humana.

Sobre esta suerte de *mar de fondo* de desafío humano, por tanto, social, lo cual históricamente, además, sigue un proceso creciente e indetenible, caben tantas preguntas como asideros pudiéramos plantearnos desde el ángulo de la investigación. En los escenarios multiculturales y diversos de la actualidad; en las problemáticas complejas que parecieran no tener solución simple, surgen insospechados conflictos y dilemas en el *sitio* donde se dirimen por excelencia dichos conflictos y dilemas, el hospital; y, quienes los protagonizan son seres humanos, en ejercicio de socialización, personas que se interrelacionan socialmente en ese recinto con otras personas, unos con otros: personas que atienden personas (Boschinglés, 2011). Es de aspirar que para solucionar o aclarar horizontes en los conflictos y dilemas, más allá de la imprescindible clínica y el soporte administrativo, se requieran unos mínimos consensos (incluso pragmáticos) para deliberar, y esto es, una de las características radicales (de raíz) de la bioética.

Por otra parte, y más allá de los reconocidos dilemas y conflictos intrahospitalarios, y los espacios de eficacia y eficiencia en la interrelación social diaria que surge inevitablemente (en déficit o en presencia) entre pacientes y profesionales sanitarios dentro del hospital, no sólo es deseable reivindicar la observancia de la bioética en dicha *cotidianidad*, sino que también es insoslayable pensar en una comunidad, como el hospital, donde coexisten personas con diferentes patrones éticos y morales y se trata de asumir el reto de mantener pacíficamente a esas comunidades y a los individuos sin anular la creatividad individual y colectiva, ni la diversidad cultural ni las libertades individuales.

2.1.6. La bioética: el origen reciente del antiguo origen

La historia de la ética es tan antigua que recorre los mismos pasos del ser humano. Lo que se ha dispuesto de lo bueno y la virtud, y lo justo y el deber, ya aparecían, por ejemplo, en las escrituras homéricas. En el *Génesis* el pecado original se instila como castigo por la curiosidad de nosotros los humanos. Prometeo nos mitifica en la equivocación de querer dominar el mundo y evitar nuestra extinción. En venganza por tal ansia de saber y controlar, Zeus nos manda los males del ánfora de Pandora. Aristóteles, según Lorda (2009), probablemente llegó a la ética desde la medicina, y después, la clínica y la ética han compartido un tipo de razonamiento similar, cuyas dos principales características eran la deliberación y la prudencia (2009:19). Quizá, cuando el ser humano llegue a conocer todas las relaciones causales que gobiernan el mundo, se acabará nuestra naturaleza humana tal y como la hemos conocido, pues la ignorancia del futuro es la condición de la libertad.

Almárrega (2010) sostiene que Francisco Asís, propulsor en el dogma judeo-cristiano de “códigos cargados de eticidad, al discurrir sobre los cuidados del prójimo y su coexistencia armónica con la naturaleza” (2010:34), es uno de los primeros referentes de la ética para el mundo occidental. Almárrega también elabora una consideración sobre la génesis de la bioética en Virgilio, el sabio que los romanos calificaran de “padre de Occidente”. Sus deseos en *Las Geórgicas*, las estrofas que ya alertaban sobre la preservación de la naturaleza, constituyen, para Almárrega, elementos de importancia histórica para apuntar a Virgilio un hándicap a favor del “primer paso que se recuerde” de la bioética. Virgilio relaciona “la justicia que debe aplicarse, ante los daños

ocasionados por los romanos a la naturaleza, con los desequilibrios que dichos daños ocasionaban en la calidad de vida en la ciudad”. (2010:10).

En esos primeros *pasos* destaca el planteamiento ético deliberativo de “lo bueno” de Aristóteles, que se atestigua en la Grecia antigua, y desde donde se perfiló casi toda la episteme de la ética de Occidente que reconocemos hoy. Y *lo bueno* se decía de muchas maneras en el insuperable retoricismo griego. El código de las virtudes de Pericles, que data del 495 a.C., y el juramento atribuido a Hipócrates de Cos, constituyen también reconocidas evidencias de que el interés por la ética acompaña al ser humano desde tiempos remotos. Que la ética y su helénica antorcha pionera hayan tenido suficientes arrestos para generar una derivación con un pretendidamente nuevo *corpus* (la bioética), hablan de la pervivencia de la ética como escenario de conocimiento de la humanidad, acompañante, además, de la civilización humana hasta nuestros días.

Ya en el salto temporal enorme, desde la Grecia antigua hasta el s. XX de Occidente, ocurre un atisbo de acepción etimológica que denota la persistencia de la relación moral entre el ser humano y el resto de los seres vivos. En el paréntesis histórico que dejan las dos guerras mundiales, en un contexto enmarcado en un paradójico hedonismo, enfrentamientos fratricidas, climas opresivos de convivencia y corrupción política, Fritz Jahr (1859-1953), un teólogo protestante, filósofo y profesor, nacido en *Halle an der Saale*, de la Sajonia alemana, publica en la revista *Kosmos*, en 1927, un conjunto de artículos con mensajes considerados *vitacéntricos*, en oposición a las teorías empíricas en boga para entonces, sostenidas por científicos centroeuropeos agrupados en torno al Círculo de Viena, depositarios del positivismo lógico y la matematización de la realidad como *lenguaje perfecto*, cuyos abrevaderos soportaron pioneros como Comte y Hume.

Los artículos de Jahr iban en vía contraria al apogeo de las certezas de la ciencia y la tecnología y la esperanza de superar todo tipo de limitaciones materiales. La apuesta vitalista y contemplativa de Jahr fue entonces considerada “extraña e innecesaria” (Haas, 2003). Era la época donde se negaba todo conocimiento que no fuera empírico. Se miraba con recelo toda referencia a la metafísica y a la moral. En tal sentido Haas señala que:

“Este clima contrario a las ideas de Jahr explican por qué el planteamiento de vincular dos formas de conocimiento (el empírico de la Biología y el metafísico de los valores morales) haya pasado desapercibido y que no ha sido sino hasta la primera década del siglo XXI, en la Declaración Internacional de Rijeka, que los planteamientos pioneros de Jahr sobre la Bioética hayan tenido repercusión y reconocimiento”. (2003:11).

Es en su segundo artículo, “Bioética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas” (1927), que Jahr correlaciona el genérico quinto mandamiento judeocristiano “no matarás” con la propuesta de su “Imperativo Bioético”, extendiendo el *Imperativo Categórico* de Immanuel Kant a todas las formas vivas. Jahr plantea entonces un modelo pragmático y situacional de equilibrio entre las obligaciones morales, los derechos y las visiones que escribió como norma: “Respeta a todo ser vivo como fin en sí mismo y trátalo coherentemente, en tanto sea posible, como a un igual”. (Jahr, 1927, citado por Haas, 2003:11).

El papel de Jahr al *ofrecer* el término bioética en 1927, incluso otorgándole uno de sus rasgos disciplinares fundamentales como lo es el carácter dialógico, ha sido reseñado por pocos estudiosos de la disciplina, salvo por Lolas, 2008; Cely, 2007; y Hass, 2003. Para Lolas (2008) quizá las francas alusiones religiosas de Jahr no representaban utilidad a una bioética, radicalmente laica, que desprecia el saber milenario y contemplativo de la naturaleza, insumo para la doctrina de las diversas religiones. Además de lo que señala Lolas, Gracia (2009) esgrime que “la compasión, la contemplación y el trato justo a la naturaleza, se desligaban de un marco conceptual que aceleradamente apostaba al progreso de la ciencia y la tecnología como paradigma de superación de injusticias y oprobios” (2009: 32).

Un episodio clínico, ocurrido en Seattle, que apareció reseñado en el magazine *Life*, del diario *New York Times*, el 9 de noviembre de 1962, relatado por David Rothman en su libro *Strangers at the bedside* (1991), y al cual hace referencia el profesor de ética de la Universidad de Washington, Albert Jonsen (2003), constituye uno de los hitos fundacionales de la bioética en USA, respecto a la ética médica tradicional que se había mantenido veinticinco siglos anidada en los preceptos hipocráticos. Dicho episodio narra la escasez del *shunt* arteriovenoso utilizado en la hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica, en un hospital público. La demanda del *shunt* (patentado por Scribner, en 1961) superaba la oferta existente, y generó la asignación de prioridades,

así como la asesoría de un grupo de personas, de diferentes disciplinas del conocimiento, para que seleccionaran quienes eran los pacientes que se beneficiarían (en desmedro de otros) de los beneficios de la nueva tecnología *salvadora*.

Jonsen (2003) también señala en su *Historia de la Bioética* al paradigmático trasplante cardíaco realizado en 1967 por el médico cardiólogo surafricano Christian Barnard, como otro hito iniciático, en virtud de las implicaciones filosóficas, éticas, religiosas y científicas, que el caso clínico suscitó, y que posicionó al tema de los implantes de órganos en el tapete de las *preocupaciones* bioéticas. El otro caso lo refiere Jonsen en la controversia generada por la aplicación de anestesia en veintidós casos de pacientes involucrados en una investigación médica, en el Hospital de Massachusetts (USA), denunciado por el médico Henry Beecher como falta de ética en el paper *Ética e Investigación Clínica*, aparecido en la revista *New England Journal of Medicine*, en 1976. “Este hecho obligó a tomar medidas de vigilancia en dicho hospital que incluyó un comité interdisciplinario de referencia, cuya decisión obligó a los investigadores médicos a detener sus indagaciones” (2003:32).

Desde el *momentun* enunciativo de Jahr en la tercera década del s. XX, hasta la séptima del mismo siglo, la bioética y sus diversos pioneros insistieron. La palabra bioética, que resultaba de la unión de los sufijos *Bio* y *Ética*, de sí ya era un incordio en los reduccionismos del pensamiento científico que, a lo sumo la circunscribían a campo de estudio complementario de las ciencias y éticas de la salud. Van Rensselaer Potter, bioquímico con mención en fisiología médica, que trabajaba como investigador del Laboratorio McArdle, especializado en investigaciones sobre cáncer de la Universidad de Wisconsin (USA), basándose en la obra *A Sand County Almanac, with other Essays on Conservation*, y más exactamente, en el capítulo “Ética de la Tierra” de dicha obra, desarrollada por quien fuera su profesor, el ingeniero forestal Axel Leopold, retoma el vocablo y comienza a promover un movimiento social e intelectual, *portador* de un nuevo tipo de ética, la bioética, que buscaba cumplir la función de un complejo *punte*, integrador de múltiples dimensiones, que agenciara la conexión de espacios, desarrollos, saberes, culturas y tiempos. Van Potter publica en 1971 el libro *Bioética: puente al futuro*, donde revela su planteamiento de una “bioética como disciplina puente entre la biología, la ecología, la medicina y los valores humanos, a fin de alcanzar la

supervivencia tanto del ser humano como la de otras especies animales” (Van Potter, citado por Almárrega, 2010:13).

La bioética *ingrma* y naciente fue también diversa en su reconocimiento. Leopold desde 1949, por ejemplo, sintetizaba su planteamiento ético en una expresión que procuraba la armonía: “Una cosa es buena mientras tienda a preservar la integridad, estabilidad y belleza de la comunidad biótica. Es mala si tiende a hacer lo contrario” (Leopold, citado por Almárrega, 2010:14). André Hellegers (1973), gineco-obstetra de profesión sanitaria, proponía que el saber científico, en principio de índole biológica, debía compaginarse con criterios humanísticos, incluyendo la estética, y viceversa. Estos iniciadores de la *preocupación* bioética, desde Van Potter hasta Hellegers, aún en sus elementos diferenciadores, plantean con nitidez que “los valores éticos no pueden ser separados de los hechos biológicos”, como textualmente lo dice Potter en el prefacio de su obra de 1971. La bioética en la actualidad es, de acuerdo con Lolas (2008) un espacio de conocimiento para el dialogo interdisciplinar entre saberes no sólo de ciencias de la salud:

“...una creación y práctica notablemente norteamericana, anglosajona, que, enseguida de su luz, tipificó en principios, las coordenadas a seguir, que, afortunadamente han dado pie a que las nuevas reflexiones y aportes a la bioética hayan enriquecido la disciplina para acercarla al humanismo secular de Occidente”. (2008:20).

La bioética, como *creatura* estadounidense, desprende dos vertientes fundamentales de *énfasis* de *preocupaciones*: la primera es la que promueve un abordaje ecológico y que procura atender los resultados de la relación entre ética, ciencia y tecnología, especialmente cuando ésta relación fuere nociva; y una segunda vertiente que apuesta por desarrollar el *cruce* de dos disciplinas *casi* incompatibles como la biología y la filosofía, y todas las derivaciones implicadas en torno a los problemas derivados de la dinámica sanitaria, en tanto biomedicina y su relación clínica, esto es relaciones de seres humanos, en tanto ámbitos de estudio predilecto para las ciencias de la salud, también denominadas ciencias de la vida.

En concordancia con estas premisas de las *preocupaciones* de la bioética, la propuesta de Van Potter tiene un significado más global y ecológico; a diferencia del planteamiento propugnado por Hellegers, desde el *Instituto de Ética Joseph y Rose*

Kennedy de la Universidad de Georgetown, fundado el 1 de octubre de 1971, así como las tesis que se esgrimían desde el *Hastings Center*, quienes asumen una perspectiva más clínica y de interés biomédico. Hellegers argumentaba que se trataba de “entender, explicar y regular los desafíos éticos del desarrollo tecnológico de las ciencias de la salud” (Hellegers, citado por Almárrega, 2010:4). El Instituto *Kennedy*, que fundara Hellegers, asumió sin ambages el “desarrollo de una disciplina que se llama bioética, en las perspectivas de las ciencias de la salud” (Almárrega, 2010:15). El énfasis de este Instituto se orientó entonces a las investigaciones biomédicas relacionadas con la fertilización *in vitro* y las consecuencias biológicas y emocionales de la interrupción de la vida hasta la fecha donde se ha consolidado como uno de los referentes de la bioética clínica a nivel mundial.

Parecido curso hizo otro de los referentes genésicos de la bioética, el *Hastings Center*, fundado el 28 de agosto de 1969, en Hastings on Hudson, cerca de Nueva York (USA), y luego mudado a Garrison, desde donde aún funciona. Cuando Van Potter publica en 1971 su *Bioethics: bridge to future*, el *Hastings Center*, o *Institute of Society, Ethics and the Life Sciences*, ya había sido cofundado el *Hastings Center* por Daniel Callahan y Willard Gaylin y ese año, 1971, aparecía el primer número de *Hastings Center Report*, revista pionera en la difusión de la bioética, en cuyo editorial se ofrecía como “un instrumento primario en bioética”.

Participaban en la revista, además de Callahan, bioeticistas como Willard Gaylin, Tristram Engelhardt y Stephen Toulmin, y en los estatutos figuraban aspectos como el de avanzar en la investigación ética y social y jurídica de los problemas nuevos que brotaban de la medicina y la biología; estimular a los docentes universitarios a desarrollar programas de enseñanza de ética médica; y proveer de información de interés en bioética a organismos públicos, legislativos y políticos. El *Hastings Center* sigue vigente y ha realizado aportaciones de muy diverso tipo a la bioética en investigaciones que van desde el ADN recombinante, pasando por los usos de la energía nuclear y debates sobre el cociente intelectual (IQ), hasta generar perspectivas en torno a los fines de la medicina.

Para que las preocupaciones genésicas cristalizaran en lo que hoy conocemos como la bioética, fue necesario, en primer término, que la medicina y la biología impactaran

en la sociedad, particularmente a partir del siglo XIX, logrando que sus promesas de curación efectiva e ilimitada se hicieran realidad y que el final de la vida fuera postergado, generando la “sobrestimación de la medicina” (Gracia, 2009); en segundo término, que los seres humanos fueran aprovechados masivamente como sujetos de investigación biomédica, tomando como punta de lanza la eugenesia, producto de las ideas del antropólogo de origen británico, Francis Galton, posteriormente convertidos en episodios aberrantes de las políticas del Tercer Reich liderado por Adolf Hitler; y, en tercer término, que los procesos de aplicación de la investigación biomédica han incorporado, de manera vertiginosa, situaciones donde lo insospechado se hace realidad, desde un trasplante de cualquier órgano del cuerpo hasta la replicación genómica de individuos en serie. Toda esta suerte de confluencia de problemas del *progreso*, cuyo abordaje resolutivo era complejo, permitió, entre otras razones, que una rama notablemente *híbrida* de la ética hiciera los ejercicios *calisténicos* necesarios para probar su contextura y utilidad social, lo que le daba márgenes de pertinencia en el atiborrado tramado de los surgimientos disciplinarios del ya suficientemente controvertido s. XX.

Precisamente, en la época del resurgimiento de la bioética, en los Estados Unidos, estaba en discusión la formulación de directrices éticas para la investigación con seres humanos. A raíz de abusos perpetrados por algunos investigadores médicos, el gobierno norteamericano se vio obligado, en 1974, a crear una comisión para estudiar esta situación. Se crea ese año la Comisión Nacional de Bioética, dependiente del Congreso de los Estados Unidos (*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*). A esta comisión se le atribuyen elementos fundacionales de discusión de casos, en comités científicos, cuando la investigación biomédica, en seres humanos, transgredía los intereses comunes en relación a la dignidad humana.

De la mencionada comisión se origina también el reconocido Informe *Belmont*, finalmente publicado en 1978, que propone tres principios orientadores para cualquier investigación con humanos: autonomía (respeto estricto al consentimiento informado), beneficencia (atención a los riesgos y beneficios) y justicia (equidad en la distribución de los recursos). Los principios pretenden ayudar a científicos, sujetos de experimentación, evaluadores y ciudadanos interesados en comprender los conceptos

éticos básicos inherentes a la investigación con seres humanos. Antecedentes del Informe Belmont lo constituyen el Código de Nuremberg (1947), producto de los juicios donde médicos fueron declarados culpables de atrocidades en experimentaciones con seres humanos en la búsqueda del refinamiento de seres humanos eliminando lo que consideraban taras e impurezas.

Desde Nuremberg, en el contexto de la postguerra, se proponía evitar la ocurrencia de nuevas atrocidades en la experimentación con seres humanos, como se había comprobado en la Alemania bajo el predominio político y militar *nazi*. La Declaración de Helsinki (1964) es un documento posterior que funge de marco auto-regulador de la actividad técnico-médica, especialmente cuando se requiere la participación de personas en una investigación médica. Esta declaración es la que establece la prohibición absoluta de la experimentación en seres humanos sin que medie su consentimiento informado, que, a su vez, es la base de sustentación del principio de autonomía, desde donde se nutre buena parte de la sustentación del Informe Belmont.

El Informe Belmont estableció una serie de principios para analizar y resolver los conflictos bioéticos planteados en el campo sanitario. Pero pronto surgió la cuestión de si no era posible aplicar estos principios al ejercicio de la medicina, librándola del viejo enfoque de la deontología profesional. Surgen así, en la obra de Tom Beauchamp y James Childress, *Principios de Ética Biomédica* (1979), que en la actualidad se utilizan indistintamente como principios de la bioética. Este aporte de Beauchamp y Childress se convirtió en la piedra angular de los estudios de bioética, especialmente la llamada bioética principialista, conjugada muchas veces en la bioética clínica, pues sobre los tres principios aludidos, agregaron el principio hipocrático de la *no maleficencia*.

Principialismo es un término que sirve para identificar un “discurso ético orientado por principios que pretenden ofrecer un esquema teórico de moral para la identificación, análisis y solución de los problemas morales de la medicina actual” (Almárrega, 2010:23). Dichos principios están íntimamente relacionados con obligaciones expresadas como normas de acción, dependientes de cierta comprensión teórica deontológica y que originan juicios particulares, que es el verdadero objetivo de los principios. Esa bioética con enfoque más clínico y en una perspectiva principialista se difundió, en todo el mundo, desde la década de los ochenta del s. XX.

Es Callahan (1980), desde el *Hastings Center*, quien sostiene que “la bioética es un área específica con identidad y estatuto epistemológico propios, que tiene como objeto el análisis ético de situaciones y desafíos, en que está implicada la vida, en su sentido amplio y, más específicamente, la salud humana”. La bioética tiene, prosiguiendo con Callahan (1980, traducido por Mastrolia, 2011, 59), por un lado, una dimensión teórica preocupada con sus presupuestos y fundamentos y, por otro, una dimensión práctica de ética aplicada interesada en la metodología para llegar a decisiones morales en el ámbito de la vida y de la salud. En sus análisis, la bioética tiene igualmente “una preocupación con la dimensión social de los problemas, tomando en consideración aspectos legales y de política pública” (2011:60). Se admitía entonces la bioética clínica como un desafío y como espacio dialogante en un “marco de reconocimiento de la interdisciplinariedad y pluralidad de opciones resolutivas de dilemas surgidos a raíz de la práctica clínica” (Gracia, 2009:29).

Dos hechos surgidos desde hospitales dieron aportes medulares al avance de la bioética. De mucha resonancia en los medios de comunicación de entonces, los casos de Seattle y el de Karen Quinlan son paradigmáticos en el origen de los comités de bioética en los hospitales. En el hospital de Seattle la disponibilidad limitada de hemodializadores, ante una elevada demanda de diálisis, generó la necesidad de crear un comité que determinara que pacientes eran prioritarios. El comité, cuya misión era administrar bajo criterios éticos el uso de los hemodializadores, estuvo conformado por médico, abogado, banquero, ministro religioso, líder sindical, ama de casa, dirigente político y cirujano. Fue el primer comité de ética multidisciplinario de la historia reciente de la bioética, y aunque el grupo no consiguió elaborar una *metodología* adecuada su existencia sigue siendo muy significativa en la memoria fundacional de los referidos comités.

En relación al caso de Karen Ann Quinlan, se refiere una situación de paciente joven en estado vegetativo permanente. Los padres solicitan a un juez que sea autorizado la desconexión de los respiradores artificiales. El juez falla a favor de los padres de la Srta. Quinlan, en oposición a los médicos tratantes que alegaban la desconexión como un homicidio. Una vez desconectada, Quinlan siguió respirando de forma no asistida, siendo alimentada en forma artificial por casi una década más, hasta que fallece por una

causa oportunista: una neumonía. El juez de la corte de Nueva Jersey (USA) agregaba a la sentencia, la necesidad de resolver problemas morales como el tratado en el seno del ámbito clínico, sin recurrir a los tribunales de justicia. Proponía la creación de comités de bioética en los hospitales para evaluar los conflictos éticos y morales que se presentaran en la práctica médica. Se constituían por primera vez los comités de ética hospitalaria.

Con el resurgimiento de la bioética, proliferaron, a partir de la década de los años ochenta del siglo XX, en grandes hospitales del mundo, los llamados comités de bioética. Estos comités, concebidos como instancias intrahospitalarias para dirimir y alcanzar *acuerdos* en torno a situaciones médicas, basándose en la aplicación de principios de la bioética clínica, tuvieron en los países suramericanos mediana o escasa repercusión. No ha bastado, con la loable intención del *diálogo* bioético para presentar y dirimir dilemas o conflictos de carga ética, aunque de sí es un meritorio avance que se reconozca el mencionado diálogo.

La insuficiencia estriba en que hace falta mucho más por mantener el debate que aspira la bioética en la comunidad hospitalaria, entre quienes en él trabajan, y su interrelación con los pacientes; entre los múltiples factores que inciden en la dinámica hospitalaria y que afectan las decisiones que implican los principios de la bioética, en aras de hacer lo más universalmente aceptados los consensos *mínimos* en torno a problemáticas que, en el caso del hospital como institución, son reconocidamente recurrentes y que, en su abordaje, se registran buena parte de las claves para su vigencia misma como institución con pertinencia social.

Por otra parte, la bioética contiene una indisoluble relación con los ámbitos de trabajo de la salud pública. Históricamente, la preocupación social de la salud recibió varias denominaciones. En el siglo XIX se hablaba de Medicina Social, enfocada fundamentalmente en el abordaje de las causas de los procesos de enfermedad en las sociedades, así como el consecuente trabajo de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, y que tenía como razón de existencia una higienización de las condiciones sociales y ambientales de la población. En el siglo XX apareció la denominación Salud Pública definida por Winslow como:

“La ciencia y el arte de evitar la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental y la eficiencia, a través de esfuerzos organizados de la comunidad, teniendo como objetivo el saneamiento del medio, el control de las infecciones comunitarias, y la educación del individuo en los principios de la higiene personal, la organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento de la enfermedad y el desarrollo de los mecanismos sociales que asegurarán a cada persona de la comunidad la calidad de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”. (Winslow, citado por Málaga, 2005, 11)

Uno de los espacios fundamentales de la salud pública lo constituye el hospital. En el recinto nosocomial se registran y aplican buena parte de los programas de sanidad pública, en la mayoría de los casos bajo rectoría de los Estados. La salud pública contiene uno de los enfoques *dobles* (Málaga, 2005) consustanciales a la bioética:

“...el enfoque general, que incluye todas las cuestiones del fenómeno vital del ser humano hacia el ambiente como un todo, desde el punto de vista de Van Potter, o de Leopold, o de Jahr; o enfoque particular sobre las cuestiones de la salud, como preconizó Hellegers, que es donde la bioética le es consustancial a la salud pública, como una bioética aplicada a la salud”. (2005: 12).

Ciertamente la bioética comenzó como una ética aplicada, como una forma más de adelantar un método de raigambre filosófico para responder a los cuestionamientos del *final y principio* de la vida. Pero la realidad, tanto ecológica o sanitaria; siguió complicándose a partir de la utilización del vocablo. La realidad del “mundo transmutándose hacia el caos” (Mastrolia, 2011) fue tornándose directamente proporcional a las preocupaciones iniciáticas de Jahr, Leopold, Van Potter, Hellegers y Callahan, entre otros, y haciéndose por tanto más amplio, diverso y complejo sus vectores de estudio. Para que la disciplina bioética tuviera pertinencia ya no era suficiente entender la necesidad de la globalidad sino practicarla; ya no bastaba el compartimento de la bioética clínica, sin estimar el complemento fundamental de otras “bioéticas” como la biojurídica, la ecológica, la comunitaria y la social, es decir una apuesta a lo interdisciplinar, que la destina desde reciente -y antiguo- origen.

Sostiene Mastrolia (2011) que la bioética llega entonces al inicio del s. XXI con una visión más expandida de la mayor parte de los problemas relacionados con la existencia humana en general y su relación con el medio ambiente y la tecnología aplicada a las ciencias de la salud:

“La bioética llega al siglo XXI con una fragilidad de apertura en sus alcances generando incluso -y con frecuencia- más expectativas que respuestas. Esta suerte de ansiedad, esta falta de cobertura científica definitiva, de método cierto, esta percepción de posibilidades ilimitadas de la bioética, en un marco de crisis de los saberes disciplinarios es quizá, su fortaleza, su posibilidad de convertirse en algo más que un mero ejercicio disciplinar, que hasta ahora circula por los meandros que labran la ética de la solidaridad y la biología vertiginosa, en la búsqueda o procura de la *mínima moralia*. (2011:24)

El interés por la bioética se consolida en los albores del s. XXI, cuando emerge la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), a través de su ente para la Ciencia, la Educación y la Cultura (UNESCO). La Declaración, aprobada en 2005, y suscrita por ciento ochenta países del mundo, trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas, aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales. Dirigida a los Estados, contiene orientaciones para decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, de carácter público o privado. El objetivo fundamental de la Declaración es proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de políticas, legislaciones y otros instrumentos que reafirmen la vigencia de la bioética, en indisoluble vínculo con los derechos humanos.

En los países hispanoamericanos la bioética ha tenido un crecimiento notable, aunque considerado insuficiente. De la *creatura* bioética esencialmente de responsabilidad estadounidense, pasando por los principios de la ética biomédica de Beauchamp y Childress, se desemboca por estos lares en espacios de crecimiento de la bioética en español y portugués, que obliga a reconocer los fundamentos y la dilatada obra de Diego Gracia, investigador fundamental de la difusión de la bioética en el idioma de Cervantes; los cursos de bioética a partir del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe de la Organización Panamericana de la Salud, ente adscrito a la OMS, y los esfuerzos de individualidades, muchos de ellos desde universidades, donde podríamos citar a María Casado, Fernando Lolas, Francisco León, Miguel Kottow, Francisco Abel, Pablo de Lora, Marina Gascón, Gilberto Cely, Alberto Vélez van Meerbeke, José Miguel Serrano Ruiz-Calderón, Javier de la Torre, Aquilino Polaino-Lorente, Javier Sádaba, Saúl Franco Agudelo, Celia Bordin, Gabriel

D'Empaire, Augusto León Cechini, y muchos investigadores más que mantienen la necesaria vitalidad emergente de la bioética como disciplina necesaria en la mayoría de los países de lengua española.

Hace apenas cinco décadas casi nadie hablaba de bioética. Los problemas éticos sobre la vida, la salud, la medicina, eran objeto de estudios exclusivos desde disciplinas del conocimiento como la deontología y la medicina legal, cuando no de terrenos de la teología moral. La realidad fue revelándose compleja y ya no bastaban las disciplinas mencionadas. La necesidad de la interdisciplinariedad para afrontar dilemas de honda raíz ética que surgen en el hospital y que trascienden la mera consulta entre profesionales o entre consejeros, permitió la búsqueda de salidas correctas y sobretudo consensuadas a los múltiples problemas con correlato bioético que, a menudo, se escapaban del ámbito médico científico.

Por otra parte, las profesiones relacionadas con la asistencia hospitalaria, por su propia naturaleza, contienen un quehacer ético y moral, que ya Bentham, en 1834, había establecido en la ciencia de los deberes, *la deontología*, en ámbitos aplicados y prácticos. La actividad al tratar seres humanos y sus decisiones intentando esencialmente *devolver* la salud ante la agresión de la *enfermedad* que padece la persona, debe poseer una gran carga de humanidad, que ha de respetar la integridad de la otra persona necesitado de ayuda. En este escenario recurrente en las instituciones hospitalarias se hace medular el abordaje, con los elementos de la bioética, de estas situaciones, susceptibles de dilemas y conflictos.

La bioética en la actualidad se asume, no sin sobresaltos, como disciplina surgida y nutrida de la Ética. En el s. XX es que se le otorga *certificación* de nacimiento, y en la novísima travesía aspira a conformar un “sentido global, amplio e integrador que enriquezca el debate social y contribuya como marco de reflexión interdisciplinar sobre los desafíos que suponen a la humanidad los progresos técnico-médicos y la práctica sanitaria-hospitalaria misma en contextos decididamente interdisciplinares” (Mastrolia, 2011: 25).

2.1.7. La bioética: de las definiciones y los intereses interdisciplinarios

Los conceptos son imprescindibles. No se puede pensar sin ellos, pero al mismo tiempo delimitan y achican. Es de Lanz (2004) el alegato: “por las mallas de los conceptos siempre se escapan chorros de realidad” (2004:61). La realidad conceptual termina por responder a los intereses disciplinares, en tanto *medios* de existencia, en algunos casos sobrevivencia. A las muchas definiciones de bioética suceden sus intereses interdisciplinarios, en tanto proceso de consolidación de una disciplina calificada como *novísima*, cuyos primeros *balbuceos* propios (distintos a los de la ética que la nutre, que son antiguos) surgen en el último tercio del s. XX. De acuerdo con Mastrolia (2011) sería prudente establecer más que diferencias lo que considera apenas *matices* que no desmerecen la validez disciplinar y la define desde un ángulo medular. De la rica raíz de la ética, la bioética es “la reflexión crítica sobre los valores y principios que guían decisiones y comportamientos en la vida, especialmente las relacionada con la salud en su más amplia acepción” (Mastrolia, 2011: 30).

Antes que la definición probable de la bioética nos referimos fugazmente a su germen matricial: la ética. Desde los sofistas ateológicos, los estoicos y los epicúreos, hasta el Platón, como nervio mismo de la filosofía socrática, donde empieza casi todo, incluso desde su vocación *ordenancista*, siguiendo en Aristóteles cuando refiere a lo justo y lo prudente de acuerdo con la virtud, se habla de ética en términos de *filosofía*. Lo apropiado o inapropiado socrático; las virtudes aristotélicas, y la esencia del bien de la justicia platónica disminuyeron su ámbito en la edad media occidental, cuando predominó la ética inspirada en el cristianismo. Más adelante filósofos como Descartes, Hume o Kant, por sólo citar una *trinidad* fundamental, más no única, recuperarían algunas ideas de la Grecia clásica y concebirían la concepción de la ética que perduraría en los siglos siguientes.

De acuerdo con Abundio (2005) la ética “es una rama de la filosofía que estudia y sistematiza los conceptos del bien y del mal y sus conexos. Apela a la racionalidad y el carácter de la persona para precisar que constituye una acto bueno o virtuoso, indistintamente en la cultura que se enmarque” (2005:8). La ética suele confundirse, cuando no mezclarse, con otra palabra del ámbito de las personas, la moral. Es la ética

misma *filosofía moral*, es decir, una reflexión crítico-racional sobre la moral (2005:9). A menudo hay que establecer algunos matices entre ética y moral pues parecen conceptos siameses, en tanto, y no de modo infrecuente, se solazan. Para Abundio (2005) la moral “es el conjunto de normas y costumbres que rigen el comportamiento de las personas que conforman una sociedad determinada. Apela a la estructura social y la estabilidad y cohesión de dicha estructura” (2005:9). La moral es, se induce, parte de las tradiciones y valores del contexto en que se *cría* y desarrolla la persona. La moral es una consecuencia natural de la organización de los seres humanos en grupos, estos al crecer, complejizarse y aprender a escribir, se han transformado progresivamente en leyes explícitas y reglas de carga moral. En la progresión de la moral y sus códigos las religiones han tenido gran peso: en el mundo occidental el judaísmo y el cristianismo; en el mundo oriental, el budismo y el confucionismo.

Abundio (2005) infiere que las diferencias entre ética y moral son dinámicas y no excluyentes de acepciones en similitud. Establece que mientras la moral determina que conductas son adecuadas y cuáles no, la ética indaga en los principios generales que definen qué comportamientos son beneficiosos para todas las personas. La moral es descriptiva y la ética normativa; mientras aquella acepta comportamientos desde la tradición, ésta pretende definir los comportamientos correctos, aceptados o no históricamente por una sociedad determinada. Una diferencia entre ética y moral que Abundio pregona como determinante es aquella que ubica a la ética como reflexión y evaluación de la naturaleza humana y cómo aplican las normas a su conducta en el transcurso del tiempo: “La ética puede convertirse en una tradición (el caso de las religiones, por ejemplo) pero una vez alcanzado este punto pasaríamos a hablar de moral, es decir, la transmisión intergeneracional de un sistema ético” (2005:10). Aquí la ética individual pasa a ser moral de grupo social, en una de sus frecuentes estadios de solazamiento entre ética y moral.

Otro segmento diferencial que apunta Abundio es que la ética al ser individual, de cada persona y no de grupo, es electiva; la moral, en cambio, y siguiendo la reláfica de Abundio, tiende a ser impuesta, en coerción de un grupo social con ideas compartidas de lo que es bueno y malo o lo que debe ser, incluso, motivo de castigo. Las diferencias *dinámicas* también afloran en las aspiraciones de los correlatos de ambos vocablos. Abundio sostiene que la ética aspira a un valor intelectual y racional en la indagación

que emprende sobre las creencias y actitudes de los seres humanos, a diferencia de la moral cuyo empaque está determinada por la cultura de una sociedad o pueblo, con rasgos marcados de intuitividad, y menos racionalidad. La ética “la elige la persona; la moral se acepta o rechaza, en tanto conformidad con normas ya establecidas por el grupo social al que se pertenezca” (2005:11).

Considera Abundio que las normas actúan sobre las personas desde el exterior, desde el inconsciente, no voluntarias a medida de la integración al grupo social determinado, y siempre están allí, no pudiendo permanecer al margen de ellas, bien sea para rechazarlas o aceptarlas. Con la ética la elección es voluntaria y consciente. Se siguen las normas porque “se cree que se está actuando correctamente desde el ángulo de miras personalísimo, y en dicho ángulo está siempre la posibilidad de reflexionar sobre si algo está bien, regular o mal, dependiendo de la circunstancia vital” (2005:11). Un resumen esquemático de las dinámicas aludidas por Abundio, sobre la ética y la moral, la hace Portero (2008) y en ánimo sólo de “resaltar aspectos ilustrativos de la difícil distinción” (2008:154), a propósito de la ética como foco de *iluminación* de la conducta humana, en tanto conducta profesional:

Tablón 2: La ética y la moral. Algunas diferencias.

ÉTICA	MORAL
¿Por qué tengo que hacerlo?	¿Qué hago? ¿Qué he de hacer? ¿Qué hacen los otros <i>míos</i> ?
Etimología: <i>ethos</i> , que se asocia a carácter, personalidad.	Etimología: <i>mos-moris</i> , que se asocia a costumbre, normal (conforme a norma).
La ética hace válida o inválida la vigencia	Lo que hace la gente ya tiene vigencia.
Se hace hábito en la maduración de la conciencia moral individual.	Se hace hábito como costumbre de una colectividad.
Es universal después de ser reflexión compartida.	Es local, de grupos, no pretende universalidad.

Fuente: Abundio (2005).

A las diferencias, cuando no caminos en similitud, de la ética con la moral, emergen preguntas en el ámbito hospitalario. Una pregunta, aún pertinente, sería indagar hasta dónde un hospital cualquiera pueda deliberar y consensuar unos dispositivos normativos que orienten e incluso guíen los comportamientos de los profesionales sanitarios que en él laboran. Y que esos dispositivos puedan servir en complementar el pacto de cuidados hospitalarios, de predominio clínico y administrativo, que se admite en el hospital. En otras palabras, sería posible observar en vigencia la potencialidad deliberadora y la

dialógica consensual de la bioética en ese denso retículo de relaciones humanas que, por encima –o incluso junto- de lo usualmente urgente de lo clínico y lo insoslayable administrativo constituye el hospital y quienes lo hacen: las personas, entre ellas, los profesionales sanitarios que trabajan en él, y que crean una identidad moral, esto es, llevan en sí siempre e inevitablemente un propósito ético.

Algunos atisbos de *toque a tierra* nos permiten expresar que desde que Kant introdujera, fiel a su manifiesto *criticismo*, la ética *principalista* y los “imperativos categóricos” (Kant, 1788, trad. Aramayo, 2000: 17) como guía de lo que está bien o está mal, es que podemos sustentar por qué pensamos entonces en hacer algo que puede estar bien o mal. Del legado *kantiano* abrevan las éticas de la intención, de la buena y justa intención, asociada al deber de no hacer mal. En lo universal *kantiano*: lo que considero bueno para mí, debe serlo para el otro y; la dignidad humana siempre en *sobrevuelo*: todo ser humano es un fin, no únicamente un medio. En otras palabras, nadie puede ser tratado como un objeto o como al servicio de los intereses o necesidades del otro. Y esto debe valer para todo el mundo. Las intenciones tienen que ser observadas en códigos validados por la sociedad. La de Kant es la ética deontológica, la ética del deber.

Desde estas pinceladas de los fundamentos *kantianos* de la ética, hasta la ética consecuencialista, la que enarbolan desde Hume hasta, y principalmente, Bentham y Mills, provenientes de la mezcla del utilitarismo anglosajón y la semilla *epicureista* del placer: la dignidad humana es la felicidad y el mal es el *sufrimiento* atentatorio de dicha dignidad. Lo importante para los *consecuencialistas* (o *casuísticos*, también llamados) es la consecuencia del acto del *yo* respecto al otro, no las intenciones. Es por tanto una ética teleológica, que atiende fines y no medios. Entre estas dos éticas transita el epistolario de -tomando una y otra estampilla- las denominadas éticas de las profesiones.

Por lo demás se conviene en aceptar que la ética siempre, desde su génesis helénica ha tenido la pretensión de ser universal, es decir, poder ser aplicada en cualquier contexto, ya que responde a pensamiento y reflexión, no de la obediencia ciega grupal. La ética procura verdades sustanciales que puedan trascender de momentos o circunstancias, actuando siempre dentro de los márgenes de la racionalidad, incluso,

sobre los principios de la cultura o la religión. El ejemplo paradigmático lo constituyen los derechos humanos, donde la universalidad es intrínseca a la ética. La declaración universal de los derechos humanos de la ONU comienza diciendo “todos los seres humanos”. La moral en tanto es variable en función de la sociedad que la escoja como conjunto de normas. La moral está influida por tanto por el relativismo cultural. Conductas que pueden ser aceptadas en algún grupo social como morales, como por ejemplo la violencia de género o la explotación infantil en algunas sociedades musulmanas, son rechazadas en otras sociedades cristianas, y totalmente execradas de todo sistema de referencia ético.

En la *Ética de Nicómaco* (citado por Savater, 2009: 42), texto fundacional aristotélico, lo que revela Aristóteles no es la actuación en la obligación ni el sacrificio, a diferencia de algunas otras concepciones de la ética más penitenciales, es lo contrario: “es una reflexión sobre la acción humana en búsqueda de la libertad y la felicidad” (2009: 42). La *filautía* de la que habló Aristóteles como el desempeño en lograr la *vida buena* recuerda que “hemos de actuar según la recta razón” (2009:45) ya que “es un principio común y que damos por supuesto” (2009:45). Lo que se colige como la actuación correcta en los presupuestos de la razón, que se supone en rectitud, de principios comunes que no por considerarlos supuestos se cumplen, pero sí hay que tener presente para actuar en virtud, en felicidad, *en vida buena*. Lo que cabría decir: la forma como la bioética viene a recoger el *testigo* aristotélico de los predios de las definiciones de la *longeva* y siempre oportuna ética.

La *Enciclopedia de Bioética* (coordinada por Warren Reich) presenta una de las definiciones de bioética, en el ámbito clínico, más utilizadas: “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales” (1993). Asegura que la palabra bioética ha tenido relativo éxito en imponerse porque es muy sugestiva y poderosa: “sugiere un nuevo foco, una nueva reunión de disciplinas de una forma nueva y con un nuevo foro que tendió a neutralizar el tinte ideológico que la gente asociaba con la palabra ética y sus umbrales de fatiga de aplicación, especialmente en los cambiantes campos de acción de las ciencias de la salud”. (1993:7).

No obstante, Gracia (2009), en sus fundamentaciones sobre la bioética, establece que al ser la bioética un *neologismo*, su definición presenta dificultades propias cuando se intenta definir un vocablo tan amplio como *vida*:

“... que puede ser interpretado de modos muy distinto, tanto deontológicos (santidad de vida) como teleológicos (calidad de vida), de allí que la bioética, al igual que la ética, tenga diferentes versiones. Las éticas de raíz teológica, judías, cristianas y musulmanas, creyeron ver en la palabra bioética la expresión de su criterio santidad de vida; y las éticas seculares, sobretodo las utilitaristas, la hicieron sinónimo de calidad de vida”. (2009:11).

Otra fuente de ambigüedad de la *definición* de la bioética, de acuerdo con Gracia, es la propia estructura del vocablo. No se sabe que prioridad otorgar, si a la biología sobre la ética; o, al contrario, generándose un sustrato de difícil acepción que algunos refieren como la “eticización de la biología” o la “biologización de la ética”, siendo esto último lo más probable, pues según Gracia, la bioética es, indudablemente, una disciplina *salida* de las manos de biólogos y médicos, no de filósofos, y su puesta en marcha se hace en el marco de mayor auge del movimiento sociobiológico cuyas premisas anclaron en la determinación genética de las conductas altruistas y éticas (genoma humano) así como los dilemas del principio (aborto) y final de la vida (eutanasia). Este auge, incluso genera reservas en la oposición a términos alternativos como ética biomédica, donde la ética ocupa un valor sustantivo y la biología y la medicina son meros adjetivos.

Gracia (2009) sostiene que, a pesar de la ambigüedad esbozada, o quizá por ello, “la bioética no ha dejado de adquirir, a lo largo de los últimos cincuenta años, un importante cuerpo doctrinal que hace de ella una de las ramas más desarrolladas de la ética, o, al menos, una de las más ambiciosas” (2009:12). Ciertamente, en el lapso esgrimido por Gracia:

“... la panorámica de los ámbitos sanitarios se ha problematizado: el ejercicio mismo de la medicina, ya no sólo exclusividad del *médico*; la investigación biomédica y sus repercusiones en la vida humana; la problemática subyacente de los ecosistemas donde coexiste el ser humano, en tanto individuo susceptible de padecer enfermedades; el sustrato donde se mueve la denominada revolución médica-sanitaria y sus vectores que anidan en aspectos tan disímiles –tanto como iguales en sus convergencias– que van desde instrumentos como el consentimiento informado hasta las pólizas de aseguramiento de vientres

alquilados; por decir sólo algunos dispositivos de eyección de problemáticas, constituye ese universo de crecimiento de intereses de estudio y que posibilitan el alerta de la bioética, en tanto espacio de desarrollo de conocimiento de indudable complejidad”. (2009:13).

Para Gracia (2009) si hay que precisar un concepto que *no* definiera a la bioética, sino que abriera otra puerta para su *improbable* definición, pero que reafirmara su necesidad, y lo propone así: “La bioética es un cuerpo de conocimientos respecto de los problemas relacionados con la vida, que trata de dar una respuesta a los dilemas o preguntas que surgen alrededor de ella” (2009: 14).

En tamaña pretensión, la bioética ha alcanzado un importante desarrollo en el abordaje de las implicaciones éticas de la investigación biológica, especialmente en el campo de las ciencias y profesiones relacionadas con la salud. Esta realidad disciplinar es para De Lora y Gascón (2008) una “ventaja y riesgo”, por cuanto puede conducir a la bioética a “la tensión innecesaria de circunscribirse a un segmento reducido de conocimiento en desmedro de sus virtudes dialógicas amplias interproblemáticas y sus intereses interdisciplinarios” (2008: 17). Si bien la medicina es la profesión que trabaja con la vida, la salud y la muerte, y por tanto siempre ha tenido una dimensión ética, los dilemas que se derivan de estas realidades de trabajo médico, se enfrentan a menudo con situaciones que desbordan los preceptos, principios o reglas, de carácter moral, que han guiado desde siempre a la práctica de la medicina.

En el aseguramiento de un recto proceder de una profesión que, por la particular importancia de los bienes en juego y por la situación de asimetría que caracteriza la relación entre médico y paciente, necesita, quizá, más que ninguna otra, de una especial prudencia y manejo de valores. Ateniéndonos a la genealogía de la bioética, fueron médicos, y no los cultivadores de la filosofía moral, quienes a través de su experiencia práctica y sentido común cristalizaron en documentos, juramento o códigos, esas competencias y requisitos de rectitud para poder ser admitidos y trabajar en hospitales, academias o sociedades profesionales.

Desde la rectitud a la aspiración interdisciplinar, en el intento por eludir los diques reduccionistas unidisciplinarios, De Lora y Gascón (2008) refirman lo “irreversiblemente necesario de lo interdisciplinar de la bioética, más allá de su

metodología y objeto” (2008:18). Conviene en establecer entonces que la característica que mejor identifique a la bioética como cuerpo de saberes sea la “interdisciplinariedad, pues los intereses y presupuestos teóricos de que trata afectan a toda la comunidad y no pueden ser abordados desde la tradicional separación en ramas del conocimiento” (2008:19):

“Hay que tener en cuenta que su objeto de estudio consiste en un mosaico de problemas y que ante ellos pueden adoptarse puntos de vista disciplinares diversos y esto es precisamente lo que la identifica: no tienen que ser reconducidos a una opción “metafísica” previa”. (2008:19).

De allí que la bioética no es –no debe ser- una disciplina que solamente intenta reducir juicios en situaciones dilemáticas. No es una disciplina punitiva ni dicta sentencias como los tribunales o juzgados. No es la bioética un *nicho* de saber que monopoliza verdades, ni juicios en comités, observatorios, consejos, comunidades, hospitales o laboratorios. La bioética -y aquí unos de los consensos *mínimos* que se pretenden- desde una óptica interdisciplinaria esgrimirá su capacidad dialógica y deliberativa en su potencialidad consensual para establecer salidas aplicables a un dilema o problema, dentro de escalas flexibles y razonadas de criterios con valor ético. Y en ese escenario dialógico y consensual someramente descrito, es que la bioética puede jugar un papel más holgado de determinismos, y a su vez útil en la demostración de la utilidad social que se le concierne.

Desde la propuesta *vigilia* de Van Rensselaer Potter, propulsor de una de las primeras acepciones, se convenía en la necesidad de establecer un “puente” que permitiese la comunicación entre la biología y la ecología, con las ciencias sociales. Es decir, un escenario interdisciplinar, nada más, nada menos. Un puente cuya base fundamental se establece en el diálogo entre disciplinas; pero que, sin duda, y pese a los innegables avances, sigue costando cruzar:

“Es preciso generar los espacios necesarios para un diálogo entre la biología y la sociología, la antropología y la historia. La ecología no debe ser un asunto trivial en el mantenimiento de la viabilidad del mundo. Estamos requiriendo de un puente que nos comunique entre ciencias; un puente que no nos aleje, en el encuentro de soluciones a problemáticas de la civilización humana. Hablo de una Bioética Global y no reducida a los conocimientos disciplinares, que sólo sirven de base para ella”. (Van Potter, citado por Almárrega; 2010:44).

Evitar entonces el riesgo de *disciplinarse* en compartimentos estancos, que padecen otras disciplinas, notablemente ancladas en el poderoso arraigo positivista, aconseja el fomento de distintos niveles de estudio en bioética: por una parte, la llamada bioética fundamental, o estudio de los fundamentos antropológicos y éticos de la bioética; por otra, la bioética especial, que estudia los distintos problemas surgidos a la luz de la biotecnología y su aplicación en conglomerados humanos; y la bioética clínica, que hace referencia a casos que se plantean en contextos sanitarios, como la *cotidianidad* hospitalaria que implica el cuidar y curar. La bioética en cualquiera de sus *abordajes* puede atestiguar ciertos rasgos comunes: un marco de reflexión interdisciplinar que promueve la amplitud de miras evitando los reduccionismos; una instancia deliberativa de intereses usualmente contrapuestos en tanto conflicto, donde se buscará una solución lo más consensual posible en el respeto a los valores y la dignidad de las personas, una característica distintiva de apertura permanente al diálogo receptivo y tolerante.

En el recorrido interdisciplinar de la bioética, la biología, por ejemplo, que es la ciencia que estudia a los seres vivos, bien sea plantas o animales, constituye fuente de avances en investigaciones directamente aplicables a la medicina. La interdependencia epistémica de la biología y la medicina es lo que se conoce como biomedicina. Además, la biomedicina incorpora la tecnología para desarrollar aportes en la lucha contra las enfermedades. Surge así la biotecnología. La biotecnología produce objetos, sistemas y productos que mejoran la calidad de vida de las personas. En algunos casos puede no ser así y atentar contra la vida de las mismas personas o procurar situaciones de indignidad humana. Otro ejemplo reside en el avance en la lectura completa del genoma humano, como logro fundamental de la genética médica. El conocimiento del genoma de cada persona puede prevenir y controlar muchas de las enfermedades cuyo origen y manifestaciones todavía hoy la ciencia médica enfrenta con dificultad. Pero también, el conocimiento del genoma humano puede ser vehículo de situaciones que pudieran, en manos inescrupulosas, generar vulnerabilidad, inequidad o exclusión en las personas, y por tanto desvirtuar el notable avance que representa el conocimiento del genoma humano.

Frente a los peligros, que ya en el pasado ocurrieron, ha surgido, en el ocaso del s. XX y el inicio del s. XXI, la necesidad de crear espacios donde la reflexión y el diálogo humanista establezcan nexos para que la ciencia y la tecnología sigan su curso de crear

y desarrollar salidas frente a los obstáculos, pero sin perjudicar la permanencia y perdurabilidad de la vida en dignidad sobre el planeta. Toma cuerpo entonces la bioética como una disciplina capaz de conectar la ciencia y la tecnología con las ciencias sociales o humanísticas, a fin de establecer consensos *mínimos* de afrontamiento y ulterior superación en torno a dilemas que afectan o pudieran afectar la vida humana. Todas aquellas verdades éticas conocidas, pero que parecían olvidadas, inscritas en los códigos deontológicos, parecen re-emerger, incluso irreconocibles a la luz de nuevos problemas que abordar, y hacer *metamorfosis* en nuevos principios y normas convivenciales, cuya ilación promueve, entre otras disciplinas, la bioética como espacio dialógico y deliberativo, de conocimiento relacional, aproximativo e interdisciplinar.

En el contexto humano mundial de s. XXI que describe Lipovetsky de *hipermodernidad* (2008), caracterizado por el neo-individualismo (los renovados bríos del antiguo narcisismo), se plantea una especie de metamorfosis de la ética, de nuestro interés investigativo en lo que se refiere a los cuidados que se realizan en la institución hospitalaria:

“de la virtud de la ética aristotélica hasta la moral kantiana que se observa especialmente en la solidaridad de la ética del cuidado sanitario, las inquietudes ecológicas, las migraciones y refugiados de guerra o hambrunas, y la nueva preocupación por el humanismo aplicado en una revitalización de los valores y el espíritu de la responsabilidad como rasgo de la época”. (2008:168)

Lo que Lipovetsky plantea como una “ética en tanto conciencia moral”, que no es sólo virtud pura, ni deber desgarrador, ni rigorismo categórico, sino “inteligencia responsable, humanismo aplicado en prudencia orientado” (2008:169). En el lúcido y memorable ensayo titulado *El crepúsculo del deber*, Lipovetsky es categórico al afirmar la importancia de la ética en nuestros actuales días:

“Ningún problema de nuestros días es tratado al margen del referente ético. Y lo ético, en tanto configuración colectiva de cumplimiento individual permite que se reactiven resoluciones donde se entremezcla la filosofía con las ciencias sociales y éstas con las ciencias biomédicas y el desarrollo tecnológico alcanzado en el mundo. Es así que hablamos con propiedad de derechos humanos frente al resurgimiento de tendencias totalitarias que ponen en peligro dichos derechos y la democracia; se exige la eticidad de los empresarios y los políticos en aras de la responsabilidad social; se advierte del peligro planetario ante la contaminación ambiental, y muchas otras situaciones que adquieren

relación con la Ética, incluso en la concepción hegeliana y la renovada experiencia bioética”. (2008:169).

Aspectos medulares de estos contenidos básicos que necesariamente deben replantearse en el seno del hospital lo constituyen el respeto al paciente, la ecología sensorial, el tratamiento del daño comiogénico y los errores personales, la calidad de servicio a los pacientes y a las personas que lo acompañan, los modos y modales de gobierno y de relación jerárquica, la fluidez y seguridad de la comunicación interpersonal, el deber institucional de estudio y mantenimiento de la educación médica continuada, la investigación científica, la seguridad social digna y plena ofrecida al personal de salud y de apoyo, o el mantenimiento y cuidado de la planta física y de la dotación suficiente y oportuna de material médico-quirúrgico o insumos para los servicios de salud. Justamente, en el fragor emergente de estos aspectos medulares, Punset (2011) añade el interés interdisciplinar de la bioética en términos de la conjugación del verbo *mediar* entre conflictos o dilemas, es decir *el cómo* del diálogo y la deliberación consustanciales a la bioética. La mediación como *fórmula* indispensable, no única, pero sí, necesaria: “como ejercicio de humanismo en tanto mediación, ante las fuerzas irrefragables, cuando emergen como circunstancia histórica, técnica y social, y la mediación que busca resultados benéficos para el ser humano” (2011:143).

La diversidad de textos, tanto impresos como en la web, que reconocen esclarecidamente y en profundidad los intereses de la bioética, es notable y sinónimo de auge disciplinar, en tanto objeto de *preocupación* humana y *camino* consensual. *Corpus* doctrinal-documental que aporta información al cada vez más denso, necesario y fértil conocimiento de la bioética. Cada día se reportan más datos y aparecen nuevas informaciones con implicaciones bioéticas. En las universidades y centros de investigación se estudia con mayor dedicación y certeza a la bioética. Los Estados, y sus gobiernos, han comenzado a interesarse por aspectos que tienen que ver con la bioética. En fin, todo conduce a pensar, que la bioética, en particular su vertiente clínica, ha llegado en el último tercio del s. XX para contribuir a encarar, en su esencia dialógica y espíritu consensual, los múltiples dilemas y variadas problemáticas que surgen y surgirán del quehacer de las ciencias de la salud también reconocidas como ciencias de la vida.

Pero la bioética será, solamente, un asunto de eruditos hombres de ciencias o dedicados humanistas, o, acaso, será también un espacio de la incumbencia de ciudadanos, viejos o jóvenes, que, preocupados por el decurso de la vida en el globo terráqueo, podamos aprender a coexistir en el marco y acción de una cultura por la vida. O, la bioética, en todo caso, será también una necesidad de conocimiento vital de todos los seres humanos, vista la insustituible importancia que recobra en nuestra vida los desarrollos ulteriores de la ciencia, traducidos en la cada vez más omnipresente biotecnología. O, la preocupación será sólo de pacientes o profesionales sanitarios que ven medrar la enfermedad pese a los cuidados que le brindan dentro de un hospital.

Creemos que la bioética atiende y atenderá buena parte de las inquietudes mencionadas. Y no como pócima mágica sino como algo más cercano a la reflexión y la mediación, en tanto diálogo y deliberación de seres humanos en procura de dignidad. Que la bioética más allá de su cuerpo multiforme y correlato en *construcción*, encarna una posibilidad de reconocer nuevas y viejas problemáticas de la vida, no solo del ámbito sanitario o puramente biotecnológico. Y en ese espacio creado para el diálogo, de esa necesaria atmósfera deliberativa, la bioética puede ser necesaria para contribuir en alcanzar consensos de coexistencia, a los que es posible llegar con ánimo de escuchar al otro, de colocarse en el lugar del otro y de valorar las otras razones como también válidas.

Si la bioética suele ser entonces expresión de diálogo, de consenso, de sentido común, de ética como valor propio, de reflexión y aplicación de principios, derechos y deberes en el ya usual escenario de un comité y más allá de él, es perfectamente posible e incluso deseable, que la escuela, la universidad, el hospital, la comunidad y los ciudadanos en general también participen del diálogo y el consenso que propone la bioética como aporte a favor de la viabilidad del sentido humanista que posibilita la vida en sociedad.

Para el propósito descrito es que podrían explorarse recorridos que intenten una mínima ilación, ergo, esbozar unos primeros pasos. Desde un anuncio de contexto hasta las perspectivas de una apuesta interdisciplinar. Desde familiarizarnos con el origen, las definiciones, los tipos de bioética, los principios, los fundamentos, el método o los métodos, los comités, hasta desembocar en la importancia cada vez más visible y en la

consecuente pertinencia que tiene está relativamente nueva fuente de saberes. Y todo en un lenguaje aspirante a ser diáfano, susceptible de entenderse sin mayor dificultad y donde debe insistirse en comunicarlo en ambientes como los hospitales, donde creemos que debe incrementarse en nitidez y fortaleza. Dicha nitidez y fortaleza puede fortalecer los ámbitos del debate interdisciplinar, en dispositivos problemáticos como los que se proponen en el VIII Congreso Mundial de Bioética, celebrado en la primavera de 2016 en Gijón, España:

- a) El desarrollo de la biomedicina, que, en simbiosis con la tecnología, han producido un vertiginoso desarrollo de la biotecnología. Dicho desarrollo no siempre garantiza calidad de vida o respeto a los derechos de las personas, ni tampoco preservación de la biodiversidad.
- b) El crecimiento asimétrico de la población mundial, con zonas de bienestar elevado y otras de conmovedora miseria, con las subsecuentes tragedias de violencia social.
- c) Los daños que el hombre ha infringido al medio ambiente con sus intangibles consecuencias y sus deletéreos efectos en la viabilidad de la vida misma del hombre en la tierra.
- d) Los derechos a la vida y a la salud que han venido tomando valor fundamental en las constituciones de las naciones del mundo. Sumado a los preceptos constitucionales están los cada vez más divulgados y conocidos derechos de los pacientes ante una situación de enfermedad.
- e) Las situaciones de inequidad que suelen ocurrir para acceder a la atención sanitaria, y la cada vez más compleja *praxis* de las denominadas ciencias de la salud.
- f) Los dilemas que a diario surgen en hospitales y centros de salud en eventos como el aborto, el paciente terminal y su proceso, la reproducción asistida, el trasplante de órganos, las terapias en paciente contagioso, la mala *praxis* médica, el incumplimiento de las terapias por parte del paciente, la administración de tratamientos de dudosa efectividad, las violaciones de la autonomía del paciente, la justicia intrahospitalaria y la no observancia de la no maleficencia y tantas otras situaciones intranosocomiales.

- g) El cada vez más tortuoso acceso al medicamento en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y la paradójica pujanza de la industria farmacológica y de ingeniería médica, que aún no genera estadios deseables de equidad.
- h) La selva burocrática mercantilizada que hace inaccesibles los sistemas de salud de los pueblos del mundo, alejándolos de quien es su único propósito, el ser humano.
- i) Los derechos a una muerte digna y la legislación abierta a sistemas de salud que permiten la eutanasia.
- j) Las problemáticas surgidas en torno a la religiosidad y su predominio dogmático, que impide la aplicación de tratamientos o la realización de procedimientos médicos y quirúrgicos.
- k) El problema del tráfico, consumo y adicción a las drogas.
- l) Las discriminaciones de género, raciales, políticas, religiosas, migratorias, discriminaciones todavía persistiendo en su oscuridad inadmisibles.
- m) El hambre recurrente en poblaciones y países del mundo, que además de ser un asunto pendiente, con desgarramientos y muertes a diario, es una realidad inaudita que incumple con la dignidad humana.
- n) Las injusticias de toda índole, no solamente en el ámbito de las ciencias de la salud o de la vida y los derechos humanos.
- o) La inobservancia de los valores democráticos decisionales, en desmedro de los derechos políticos de los ciudadanos, situaciones que conducen a formas totalitarias de gobierno de los Estados, que niegan la convivencia pacífica y la concordancia con la paz y el bienestar de la sociedad.
- p) Las guerras en muchas partes del mundo con su panorama desolador, y en el olvido más absoluto e inadmissible, del cuidado de la dignidad de la vida del ser humano, finpreciado y último de la bioética en todas sus manifestaciones.

Frente a semejantes desafíos es que se sostiene hoy que la vocación dialógica, deliberativa e interdisciplinar de la bioética conviene en proponer que ninguna sociedad, hoy como ayer, vive o ha vivido sin la ética. Somos seres sociales y para coexistir construimos algunos consensos, escondemos y cohibimos ciertas acciones y creamos proyectos individuales o colectivos que sintamos que otorgan sentido a la historia de nuestras vidas. La bioética puede ser, en esa comprensión humana, razón sensible y expresión responsable de cuidar para vivir, pues sin ese cuidado a la vida que

otorguemos no es posible la vida en el planeta, en la comunidad, en la escuela y la universidad, en la familia y, en el hospital tampoco. Ninguna bioética invalida otra bioética, ni otra disciplina del conocimiento, ni tampoco cercena posturas morales, sino que las convoca, en sus intereses comunes, en la interdisciplinariedad que no cierra sino abre las posibilidades de preservar el *Lebenswelt* para que siga siendo además de habitable, vivible.

2.1.8. Resquicios en el reino de lo clínico-administrativo

El ámbito de discusión de si la bioética justifica su presencia, en tanto praxis dialogante y talante deliberativo, en torno a problemáticas que surgen de la dinámica hospitalaria, se ha ampliado en la contemporaneidad, más allá de los ya tradicionales debates entre las “éticas”. Por ejemplo, y en el curso disciplinar marcadamente estadounidense, desde el último tercio del s. XX y los albores del s. XXI, más certeramente desde la publicación del Informe Belmont en 1978, y la aparición del libro *Principios de Ética Biomédica* (Beauchamp y Childress, 1979), la bioética y su *incursión* en la práctica clínica ha pasado de ser una buena intención a tornarse un imperativo. En las sociedades más desarrolladas, y ante la paradoja que implica el vertiginoso desarrollo de la biotecnología y a su vez la inequidad e indignidad que se revela vigente en la prestación de servicios de salud, la consideración de la bioética y sus contenidos, ya es considerada necesaria, de modo inaplazable.

Una gama diversa de autores y aportes, desde distintas disciplinas del conocimiento abogan por dicha presencia. La Declaración de la Bioética y Derechos Humanos (ONU-UNESCO, 2005) reivindica, incluso a nivel de Estado, la necesidad de la bioética en los sistemas sanitarios en general. Lo cierto es que la inquietud ha persistido con mayores o menores *voltajes*. Se ha constituido como idea fuerza de una justificación que autores diversos observan como una justificación vislumbrada, que sin embargo amerita sostenidos abordajes de aplicación, en virtud de la insoslayable importancia que adquieren los sistemas sanitarios para la vida de las sociedades.

No es, por tanto, la bioética y su *presencia* en el hospital una *preocupación* reciente, ni tampoco una necesidad *original*, a la luz de resultados evidenciables. Ha sido sí un campo de trabajo asumido de notables consecuciones parciales y de ardua

sobrevivencia. Por entre los resquicios que deja el reino que lo clínico y lo administrativo imponen en cualquier hospital, la bioética resurge o perdura en el interior de los seres humanos que pueblan el hospital, bien sea como pacientes o como trabajadores en el nosocomio. Más allá de la deontología existente que se fragua en la ética de las profesiones, Oatfield (2006, citado por Mastrolia, 2011), refiriéndose a un contexto hospitalario canadiense, sostiene dicha insuficiencia, sin negar los avances:

“La vigencia de la bioética en los hospitales, si bien muestra avances innegables, especialmente desde el reconocimiento de la interdisciplinariedad, es preciso señalar que su sistematicidad ha devenido, no pocas veces en actuaciones anárquicas en la relación clínica, cuando no de la inexistencia de instancias o comités de bioética, para el diálogo deliberativo que evite en lo posible las imprudencias, lo que parece indicar aún un grado de presencia insuficiente y una influencia incomparable respecto al predominio de las acciones clínicas y las gestiones de poder político y ejecución gerencial que se observa en el hospital”. (2011:56).

Que la bioética sea instancia vigente y de plena observancia dentro del hospital luzca como indiscutible, en virtud de comprobados beneficios en la misión misma de la institución hospitalaria, no significa que dicha *vigencia* sea comparable a los ámbitos determinantes de la función hospitalaria actual: lo clínico y lo administrativo. La asimetría de intereses es marcada. Se está cerca de una cierta capacidad comprensiva de dicha vigencia, más no indica certidumbre ni fecha, que la bioética en el hospital se torne en marco efectivo de reflexión interdisciplinar donde la dignidad humana sea siempre respetada, superando criterios de mera eficacia técnica o administrativa. Ciertamente, la bioética se mueve en ámbitos de desafío pues plantea la inminencia de reflexionar, deliberar y actuar sobre la idea de que ciertos límites de la acción humana no deben transgredirse ni hacerse inmovibles, pese al procuramiento que no niega y promueve de la coexistencia de los polos de funcionamiento del hospital: el clínico (y sus derivaciones técnico-médicas) y el administrativo (en sus derivaciones económicas).

En una vida actual donde más que reflexionar en la prudencia y deliberar escuchando al otro se prefiere actuar en velocidad, en la urgencia del tiempo, en imponer el rango de conocimiento, o la indiscutible jerarquía profesional o el inmovible sesgo económico, obviando la duda que surge antes de ser maleficiente o injusto, se entenderá la dimensión que el desafío de vigencia de la bioética implica. Cuando Brennan (1990, citado por Mastrolia, 2011) plantea su famosa premisa de

hospitales *quemados*, lo separaban poco menos de dos décadas de la irrupción de la bioética como disciplina de estudio. Aquellos hospitales donde persisten los problemas crónicos, especialmente los referidos al cuidado del paciente en calidad y *calidez*, sin que nadie intente ya remediarlos. Brennan percibe la insuficiencia y establece las limitaciones en cuanto a la pervivencia de un reino donde nada del *otro* (lo ajeno) importa más allá de lo estrictamente prescriptivo (indicaciones médicas) y los márgenes que obligan los presupuestos y recursos:

“...la negación del hospital como unidad bioética viva no suele ser resultado de esas circunstancias catastróficas, excepcionales que suelen aludirse respecto a recursos o tiempo siempre escasos. Esa negación, más práctica que teórica, proviene de la atomización ética tan frecuente en los hospitales disfuncionales, mal gestionados. Para sobrevivir en ese ambiente adverso, cada uno se erige en reyezuelo de su espacio físico, laboral y ético particular, se encierra en sus obligaciones estrictas, y declara que nada de lo ajeno le incumbe. Tal atomización ética, compatible con una alta calidad técnica, lleva en lo institucional a la práctica del mínimo esfuerzo, a labrar cada uno su nicho de supervivencia, que disuelve el cemento que da cohesión al conjunto impidiendo los sustratos para que emerjan contenidos humanos arropados en torno a esa especie de esperanza que puede representar la bioética”. (2011:51).

La visión de Brennan, pese a las certezas que encierran, son consideradas negativistas, aunque en muchos casos y por fortuna, las denuncias de las deficiencias han devenido en acopio de explicaciones sustantivas para afrontarlas. Frente a ellas se levantan las opiniones a favor del hospital como agente dotado en mayor o menor medida de una vida moral propia; y otras que erigen al hospital como espacio exclusivo para la clínica, por cuanto la enfermedad no puede esperar y amerita intervenciones precisas que resuelvan lo que preocupa al paciente. Otros autores como Del Llano (1989), pionero de campos de estudio como la economía de la salud, plantea la indispensable *vigencia* administrativa, como elemento insoslayable de la *vida* hospitalaria y de los sistemas sanitarios en general, por cuanto “la salud ya no sólo debe considerarse un hecho únicamente clínico, sino que su finitud intrínseca de recursos obliga a considerar siempre lo administrativo como uno de los polos de funcionamiento de cualquier sistema sanitario” (1989:9).

A partir de la observación de la realidad clínica y administrativa de los hospitales contemporáneos, Pellegrino y Thomasma (1985) advierten que “los hospitales, de manera desapercibida, no sólo son y se portan como agentes morales, sino que necesitan

serlo para sobrevivir” (1985: citados por Mastrolia, 2011). Pellegrino y Thomasma fueron los primeros que hablaron de que la moralidad interna de la medicina tiene una vertiente institucional. Lo mismo que hay una relación entre el médico y el paciente, se establece una relación del paciente con el hospital y del personal de salud con el hospital, ésta última incluso va más allá de la pernocta, generalmente, temporal del paciente. Una moralidad que deriva de la naturaleza misma del acto de curar:

“En paralelo al acto de profesión del médico individual, debería haber, y hay, un acto de profesión de salud colectivo de los que trabajan en función del paciente de cada hospital, que hace que éste se presente ante la sociedad como sujetos morales bien definidos, explícitos, con un núcleo de convicciones compartidas por todos, que los constituye en una colectividad con genio y carácter moral. Esas convicciones colectivas acordadas fuertes, aunque plenamente compatibles con el respeto a la legítima diversidad ética de cada uno, inspiran y regulan, más allá de lo exigido por la mera competencia técnica, la conducta y modos de hacer a que todos se comprometen. Implica, por ejemplo, que la atención al paciente no se detiene en el mínimo legal, sino que se inclina hacia una deontología supererogatoria, a una conducta virtuosa”. (2011:64).

Para Pellegrino y Thomasma el hospital deviene con nitidez en un componente bioético, pues es el núcleo más conocido donde se practica la relación entre pacientes y quienes los atienden, y donde los principios de la bioética requieren de más aplicación y su observancia, en virtud del delicado tramado vital que se teje en estos espacios: “el hospital es el espacio generador de relaciones bioéticas más notable, en número y en calidad, pudiendo asegurarse que el hospital y la bioética comparten un mismo camino en función de asegurar los derechos de los pacientes en torno a la salud”. (Pellegrino y Thomasma, citados por Mastrolia, 2011:66).

Por otra parte, De George (1996) es quien agrega un dispositivo de utilidad al momento de considerar la necesidad de la vigencia de la bioética en los hospitales. Se refiere a la fragilidad que la enfermedad induce en el paciente como la razón más poderosa que proyecta al hospital como un cuerpo vivo, actuante y de honda utilidad social y humana, que hace pensar y actuar al paciente en acudir al hospital en su ayuda. Según De George “desde hace ya muchos decenios, la gente piensa menos en médicos individuales y más en instituciones” (De George, citado por Suárez, 2005, 78). La persona que acude al hospital lleva implícita la idea de recibir cuidados en el hospital,

no sabe de quién, cuidados que contribuyan a superar la condición de fragilidad de su salud ante la enfermedad:

“La sociedad mira al hospital como una comunidad humana peculiar, conformada por núcleos heterodoxos de personas individuales y hasta anónimas: pacientes, médicos, enfermeras, técnicos, contables, gendarmes y administradores, que en un momento la componen. Es una entidad que aparece moralmente activa, que es juzgada por la sociedad en buena parte en virtud de criterios éticos. Por encima de la infraestructura física y funcional de un hospital, éste es un conjunto inextricable de espacios y actuaciones humanas que, en lo asistencial, implican siempre una responsabilidad ética compartida de personas, generalmente de implicaciones bioéticas colectivas”. (2005:78-79).

La consolidada misión del hospital occidental, de ser espacio para preservar la vida y promover la salud, hace que la eticidad que implican las relaciones de atención al paciente no parezcan hechos aislados en el contexto hospitalario, cada vez de mayores dimensiones físicas y complejos procedimientos para cumplir dicha misión. Para autores como Hiller y Gorsky (1997, citado por Suárez, 2005) esta realidad es consecuencia inevitable de una singular misión ética, pues no otra cosa debe significar *salvar* la vida del otro:

“El ser ético de un hospital es consecuencia original e inevitable de su misión reescrita a través de su evolución histórica: el hecho de que el antiguo y pequeño hospital haya evolucionado a un macro-hospital, el paso de pequeña organización altruista a complejo administrativo de presupuesto multimillonario, ha obligado, no sin reticencias, a integrar el código médico con la normativa ética de la administración institucional. La ética institucional resultante se caracteriza por un rasgo singular: en el hospital se da un esfuerzo permanente y exclusivo de concordar la eficacia clínica con la orientación altruista; la solidez financiera de la gestión administrativa con el trabajo benéfico de quienes trabajan en el hospital por preservar la vida de los pacientes”. (2005:190).

Oatfield (2006, citado por Mastrolia, 2011), en su experiencia de médico de *piso* en un hospital de Vancouver, arguye la existencia de una cultura organizativa hospitalaria donde ciertamente prevalece lo clínico y lo administrativo, pero que no ha podido negar la existencia de un *ethos* colectivo, incluso no normado, que genera un clima necesario para esa preservación de la vida, que se funda en principios bioéticos. El *ethos* colectivo que refiere Oatfield, que abreva del planteamiento inicial de Khushf (1999), puede ir a menudo más allá de la cultura de los derechos del paciente y no intenta desbordar la

esfera clínica ni obstruir la actividad administrativo-organizativa del hospital, para adoptar posiciones de *autorregulación* colectiva y observar el respeto a la dignidad humana. Oatfield (2006), siguiendo a Khushf reivindica el mencionado *ethos* colectivo, y un subyacente *talante*, donde la bioética pueda manifestarse como algo más que cumplimiento de normas:

“Esa cultura integrada clínico-administrativa del hospital es un hecho innegable, que no ha podido lograr que el hospital llegue a ser la casa del propio paciente, como lo puede ser para quienes trabajan allí. A lo sumo se establece un segmento autorregulado en el *ethos* colectivo de quienes laboramos en el hospital. No debería estar lejano el tiempo en que los legítimos derechos del paciente presidan la gestión de los administradores y de los clínicos y empiece a considerarse en serio las cuestiones fundamentales que propone la bioética y su reconocido talante disciplinar humanista, talante que subyace en el *ethos* colectivo que conforman quienes coexistimos en las instituciones hospitalarias”. (2011: 46).

En la nutritiva discusión de si la bioética justifica su presencia en los hospitales, se detecta una privación para la plena vigencia de la bioética en los sistemas sanitarios que aporta Darr (1999) como un asunto que apenas comienza: “Pese a los avances notables desde Belmont, la bioética y sus principios, tienen un largo camino por recorrer para reclamar segmentos de atención tanto como un presupuesto de un tomógrafo o la cirugía de emergencia”. (1999, citado por Suárez, 2005, 193). Para Darr el problema radica en que la mayoría de los hospitales del mundo tienden a ser dispersos y anárquicos (los denomina atomísticos) y de ese modo es muy difícil pensar en posibilidades éticas, más allá de la conciencia individual y colectiva y los esfuerzos plausibles, pero insuficientes, de los comités de bioética. Darr confía en que sea el hospital “en tanto organismo de vida propia sostenido por seres humanos” (2005:193) quien emerja como soporte de la vigencia aludida:

“...la ayuda que supone que el hospital como expresión colectiva y de interés social, autodefina públicamente su misión y su filosofía, sus valores y sus principios, y que derive de ellos sus objetivos y normas, y los procedimientos para tomar decisiones sobre fines y medios incorporando a la bioética dentro de sus acciones cotidianas será el resultado de dos cosas: que los hospitales dejen de atomizarse y ser anárquicos centrándose en el ser humano y no solamente en la maravilla de los aparatos; y en segundo término que se agilice la tarea pendiente de la gente del hospital como garantes de que algún día la bioética pueda ser vigente, tanto como la importancia de los analgésicos”. (2005:194).

Las ideas de Darr han sido incorporadas en muchas definiciones éticas de misión, visión, valores y objetivos, que han venido a ser las bases esenciales de su movimiento a favor de la incorporación y vigencia de la bioética en los hospitales. Toulmin, uno de los reconocidos pioneros de los estudios de bioética en USA, desde el *Hastings Center*, invita a no perder el entusiasmo en torno a la bioética, aún desde realidades desalentadoras, como las que a menudo se evidencian y que ubica en las condiciones en que a menudo se trabaja en los hospitales. Toulmin (2002) hace referencia a las enormes dificultades, de precariedad inimaginables, de cómo puede abrirse paso la bioética en *misiones* bélicas y los servicios sanitarios en países africanos asolados por epidemias. Plantea que en medio de la dureza que aflora en la exclusión y la injusticia, no se debe dejar de *mirar* a la ética:

“Es falsa la idea de fijar y alcanzar un ideal colectivo de excelencia y que eso se está cumpliendo en buena parte del mundo: la vida real muestra que lo ordinario, suele ser la guerra, la carestía y la dificultad ante la enfermedad, así como el azote de las epidemias, de suyo extraordinarias tanto como trágicas. Lo usual en más de la mitad del mundo es trabajar en condiciones más o menos duras de precariedad material, pobreza económica y presión asistencial. El hospital se desmoraliza cuando ya nadie puede, o a nadie se le permite, asumir responsabilidades personales. En un hospital, convertido en una casa sin dueño, se eclipsan los individuos. En vez de rendir cuentas a alguien, se busca refugio en la evasiva colectiva. Ya no hay errores personales, y mucho menos consideraciones bioéticas, sino disfunción comedogénica cargadas de exclusión e injusticia inauditas y frente a eso la mínima luz puede ser que retornemos la mirada a la ética”. (Toulmin, 2002, citado por Mastrolia, 2011: 110).

Tal juicio, aún en la situación límite desde donde emerge su carga de certeza, devela una realidad que coloca en el centro del debate la razón misma de ser del hospital como institución fundamental de la sociedad que ha sido durante siglos. Toulmin, en medio de su desesperanza y la vez entusiasta defensa del *hospital bioético*, pregunta:

“Más allá de la guerra y la carencia podemos hablar de hospitales que funcionan distinto o incluso podemos detectar similitudes y entonces preguntarnos ¿Es sostenible el hospital como un espacio donde prevalezca la ética individual frente a los riesgos que la sepultan? ¿Es la bioética una disciplina viable de aplicación en la vorágine diaria y de actividad crítica de un hospital?” (Toulmin 2002, citado por Mastrolia, 2011: 111)

No hay respuestas unívocas al deseo de prevalencia de la bioética en los hospitales. Sí muchos asideros. Hay quienes, por ejemplo, piensan en asideros considerados hasta

contrarios a la vigencia de la bioética en los hospitales. Como el alegato de Tristram Engelhardt (1995) sobre el hospital, que, a pesar de su complejidad organizativa y sus importantes dimensiones económicas, sociales y culturales, es una empresa u organización como cualquier otra, que ni necesita ni puede tener una ética específica. Propone una bioética sólo como instrumento de *aplicación* que no pretenda ser *universal*, ni del *consumo de todos*, abogando por una bioética no institucional, que responde a cada quien, bajo la clave filosófica de *extraños morales*, los individuos que viven en comunidad o en la sociedad:

“No existe la necesidad de la bioética tal como ha sido planteada desde finales del siglo XX, sino la urgencia de una aplicación donde la hubiere no desligada de la ética, por cuanto no es necesario convertir a la bioética en disciplina. Existe es la necesidad de una sociedad pluralista, secular, pacífica, donde los extraños morales tengan lugar y se encuentren. El encuentro puede ser en la comunidad o en la sociedad, en el hospital o en el hogar. Es menester que todos los extraños morales tienen que estar dispuestos a aceptar perspectivas morales diversas, de manera que los extraños morales puedan expresar sus puntos de vista sin temor a ser reprimidos o censurados por ello, y allí puede haber sentido para una bioética como marco de conciencia”. (Engelhardt, 1995, citado por Mastrolia, 2011:197).

Mastrolia (2011) agrega que interesa apuntar que Engelhardt distingue comunidad de sociedad: la primera es la asociación de individuos basada en una visión común del bien entre ellos. La sociedad no necesariamente comparte esa visión del bien común y no obstante pueden alcanzar juntos un conjunto de objetivos. Para ello, sostiene Engelhardt, “la bioética puede ser bisagra no disciplinaria, no impositiva, sino marco de conciencia, no sólo de lo deliberativo externo, sino sobretodo interior, de cada individuo, entremezclada desde la sensibilidad y emotividad”. (2011:198). Engelhardt es uno de los referentes de la ética médica en USA, autor de uno de los textos de consulta más editados, *Fundamentos de la bioética*, publicado por primera vez en 1995, y doctor en filosofía y doctor en medicina. Ligado al *Hastings Center*, sostiene que, si el hospital ha de responder a la diversidad ética de la sociedad, no puede suscribir principios e ideales bioéticos específicos: “No tiene otro remedio que optar por el mínimo ético común, y mostrarse en todo lo demás éticamente indiferente. Si bien no puede ser amoral, ha de ser éticamente inespecífico”. (2011:198). Para Engelhardt el papel contemporizador de la bioética no tiene atenuantes, salvo que sea como “bisagra

de neutralidad, sin capacidad de decisión, pero con posibilidades de encontrar los consensos *mínimos* en torno a las divergencias”. (2011:199):

“La convivencia pacífica en la sociedad pluralista de hoy no aguanta las convicciones morales fuertes. Éstas tienen validez en el reducido ámbito privado del individuo; pero no en la esfera pública, donde son tenidas como una amenaza a la paz social. Al no existir ya un referente ético universal y válido para todos, se ha de aceptar, en lo público, el politeísmo ético. La bioética entonces debe cumplir un papel contemporizador, equivalente a la neutralidad, no precisamente decisorio y si fundamentado en el diálogo que conduzca a acuerdos o consensos mínimos en torno a divergencias. Por ser instituciones abiertas a todos, los hospitales no tienen otra salida que renunciar a tener una ética particular y practicar el neutralismo ético”. (Engelhardt, 1995, citado por Mastrolia, 2011, 199).

La denominada bioética *indiferentista* de Engelhardt tiene muchos adeptos, pese a sus agudos y polémicos juicios. Y hay, a propósito de una de las tantas polémicas sostenidas por Engelhardt, esta vez con Callahan, en 1998, reseñada en español en la revista *Cuadernos de la Bioética*, de abril de 2000, algunos consensos mínimos entre ambos polemistas que pueden resumirse en lo que refiere Mastrolia:

“sin espacios los principios que resguardan la dignidad de la persona, el diálogo entre disímiles posturas morales, las deliberaciones interdisciplinarias, los comités donde puedan valorarse las situaciones, el ejercicio de la prudencia en cada caso, y todos los elementos del arsenal bioético, un hospital corre el riesgo de degradarse y reduce considerablemente su sentido humanista y su perspectiva ética misma”. (Mastrolia, 2011:201).

Las vertientes en juego, establecen algunas de las coordenadas actuales de la discusión en torno a la necesidad de que la bioética gane espacio intrahospitalario. Incluso desde la diferencia en torno a lo disciplinar que propugna Engelhardt, hasta los nexos interdisciplinarios para aproximarse a problemáticas, de repercusiones individuales y colectivas. En el hospital se pueden establecer, de común acuerdo, normas de actuación que intenten crear, por encima de lo exigido por la ley o lo establecido en los convenios laborales, o las perversiones de la burocracia, un ambiente humano, unas relaciones profesionales diferenciadas de respeto, un estilo bioético propio, de consensos mínimos, para que el hospital sea verdaderamente asiento del humanismo, ¿tal como lo señala su misión?

Otra vertiente de los intereses interdisciplinarios que ha despertado la bioética tiene que ver con los intentos por aproximarse a las relaciones contractuales en las instituciones hospitalarias. En las solicitudes de trabajo que se hacen desde el hospital se describe a menudo una sucinta identidad ética del hospital. Del *autorretrato* de la institución hospitalaria se exigen ciertas virtudes al profesional sanitario. A veces, el único detalle humano en esas solicitudes es una referencia al entorno geográfico del hospital. En otros casos el anuncio del hospital ya colige ciertas convicciones éticas que el aspirante debe compartir. Como por ejemplo los denominados hospitales confesionales o fundaciones sanitarias que exigen al profesional sanitario ciertas identidades con la misión caritativa de esos centros. Ciertos rasgos definidos de moral y condiciones humanísticas: integridad personal, sensibilidad en la atención de pacientes, compromiso con el dolor y el sufrimiento y la proactividad de trabajar en *equipo*.

En último término, el hospital es un reducto de al menos *conciencia* bioética porque la comunidad y la sociedad, y los sujetos que conforman éstas, le adscriben responsabilidad vital, moral, jurídica y social, en tanto institución. Quienes hacen el hospital son seres humanos con valores que contienen eticidad y forman parte de un *sistema*, es decir, un conjunto interdependiente de cosas (parafernalia técnico-médico y normativas de uso) y personas (personal sanitario y pacientes) acoplados en procesos para una finalidad común. Son diversas las razones que respaldan con solidez la idea de que un hospital ha de procurar espacios para la bioética, ergo, una entidad que contrae compromisos éticos, y públicamente los profesa como guía de su actuación diaria como escenario preservador de la vida. Es así que se puede concluir parcialmente, al menos, sobre la necesidad cierta de la bioética que alerta Gracia (2009) en trance de ser imperativo:

“La bioética pertenece inexorablemente al ámbito de la conciencia y de la libertad humanas y si bien, como ha reconocido la tradición, puede interiorizarse de tal modo que se vuelva un hábito del sujeto virtuoso y prudente, ello no tiene una expresión equivalente en el plano social. El aporte social que pueda hacer la bioética parece ser más bien el de reconstruir reflexivamente y en forma constante la unidad de la diferencia que impone la sociedad a la vida humana para organizar sus operaciones. En esta perspectiva, sostengo que la constitución interdisciplinaria de la bioética resulta esencial y que su vigencia en el reino de lo clínico y lo administrativo del hospital es más que complementario, necesario”. (2009:101).

Por lo demás, y en una suerte de *resquicio* paralelo, pretendidamente aclaratorio, que no significa que se niegue el impulso de *entusiasmo* que nos recuerda Toulmin, la bioética no es, para nada, la moralina de los sepulcros; ni un catálogo para ejercer de buen ciudadano; ni un esfuerzo ingenuo de bondad. Tampoco, una reunión de castos o redimidos para alcanzar la pureza de algún cielo. No pretende ser un recetario de soluciones para dilemas donde la ética nos apure. Es, debería ser, desde su rasgo fundamental dialógico y deliberativo una atmósfera para dirimir conflictos de la vida humana ocasionados, en buena medida y justamente, por la reducción de la ética y la degradación de la justicia en la humanidad.

2.1. Esbozo Conceptual

2.2.1. La fenomenología como conciencia de querer saber

La fenomenología es un enfoque filosófico, cuya primera reminiscencia conocida resulta curiosa, y aún más singular es su *transitar* de siglo en siglo por la modernidad occidental. Platón mismo, desde “la contemplación pura ya propone la coincidencia entre el ser y el pensar para poder arribar a la verdad y tener conocimiento cierto” (Maldonado, 1995). En el mito de la caverna, lo “eidético es la conciencia por medio de la experiencia” (1995:45). Desde la nota al pie de página de los *diálogos* de Platón, *dícese* que se inició todo. Pero ya en el s.XVIII se le atribuye también pioneridad al prolífico matemático, astrónomo y filósofo germano Johann Lambert, en su obra *Nuevo Organon o pensamientos sobre la investigación y designación de lo verdadero*, publicada en 1764, donde describe la fenomenología, en la aún muy predominante ontología racionalista de entonces como “doctrina de las apariencias de los fenómenos y la importancia de los símbolos” (Lambert, citado por Cebrián, 2010:21).

Tiempo después, G.W.F. Hegel, ya en el s. XIX, en su *Fenomenología del Espíritu*, publicado en 1807 (Pardo, 2010) *averiguando* sobre el concepto de ciencia y conciencia, revela la *emergencia* fenomenológica en aquella avasalladora sentencia: “ciencia es ese movimiento dialéctico que la conciencia ejerce en ella misma, tanto en su saber cómo en su objeto, en cuanto en ese movimiento emerge el nuevo objeto verdadero” (2010:34). Es a principios del s. XX, cuando Edmund Husserl en su libro *Investigaciones lógicas*, publicado en 1900, acuña el uso expansivo del término y

elabora un planteamiento formal de esta corriente del pensamiento, incluyendo la apuesta a la *ciencia* de la fenomenología.

De la raíz griega *phainomenon* que designa fenómeno, aquello que se muestra a partir de sí mismo, la fenomenología ha sido prolífica en cultores y aportantes, lo que ha derivado en un rico planteamiento susceptible de utilización en buena parte de las investigaciones sociales, educativas y, más recientemente, en las denominadas investigaciones sociosanitarias. Su definición *moderna* es luminosa, en tanto ambiciosa: “Es el estudio de un fenómeno tal como aparece en la conciencia creadora de un individuo o grupo” (Husserl, 1900, citado por Desjarlais y Throop, 2011, 51).

Husserl es quien establece una impronta de seguimiento del pensamiento fenomenológico: “Es el estudio de la experiencia vivida” (Desjarlais y Throop, 2011). La fenomenología para Husserl se focaliza en “la experiencia vivida a partir de centrar la atención no sólo en los actos conscientes, sino también en las experiencias y percepciones asociadas a ese acto” (2011:76). Husserl, de acuerdo con Cebrián (2010), habría intentado recuperar la antigua comprensión de la *sabiduría*, que se había desmoronado en pequeños saberes particulares por la visión del empirismo. En segundo lugar, la fenomenología comprende que la conciencia siempre tiene una intencionalidad. Es decir, “la conciencia siempre es conciencia de algo, y por tanto siempre está ligada a un objeto, de manera que el objeto es objeto en tanto es un objeto para la conciencia” (2010:49). En este sentido, la fenomenología intenta superar el *dualismo* cartesiano que separa sujeto y objeto. En tercer lugar, y siguiendo a Cebrián, el abordaje de un fenómeno requiere suspender los juicios previos que puedan producir distorsiones subjetivas. Esta suspensión temporal de los juicios es llamada *epokhé* por Husserl y constituye una actitud clave en el proceso investigativo como “el llamado a permitir que el fenómeno hable desde sí sin otra pretensión que hablar de sí” (2010:49).

El propósito final *husserliano* en la investigación debe ser el hallazgo de las *esencias* de las cosas, en las subjetividades de los mundos vividos, si bien captados, dejando a un lado las preconcepciones y prejuicios del investigador, buscando desarrollar estructuras universales basadas en lo que la gente experimenta y cómo lo experimenta. Esta universalidad de *estructuras* pretendida por Husserl, convierte, en palabras de Heidegger, “a la fenomenología en anti-fenomenología ya que lo fenomenológico anida lo particular, sin procedimiento detallado general, y corresponde

a cada estudio, según el objeto abordado, diseñar su propia manera de acercarse al objeto de su estudio”. (2010: 50).

La pretensión pionera de Husserl insistió hasta su deceso físico en darle a la fenomenología carácter de *ciencia universal* para descubrir las estructuras esenciales de la conciencia humana y alcanzar la *transcendentalidad* de la experiencia subjetiva vivida del sujeto: “fenomenología designa una ciencia, un nexo de disciplinas científicas; así como un método y una actitud intelectual filosófica ante la vida, desde la subjetividad trascendente del sujeto” (2010:52). Husserl, doctor en matemáticas, confiere a la fenomenología un elemento de ruptura con los métodos científicos predominantes del s. XX: “es un método de proceder intuitivo, reflexivo e ideador en el universo de las vivencias del ser, apelando a su conciencia y sus actos, tratando de llegar a la esencia misma de los fenómenos”. (2010:53).

Ya en pleno s. XX, filósofos como Heidegger, Scheler, Shütz, Gurwitsch, Levinas, Merleau-Ponty, Sartre, Garfinkel, Gadamer, Ricoeur, entre muchos otros, y en distintas décadas, constituyen algunos de los reconocidos *propulsores* de la fenomenología. El planteamiento iniciático de Husserl, tuvo en la fenomenología propuesta por Scheler (Scheler, citado por Cebrián, 2010:77) el *ampliador* quizá más consistente y menos antagónico de las tesis *husserlianas*. El “menos hermenéutico de los más consistentes fenomenólogos” (2010: 78) se atreve a decir, en cierto humor gris, Cebrián, a raíz de las polémicas suscitadas entre los tiempos de confluencia, camino a procesos de *necesidad* de complementación entre la fenomenología desde la hermenéutica, y viceversa. La fenomenología en Scheler, en concordancia con Husserl, no sólo era “conciencia y vivencia del sujeto cognoscente” (2010:79), sino que podía abordar, en tanto filosofía y método, al *ancho* mundo de las cosas, desde Dios, la persona o los valores, hasta emociones en *cercanía*, por lo cotidianas, como el amor, la empatía, el arrepentimiento, el odio, el pudor, el sufrimiento, la muerte y la esperanza de trascendencia del ser humano.

La objetividad para Scheler es dada a la conciencia en el acto cognoscitivo o en la aprehensión de los valores y dicha aprehensión es lo que denomina *intuición* como base del *deber ser*. Scheler pese a las resistencias originarias, tuvo en la teoría de los valores y la fenomenología de los afectos, sus más destacadas contribuciones, en donde el

problema de lo real es solucionado por medio de un *realismo volitivo*: “la existencia es aprehensible, vivenciable como ámbito que resiste a la fuerza impulsiva del sujeto y permea su albedrío y libre determinación”. (Cebrián, 2010:80). La fundamentación personalista de la ética de Scheler, plantea la realización de los valores (aquello que se impone a nuestra preferencia a sí mismo) en modelos humanos que invitan su seguimiento: “el héroe para valores vitales; el genio para valores espirituales; y el santo para valores religiosos” (2010:80).

La fenomenología como *dispositivo* de análisis filosófico no dejó de ampliar su espectro durante el s. XX, especialmente en el ámbito de las ciencias sociales. De acuerdo con Cebrián (2010) la fenomenología, al “hacer *nicho* epistémico mutuo al sujeto y al objeto, así como establecer la reciprocidad entre hecho y significado, ha establecido puentes entre la distancia establecida por siglos entre objetividad y subjetividad, objeto y conocimiento y lo cuantitativo y cualitativo” (2010:89). Husserl plantea desde su filosofía fenomenológica el regreso a las cosas, alejándose de las abstracciones tan propias de los dualismos que cronificaban el ámbito de búsqueda del conocimiento. La idea *husserliana* llega hasta la integración del dato con el significado; del objeto con el sujeto, como una sola realidad: el mundo para *mí*. Es decir, la suspensión de toda actitud hacia el mundo objetivo, que Husserl denominó *epokhé* fenomenológica, se convierte en el medio por el que el sujeto se interpreta a sí mismo como el *yo* y como *la conciencia* en y a través de la cual existe en el mundo, como objetivo sin actitudes prejuiciadas.

Cada hecho, de acuerdo con la fenomenología, está constituido por su propia fuerza *fáctica* que se manifiesta paralela a su significado. Es la interdependencia, pues no puede existir la facticidad de un hecho sin su significado. El significado es la realidad misma vista desde la subjetividad. Las cosas no son lo que son; sino lo que el sujeto sea capaz de descubrir en ellas, por tanto, sin sujeto no hay nombre de las cosas, no hay realidad. En la fenomenología es notable la ausencia de preocupación por los fenómenos estructurales y una ausencia de discusión sobre cuestiones como el poder, la fuerza, la dominación, y la estratificación social. De allí su peculiaridad en concentrarse en cada hecho como si constituyera un “mundo social independiente que focaliza lo interaccional subjetivo y simbólico” (Cebrián, 2010:91).

La fenomenología de raíz husserliana ha dado *tallo* para diversas maneras de asumirla como corriente de pensamiento. La vertiente sociológica de la fenomenología encuentra en Schütz (1932), por ejemplo, unos de sus artífices. Basado en la filosofía de *la conciencia* de Husserl y el método de *la comprensión* de Weber, plantea el carácter activo de la conciencia *comprensiva* según la intencionalidad del individuo, para otorgar los significados de las situaciones, dándole un sentido a las acciones de la vida cotidiana. Para Shütz (citado por Salgüeiro, 2011: 123) la fenomenología es:

“...aproximarse lo más cerca posible a la naturaleza intersubjetiva que tiene la interacción social, donde adquiere importancia primaria la intencionalidad de la conciencia humana en poseer estructuras invariables que llamamos significados, así como procurar la comprensión del otro en el contexto de la vida cotidiana”. (2011:123).

La de Shütz es la *fenomenología* del mundo social, sobre la base de la experiencia diaria. Una propuesta que coloca el énfasis en la interpretación de los significados del mundo y en las acciones e interacciones de los sujetos. Para Shütz la *intersubjetividad* existe en el *presente vivido*, en el que los sujetos se hablan y escuchan unos a otros en un espacio y un tiempo compartido:

“La forma en que las personas pueden conocerse y conocer lo que le rodea es mediante la intersubjetividad que se establece entre ellas. La intersubjetividad no es un mundo privado, es común a todos. Existe porque vivimos en él como hombres entre otros hombres, con quienes nos vinculan influencia y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendido por ellos. Capto la subjetividad del otro, al mismo tiempo que vivo en mi propio flujo de conciencia”. (2011:124).

La fenomenología del *mundo social* de Shütz está más cercana a la sociología que a la filosofía *husserliana* que inauguró el pensamiento fenomenológico. El mundo social es la suma de todos los sucesos y objetos de los hombres en su existencia cotidiana, entre sus semejantes; y el *mundo de vida* es el ámbito de realidad social donde se vive e interactúa diariamente. La intersubjetividad es el dato que para Shütz fundamenta la existencia humana en ese mundo de vida. La *reductio* fenomenológica que plantea Shütz no se ocupa de los aspectos de la fenomenología trascendental, pues su interés está puesto en el significado “del ser humano que mira al mundo desde una actitud natural” (2011:125).

Del sujeto *viviendo* en ese mundo social, determinado por su hoja biográfica y por sus experiencias diarias, y en la inquietud *schütziana*, dan cuenta Peter Berger y Thomas Luckmann en incrementar el flujo de perspectiva de la denominada fenomenología sociológica. Estos dos últimos sociólogos mencionados sostienen que la realidad de la vida cotidiana implica una realidad intersubjetiva, un mundo ordenado mediante significados compartidos por la comunidad. Surge *La Construcción Social de la Realidad*, libro publicado por Berger y Luckmann en el año 1967, cuyo núcleo de reflexión se basa en que “los sujetos construyen la sociedad a través del lenguaje usado en la interacción social; y esta sociedad se convierte en una realidad objetiva a través de mecanismos de institucionalización y legitimación” (Berger y Luckmann, citado por Salgueiro, 2011:129). La subjetividad, para Berger y Luckmann, se comprende como “un vivir humano en una comunidad determinada, social e histórica, donde se pone de manifiesto el universo de significaciones construidas colectivamente a partir de la interacción cotidiana” (2011:129).

Para Berger y Luckmann el mundo de la vida cotidiana es aquel que se da por establecido como realidad. El sentido común que lo constituye se presenta como la *realidad por excelencia* (2011:129), logrando de esta manera imponerse sobre la conciencia de los individuos, en tanto que se presenta a estos como “una realidad ordenada, objetivada y ontogenizada” (2011:130). La realidad de la vida cotidiana es entonces una construcción intersubjetiva, un mundo compartido, lo que presupone procesos de interacción y comunicación mediante los cuales *comparto* con los otros y *experimento* a los otros. Es una realidad que se expresa como mundo dado, naturalizado, por referirse a un mundo que “es común a muchos individuos” (2011:130).

En “el consenso fenomenológico social” (Cebrián, 2010) se quiere resaltar que toda vivencia necesita un contexto en el cual darse, y no sólo lo necesita, sino que es necesario que la conciencia esté situada en una red de relaciones de significados previamente dadas. En la estructura del mundo de la vida los pilares considerados fundamentales para la experiencia fenomenológica son: *el espacio vivido* (la espacialidad), *el cuerpo vivido*, *el tiempo vivido* (la temporalidad), y *la relación humana vivida* (la relacionalidad), no excluyéndose otros pilares mediante *la experiencia* fluya (2010:95). Estos pilares de la fenomenología son los que precisan las posibilidades investigativas de la esencia de los fenómenos bajo adscripción fenomenológica: el espacio físico, es el lugar, *el sitio* que es vivido y no sólo ocupado físicamente; el

cuerpo no es *ajeno* ni *cosificado*, sino sentido; y las relaciones humanas son inherentes a las experiencias que *surgidas* se imbrican.

Esa conjunción de espacialidad física con relación humana, junto a la preponderancia de lo individual como válido y la recuperación de la subjetividad como fuente de significación, diferencian fundamental y finalmente a la fenomenología de otras corrientes de pensamiento e investigación cualitativa: “La fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad” (Tesch, 1990:49).

2.2.2. La hermenéutica como *funesta* e insuperable idea de interpretar

El criterio de verdad de un enunciado es siempre la amplitud de su capacidad de seducción.
Eugenio Trías. *La funesta idea de pensar.* 2017

En el devenir de la tradición fenomenológica, filósofos de obras tan disímiles como Heidegger, Schleiermacher, Dilthey, Gadamer y Ricoeur aportan elementos vinculantes de la fenomenología a la hermenéutica, en segmentos de intersección importantes, como en la visión del contexto histórico y cultural del conocimiento. Si bien la fenomenología procura describir las esencias del fenómeno era preciso interpretar dichas esencias. En la conjunción de fenomenología y hermenéutica, Heidegger, quien en el año 1929 reemplaza a Husserl en la cátedra de filosofía en la Universidad de Friburgo, aporta, por ejemplo, en su obra inconclusa *Ser y tiempo* (1927), el concepto de *dasein* como forma de definir al ser. El *ser-en-el-mundo* es para Heidegger un *ser-con-los-otros* y el mundo se construye a partir de esa trama de *significaciones* en la que convivimos.

La fenomenología en especial busca comprender la experiencia del ser humano en la realidad desde su propia vivencia. Para la fenomenología hermenéutica de Heidegger, la realidad representa esa manifestación del ser en determinados fenómenos y es ya una comprensión que proviene de la cotidianidad del ser humano, ese ser humano que *está* y *es* en el mundo, por lo cual las experiencias son producto de esa relación con el mundo, mismas experiencias a las cuales dota de un significado que guarda para sí porque lo

compone como ser. El *ser ahí*, que implica el hombre es consciente que *brotó y viene de la nada*, y está constantemente como flotando en la nada. Es la angustia de la auténtica condición del hombre, la temporalidad, la finitud, y es desde esa condición que se realiza nuestro vivir con los demás, que se desliza una y otra vez hacia la impropiedad.

Para Heidegger (1951, citado por Cebrián, 2010) “vivimos impropriamente, no por alguna distracción o casualidad, sino porque estructuralmente nuestro ser tiende a perder o eludir lo propio; es decir la mortalidad”. (2010:132). El *dasein* para la fenomenología *heideggeriana* es “la posibilidad ontológica, siempre temporal, de preguntar del hombre en el mundo socio-histórico: quién es en el mundo; qué hace, y una forma de recuperar autenticidad existencial de los que existimos arrojados al mundo y destinados ontológicamente a perecer” (2010:133). El propósito de la fenomenología hermenéutica que plantea Heidegger es “apropiarse del significado ya implícito en la experiencia vivida mediante un proceso de pensamiento orientado por la destrucción y construcción, hasta interpretarlo como verdad sustancial y revelar los fenómenos del ser ahí, en el mundo y con los otros” (2010:133).

Hermenéutica es un vocablo cuya raíz etimológica más antigua reconocida encuentra nidación en el verbo griego *hermeneuein* que designa interpretar. La esencia mitológica del vocablo consistía en traducir a lo humano el mensaje de los dioses, tarea encomendada a Hermes, dios intermediario entre los dioses del Olimpo y los simples mortales. La misma lectura e interpretación de textos bíblicos genera discrepancias en torno a la *genealogía* de la hermenéutica, pues se hace diversidad en la interpretación de los textos de las escrituras divinas, en especial el antiguo testamento y la literalidad interpretativa de las corrientes protestantes del cristianismo. Heidegger, en sus clases de la Universidad de Friburgo, le daría la precisión de un concepto a la hermenéutica: “arte de la interpretación que intenta comprender el significado que las palabras del ser expresan en el mar de los lenguajes” (Heidegger, 1927, citado por Cebrián, 2010:138).

Schleiermacher (citado por García, 2000) configura un aspecto medular de reflexión a la fenomenología-hermenéutica, que ha sido motivo de nutritivas controversias; el proceso de *autoconocimiento* a partir de los análisis textuales, con la finalidad última de explicar la experiencia vital del sujeto. Schleiermacher es quien traslada la *antigua* hermenéutica a la conversación ordinaria para explorar cómo el sujeto se mueve de un

pensamiento a otro, dando importancia capital a *la metáfora* como centro de *lectura* para la comprensión de los fenómenos vividos: “El no comprender, nunca se puede disipar del todo” (Schleiermacher, citado por García, 2000, 93). La comprensión, por tanto, se convierte en una tarea infinita, o una invitación a interpretar continuamente, pues no podemos afirmar nunca que hemos comprendido todo. Como sostendría posteriormente Gadamer, es necesario preguntar y seguir preguntando al texto por su sentido.

García intuye que para Schleiermacher, el hecho de que siempre quede “algo” por comprender en vez de ser una rémora es un estímulo para continuar profundizando en aquello que se trata de comprender, “creándose una tensión dialéctica que nunca se agota y que impulsa al intérprete a autocomprenderse cada vez mejor en la comprensión de lo otro” (2000:93). Esta finalidad de la comprensión del otro de Schleiermacher, se configuró en una de las piedras angulares de la hermenéutica de la modernidad, reconocido “como el círculo hermenéutico, que exige al investigador involucrarse en la dimensión social y dimensión individual del sujeto de investigación”. (2000:94).

Desde la cátedra de historia de la filosofía de la Universidad de Berlín, que ocupa en 1822, Dilthey, ratificando cierto estilo fragmentario, pero de lucidez incuestionable, e incluso retomando algunos de los hilos de pensamiento de Schleiermacher, propone a la hermenéutica la reflexión de que “el mundo en su totalidad es un texto trascendental de las acciones libres del ser humano, no objetivas ni positivas, y dicho texto se hace por tanto histórico y como tal requiere ser leído” (Dilthey, citado por Salgueiro, 2011, 128). Para dicha lectura propone dos formas metodológicas: la interpretación ordinaria a través de la conversación, pero ampliando el registro “a lo descrito en las expresiones y acciones de los individuos” (2011:128); y, en segundo término, “leer al mundo desde una comprensión no inmediata, especie de estado de reflexión mediado por el filtro de la conciencia y de la imaginación del intérprete” (2011:129).

Con Dilthey la hermenéutica asume la vertiente más antropológica de la interpretación de *lo vivido* en su método general de la comprensión. Mueve a Dilthey la tarea de fundamentar las “ciencias del espíritu o la crítica de la razón histórica desde una hermenéutica esencial y comprensiva” (2011:130). El problema de comprender al

sujeto para Dilthey radica en la recuperación de la conciencia de su historicidad, que tiende a perderse en las categorías estáticas de las ciencias:

“...experimentamos la vida no en las categorías mecánicas de poder, sino en momentos de significados complejos e individuales, de experiencia directa de la vida como una totalidad y en la comprensión afectuosa de lo particular. Estas unidades son intrínsecamente temporales y finitas, entonces han de entenderse históricamente. El objeto de las ciencias humanas no debería ser la comprensión de la vida en términos de categorías extrínsecas a ella sino todo lo contrario, categorías derivadas de la vida. La vida ha de entenderse a partir de la propia vida”. (2011:130).

Gadamer (1977), en la tradición hermenéutica *heideggeriana*, apela a la comprensión del *otro* en el mundo de la vida. Se trata de rehabilitar los papeles del interlocutor y de la *tradición cultural*. Define que en la perspectiva hermenéutica el *ethos*, es esa comunidad cultural de prejuicios desde donde se puede comprender mejor la experiencia del sujeto, con toda su carga de ilusiones, frustraciones, decepciones y dolor. En el *ethos*, como lugar de encuentro interpretativo, se posibilita el diálogo entre un horizonte de entendimiento y el mundo vital, permitiendo aproximarnos a los sentidos culturales como *horizonte* de conocimiento. Plantea Gadamer “romper con el cerco cientificista y liberar al pensamiento para que se abra a la interpretación y comprensión”. (Gadamer, 1977, citado por Rosales, 2009, 30).

El horizonte de entendimiento que define Gadamer como *el mundo de la vida* (*The lifeworld o Lebenswelt*) es donde el *yo* del sujeto se desenvuelve de manera pre-consciente y pre-temática. Es un concepto que desde la visión de Gadamer se sitúa como contrapuesto a un concepto de mundo que consiste en todo lo objetivable por las ciencias, o ya desde antes, por la propia conciencia del *yo*. *El mundo de la vida* es un mundo que se refiere directamente a la experiencia subjetiva y cultural, y está “presupuesto en toda vivencia posterior a la conciencia y como tal es más originario que cualquier vivencia posterior a la conciencia”. (Gadamer, citado por Rosales, 2009: 35).

Ricoeur (2003) aporta a la tradición fenomenológica-hermenéutica la asociación de la comprensión como método interpretativo hermenéutico por excelencia, al *ser* como vivencia: “comprender es un modo de ser” (2003:15). Para Ricoeur el *ser* existe al *comprender*, añadiendo que “la reflexión que implica la comprensión es la apropiación del esfuerzo por existir (2003:18). La fenomenología para Ricoeur es “la interrupción de

la vivencia para significarla; y la hermenéutica es la interrupción de la relación de pertenencia para significarla” (2003:18). Para Ricoeur la fenomenología y la hermenéutica comparten el carácter derivado de las significaciones del lenguaje. Lenguaje en la experiencia es la clave de relación de la fenomenología hermenéutica. El *otro* puede ser comprendido como un texto. No sólo narrativo, sino texto en cuanto puede ser comprensión, “pues todo puede ser comprendido si hay lenguaje” (2003:21). La teoría del texto se convierte para Ricoeur en un modelo general para el estudio de la acción humana, pues esta es concebida como una obra abierta a cualquiera que pueda leer, que pueda percibir “la narración como vida vivida” (2003: 21).

Se hace hermenéutica casi constantemente en una investigación cualitativa. De manera implícita al *elegir* desde lecturas hasta la metódica; desde las relecturas hasta descubrir los significados y contrastarlos con los elementos teóricos que sustentan la investigación y al interpretar gestualidades, silencios, *pragmata*, solipsismos, actitudes, que conforman el comportamiento humano de quienes participan de la investigación; y de manera explícita en la discusión e interpretación de resultados de la investigación.

La hermenéutica como método sistematiza procedimientos formales (normas, reglas o técnicas) en la correcta interpretación y comprensión de la realidad humana. En nuestro caso tratando de sortear la complejidad del lenguaje, que para Martínez (2006) resume como “intentar descubrir el significado de las cosas, interpretando de la mejor manera posible las palabras, los escritos, los gestos, en general el comportamiento humano y su singularidad en el contexto del cual forma parte el sujeto” (2006:45). La confluencia fenomenológica-hermenéutica es asumida en la presente tesis doctoral como instrumento de búsqueda de los significados que otorgan los sujetos a una realidad social que se da en el trabajo diario en un hospital, a partir de la revelación de las intersubjetividades en las experiencias vividas, en el afán ulterior de aproximarse a las interpretaciones de dichos significados en la conformación de espacios comprensivos del fenómeno que nos ocupa.

Con las corrientes del pensamiento aludidas, en tanto métodos, formas de ver, intentos y deseos de hacer, se aspira a contribuir en la comprensión de la forma en que las personas que trabajan en el hospital, y que atienden personas otorgan razones y significados al hospital como escenario bioético. Es dar voz a personas (profesionales

sanitarios) que atienden personas (pacientes, agente, clientes) dentro del hospital donde pueden identificarse las dificultades y sensibilidades perceptivas, simbólicas, materiales, prejuicios y demás aspectos que pudieran impedir el respeto de dicha atención a la luz de los presupuestos teóricos de la bioética clínica y sus principios (Beauchamp y Childress, 1979): autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. La comprensión de las vivencias y experiencias personales de los profesionales sanitarios y el tipo de relaciones que se da entre éstos y los pacientes en el hospital para considerar a dicha institución un escenario para el ejercicio de la bioética, que Gracia (2013) apunta:

“La bioética más allá de conceptos o definiciones, es un lugar para el debate crítico. Es incluso un procedimiento que pretende ser apto, flexible y coherente, para el análisis de los problemas éticos surgidos en torno a la vida y al cuerpo. Una ruta de ida y vuelta en torno a cómo gestionar la vida y la muerte, en consecuencia, toca frontalmente a las ciencias de la salud, máxime si la aludida gestión de la vida y la muerte había sido confiada al rigor de religiones y normas jurídicas, y no de los sujetos de esas vidas y esos cuerpos, que viven y que mueren”. (2013:77).

La fenomenología y la hermenéutica, en su expresión integradora de generar posibilidades de conocimiento, en cuanto métodos de abordajes de la investigación cualitativa, se asemeja, en opinión de Savater (2009), y en recuerdo a la expresión imborrable de Heráclito, a un inmenso río donde abreviar, no dos veces sino millares de veces, tal es el formidable legado de afluentes que fecundizan en la fenomenología-hermenéutica. A no dudarlo la fenomenología-hermenéutica es el afluente medular de la presente investigación, en su aproximación a las razones y significados que, a partir de experiencias vividas, otorgan al hospital los *seres* que en ese mundo social coexisten, atendiendo otras personas.

2.2.3. El significado del sujeto en la vida cotidiana

Alfred Shütz es considerado uno de los artífices de la incorporación de la fenomenología a las ciencias sociales. Basado en el método de comprensión (*verstehen*) de Weber y los presupuestos teóricos de la fenomenología pionera de Husserl, donde el *lugar* del sujeto es la plenitud de la conciencia e incluso más allá de ella, Shütz reivindica dicho *lugar* del sujeto como “el estar inserto en su mundo social, de modo

natural, pues es su vida cotidiana, determinada por fenómenos reales, imaginarios o ideales” (Shütz, 1967, citado por Cebrián, 2010:123).

En Shütz entendemos que la conciencia del sujeto, que Husserl propone *incontaminada* hasta donde sea posible, está supeditada a los *repositorios* de vivencias, donde el sujeto incluye el *aquí* y *ahora* de su experiencia. La simbiosis entre la fenomenología clásica de Husserl, la fenomenología hermenéutica propuesta por Heidegger y la fenomenología sociológica planteada inicialmente por Shütz, y seguida por Berger y Luckmann desde los sustratos de la construcción social, se afina en la triada *simbiótica* que nos declara Cebrián: “realidad interpretada, significado subjetivo y mundo coherente” (2010:124). Es decir, una triple vertiente de cómo esa realidad es percibida por el sujeto, cómo es susceptible de ser interpretada y cómo se reconstruye en su mundo coherente de experiencia, a partir (y en) de su vida cotidiana.

Enfatiza Shütz que el sujeto es “biografía y experiencia inmediata” (1967, citado por Cebrián, 2010:124). Es por tanto historia y subjetividad que se construye *aprehendiendo* la realidad en el marco de las vivencias. Así el sujeto va configurando una especie de *arsenal* de conocimiento disponible de su pasivo de vivencias, que pueden ser traídas *aquí* y *ahora* (el espacio y el tiempo), para ser aprehendidas, reveladas y ejercidas. Aquí se inscribe otra vertiente de aporte de Shütz a la denominada sociología fenomenológica, que son *los actos* y *las acciones* del sujeto. El acto es algo cumplido en el pasado o bien la idealización de algo a concretar en el futuro. Una acción, en cambio, no es pasado ni futuro, sino la ejecución de un acto proyectado, es la experiencia de estar cumpliendo el acto, es pues el *aquí* y *ahora*, que propugna el filósofo de origen austríaco, nacionalizado estadounidense.

Otra de las preocupaciones de Shütz es la recuperación de la validez de la subjetividad en tanto intersubjetividad. Es decir, el sujeto en su mundo social está sometido a la intersubjetividad. El sujeto se reconoce en el otro. Percibe la realidad poniéndose en el lugar del otro; reconoce al otro como análogo, dándole sentido al *yo* del sujeto. El sujeto percibe sus actos y puede percibir los actos y las acciones de los otros. La intersubjetividad es entonces una de las claves de la vida social del sujeto. Cuando el sujeto interactúa es porque reconoce, mediante el mundo del sentido común, a una estructura social, en la que reconoce al *otro*, comparte ciertos códigos, realizan alguna actividad, influye o se deja influir. Es el *aquí* y *ahora* del sujeto construyéndose

y estableciendo relaciones de las que forma parte, constituyendo un *nosotros*, en mutualidad, compartiendo una misma vivencia de reciprocidad, por breve que sea.

El significado en tanto, y para Shütz, tiene *un sentido diverso*. Las acciones que realiza el sujeto están llenas de significados. Tienen un sentido, aunque no se quiera, pues dicha acción puede ser interpretada por otros:

“Si bien las vivencias son subjetivas, porque el sujeto recurre a su arsenal de conocimiento disponible para asociar lo conocido con lo que no conoce, las acciones conforman la autointerpretación de la vivencia del sujeto en la que interpreta una vivencia. Y ese rasgo subjetivo es lo que hace diverso el significado que otros le otorguen a dicha acción” (2010:126).

Shütz fundamenta *la reducción* fenomenológica en el plano de los significados de la vida cotidiana donde coexiste el sujeto, pues para él, toda vida cotidiana es realidad y ésta se construye socialmente por medio del lenguaje que llena esa vida cotidiana de objetos significativos. Shütz entiende la fenomenología “como una instancia de aproximación a la realidad social que constituye la vida cotidiana. En particular cuando se quiere conocer y explicar las experiencias (pautas, hábitos, rutinas) intersubjetivas de los sujetos en sus entornos vivenciales diarios” (2010:126).

La propuesta *schütziana* no pone énfasis en el sistema social ni en las relaciones funcionales que se dan en la vida en sociedad, sino en la interpretación de los significados del mundo (*Lebenswelt*) y en las acciones e interacciones de los sujetos. Esta vida cotidiana se nos presenta como un mundo intersubjetivo que creamos y compartimos con los otros, en donde cada objeto tiene su sentido, su lugar y su orden. El planteamiento *schütziano*, de acuerdo con Cebrián gira en torno a “cómo se puede lograr el conocimiento a partir de preguntas como las siguientes: ¿Cómo podemos tratar los datos subjetivos en términos objetivos?, ¿cómo conocemos otras mentes? y ¿cómo se produce la comprensión y la comunicación recíproca entre sujetos?” (2010:127).

En la vida cotidiana de una institución hospitalaria se vestigian muchos de los referentes de Shütz en la preminencia de lo social fenomenológico. Es el hospital una institución social, en cuyo interior se construye una realidad social, conformada por sujetos que se interrelacionan e interactúan entre sí, mediante actos y acciones; que

asimilan su *arsenal* de vivencias desde las subjetividades que a su vez se cruzan e interceptan (intersubjetividades) en el diario devenir del mundo social donde coexisten. En esa realidad social cotidiana los sujetos aprehenden sus vivencias y le adscriben significados en forma de lenguajes dotados de sentidos que les son comunes. Este conglomerado de valores, creencias, rutinas, tradiciones y desarrollo profesional que se configura en el hospital generan una serie de expectativas en cuanto al desempeño de los diferentes roles profesionales dentro de la institución hospitalaria.

El hospital, vislumbrado y creado para salvar vidas, requiere de la interpretación de significados y de acciones e interacciones del sujeto *biográfico* cuyo rol supone la atención al otro. He allí el interés de un soporte teórico como el que plantea Shütz para aprehender el *aquí y ahora* del fenómeno de estudio de la presente tesis doctoral, en particular en el análisis de la vida cotidiana de quienes co-protagonizan el mundo social del hospital, como lo son quienes trabajan en él. La ambición de Schütz consistió, de acuerdo con Cebrián (2010), precisamente, en sentar las bases de una *tercera vía* para la fenomenología: respetando la lógica propia de las ciencias sociales y de la fenomenología husserliana, Schütz intenta esclarecer “los límites y las contradicciones de cada uno de estos saberes indicando la necesidad de una convergencia” (2010:127). Entre una sociología pura y una fenomenología trascendente, aparece “un espacio de cuestionamiento fenomenológico de los instrumentos de las ciencias sociales que desembocan sobre la constitución de una sociología fenomenológica que se sitúa a igual distancia del objetivismo *durkheimniano* y de la egología *husserliana*”. (2010: 129).

2.2.4. La sabiduría práctica como vertiente otra

Paul Ricoeur, en una de sus obras medulares, *Sí mismo como otro* (1996) sostiene que la narración es vida vivida. Es decir, que cualquier experiencia humana es susceptible de alcanzar una dimensión narrativa. El sujeto para *ser*, en el sentido *heideggeriano*, puede contar con la narrativa de sí mismo. La denominada teoría del texto, que es esencia de la fenomenología y la hermenéutica, es ampliada por el filósofo galo como un modelo general para el estudio de la acción humana. El pensamiento *ricoeuriano*, inquieto y prolífico, apuesta por “la hermenéutica fenomenológica en la intención de comprender el ser a partir de las acciones expresadas de su existencia,

especialmente en el intento de recuperar el valor óntico de la persona en su actitud existencial como texto abierto” (Ricoeur, 1996:78).

En este marco de reflexión de la también denominada filosofía antropológica, Ricoeur aborda muchas de las situaciones humanas en crisis evolutiva: desde el amor hasta el sufrimiento, del ser *ingrino* hasta las instituciones llenas de *seres*; desde la metafísica y la antropología hasta el arte de curar. Sus *modos* de ver se imbrican unos a otros, sin reconocidas fricciones, pues en su densa prolijidad reside la preocupación filosófica de reconocer una intencionalidad de la “vida buena” (1996:79) del ser humano, que es omniabarcante, al tiempo que particular.

Es así que Ricoeur topa con disímiles *seducciones* de la vida del sujeto-ser, de las cuales son de interés de la presente investigación sus aportaciones a la ética aplicada, en cuanto a la aproximación al paciente como *texto*, inmerso en una relación con *otros*, que le asisten, en el llamado “pacto de los cuidados” (Ricoeur, 2003:19) que se configura en la institución hospitalaria, pacto que se añade al interés del edificio *ricoeuriano*. Particularmente en la forma cómo se procura consolidar dicho pacto en los presupuestos teóricos de la hermenéutica, en lo que Ricoeur llama *sabiduría práctica*, en tanto giro de ética aplicada que algunos autores, como Moratalla y Alzate, denominan *bioética hermenéutica*.

Por ejemplo, en su planteamiento del *ser* como *texto*, Ricoeur focaliza su mirada en los pacientes reclusos en una institución hospitalaria. No se fija en los *enfermos* tratados en forma ambulatoria ni hipocondríacos *olvidados*, de interés en autores como McBride (2003). No lo hace tampoco desde la apuntación *foucaultiana* (la clínica y sus vectores de poder); ni las instituciones controladoras enarboladas por Goffman; sino desde una vivisección del hospital como epicentro del “pacto de cuidados” entre el personal que presta servicios de salud y los pacientes, rescatando el valor de la escucha, la prudencia, la responsabilidad y redescubriendo un lugar para el principio de autonomía. Incluso propone una nueva relación entre sujetos dentro de la institución hospitalaria caracterizada por “la intencionalidad de la vida buena en instituciones justas” (2003:20), que luego hace inclusiones de la ética en las *turgencias* con la moral de tradición aristotélica y kantiana.

Al reconocidamente difícil arte de *curar*, de reminiscencia *hipocrática*, que constituye aspecto esencial de la medicina, Ricoeur reivindica el verbo “cuidar”, de reminiscencia *galénica*, como motivo de *preocupación*, en términos de reducir el perfil manipulador de la práctica médica sometida a mera corrección de disfunciones orgánicas. Propugna en consecuencia una visión integral de la persona humana que participa en la curación del paciente, en la comprensión recíproca de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, en un plano de *ipseidad*; en un reconocimiento pleno del *otro* en “el pacto de cuidados: quienes pueden curar y quienes aspiran ser curados”. (2003:23).

Ricoeur apunta que seguimos siendo testigos de los atentados y maltratos a la vida humana en hospitales, albergues, orfanatos y en centros de investigación. Es factible, de acuerdo con Ricoeur, insertar la naturaleza hermenéutica en la bioética, avanzando en la dirección de situar como eje central de la argumentación respectiva, la noción de interpretación. Interpretar las formas de actuar de quienes protagonizan la relación clínica, en marcos de reflexión hermenéutica, no solamente desde el ángulo deontológico o normativo, de sí útiles, pero sosteniendo con énfasis la necesidad de interpretación del paciente y de quien lo asiste en el pacto de cuidados que implica toda relación clínica. Es decir, la aproximación al pacto de cuidados, al arte de cuidar y curar, como un texto vivido, por el *sí* mismo y por el *otro*, que necesita ser leído en su totalidad e integralidad para poder ser plenamente comprendido.

El edificio de los aportes *ricoeurianos* para albergar los horizontes de relación entre la hermenéutica y la bioética está por dotarse de algunos otros muebles, pero ya ha sido edificado y ofrece muchos vectores para el debate de su habitabilidad. Para tamaño desafío, no existen dudas, por ejemplo, acerca de la tradición hermenéutica y sus posibilidades de responder por aspectos como la complejidad de la vida que se imbrica en las instituciones hospitalarias. Y para ello Ricoeur establece unos *niveles*. Si la bioética tiene que centrarse en la persona humana y no perder su mirada sobre ella; tiene que aprender a *ver* al paciente y su *otro* en la relación clínica como un libro abierto que le ofrece múltiples niveles de páginas que tienen que ser leídas para establecer juicios o dictámenes sobre su salud, en tanto complejidad, y desde allí, especialmente, no relegar su condición humana: “lo humano y su dignidad es atestiguado desde su intrínseca

condición problemática, inconclusa, conjetural e imprevisible, reticente a cualquier cierre conceptual o disminución de su valor absoluto” (2003:31).

Las bases del edificio *ricoeuriano* en torno a la ética aplicada giran en torno a su concepto de curar y cuidar en un pacto de cuidados, y, éste pacto se concreta en las instituciones *justas* donde están las personas *buenas*. Para Ricoeur el pacto aludido es el corazón de la bioética. El sótano del edificio lo advierte Ricoeur en las historias clínicas como pruebas de la presencia de la narrativa en la medicina, como esfuerzo por comprender al paciente y encontrar una solución a sus problemas. La historia clínica abarca la realidad de la enfermedad, encarnada en una persona. Se buscan allí antecedentes familiares, síntomas anteriores, hechos que puedan arrojar luz sobre el estado actual del paciente. Quién redacta la historia, generalmente el médico, es el *otro*, es quien quiere saber del otro que es paciente, para leer el texto que es el paciente. En el intento aparecen las insuficiencias pues la realidad de la relación establecida *paciente-otro* es compleja y no basta la descripción de una de las partes.

Es menester para Ricoeur tener en cuenta siempre la noción del paciente como *texto* y sus implicaciones bioéticas: la escucha al paciente, la prudencia, la responsabilidad, y una mejor comprensión de la autonomía del paciente, para comprender mejor la relación paciente-otro y la interpretación de la realidad que se teje entre seres dentro de una institución como el hospital que por igual sufren de diversos modos y viven historias particulares e irrepetibles.

En las mezzaninas del edificio *ricoeuriano* están las fuentes de donde se fortalece la *ipseidad* que atribuye el autor al pacto de cuidados como “conciencia reflexiva de sí mismo, de la persona”. (2003:33). Para Ricoeur paciente y *otro* son uno mismo, no hay conflicto entre curar y cuidar, porque la enfermedad subyace en quien no está enfermo, si bien desde lo externo, lo sufre en la ipseidad del otro. Para el ejercicio de la ipseidad en el pacto de cuidados, Ricoeur enumera tres preceptos, en forma de *niveles* y no de principios, como se observa en la bioética clínica.

El primer nivel es el *prudencial*, de reminiscencia aristotélica, que hace referencia a la singularidad de cada persona en su carácter insustituible. Es decir, la necesidad de tratar a la persona como algo indivisible, como un todo y no de una forma fragmentada, ya sea al considerar de una forma aislada cada parte del cuerpo, motivado sin duda por

la especialización de los saberes médicos, o al desvincular los elementos biológicos, psicológicos y socioculturales. El nivel prudencial atiende lo particular en la integralidad en términos de *autoestima* de unos y otros. Es la médula del pacto de cuidados que se establece en la relación clínica. Una premisa del nivel prudencial para Ricoeur es “la confianza que se establece entre unos y otros en dicha relación; y la convicción en sí mismos y la motivación para llevar a cabo el pacto” (2003:40).

El segundo nivel de la ética aplicada de Ricoeur es el nivel *deontológico* que se refiere a la ética normativa de la cual rescata su función crítica alejándola de ciertas *costumbres* ancladas en el denominado *principialismo* (los principios de actuación) y el *casuismo* (preponderancia de la frecuencia en la resolución). Es un nivel propiciador de arbitrajes de conflictos que se viven a diario en el pacto de cuidados. Es el ámbito de los contratos que se establecen entre personas en el devenir de cuidar y curar. En este nivel Ricoeur plantea la utilidad de los principios de la ética médica en el abordaje de dichos conflictos y contratos, desde instrumentos como el secreto profesional, la información al paciente y el consentimiento informado, herramientas a las que la reflexión e interpretación de *apertura* que aporta la hermenéutica pueden mejorar el ejercicio comprensivo del mero análisis de casos y resolución de conflictos o dilemas en torno a principios que impera en las instituciones hospitalarias.

El tercer nivel radica en la reflexividad. Es el nivel *reflexivo*, una suerte de instancia donde Ricoeur apuesta por una ética fundamental, con mixturas de la metafísica y la antropología, de donde abrevia, pero construyéndose en el texto abierto susceptible de ser narrado, es decir, la narrativa vivida. Es un nivel de conceptos que, si bien pueden ser mutantes, pues proceden de fenómenos diversos, van reflejando espacios para la hermenéutica, espacios que van desde la salud, la enfermedad y la muerte y sus relaciones con el dolor, el sufrimiento y la felicidad, que aparecen a diario en el pacto de cuidados que se da en las instituciones *justas*.

En los otros pisos del inmueble *ricoeuriano*, en sus *seducciones* por la ética aplicada en clave hermenéutica, se habitan las *turgencias* detectadas en lo que Ricoeur llama “premisas de la sabiduría práctica”, como la responsabilidad con el otro: “hacer de otro mi semejante, tal es la pretensión de la ética en lo que concierne a la relación entre la estima de sí y la solicitud”. (2003:49). La solicitud para Ricoeur es la responsabilidad,

de quien verdaderamente se hace cargo de alguien, significa considerar al otro como semejante. Sencillamente, no puedo no responderle al otro, como dicen Belli y Quadrelli (2010): “Debo cuidar del otro porque está allí, frente a mí, pidiéndome ayuda y no tengo otra opción que responder a su pedido para constituirme en mi propia humanidad”. (2010:21).

La hermenéutica que se orienta éticamente, como la de Ricoeur, no tendrá un objetivo distinto a la toma de decisiones responsables, *prudentes*, y desplegando *sabiduría práctica*, de quienes tienen protagonismo del pacto de cuidados, pues allí se sustenta, en cualquiera de sus variantes *el bien* de las instituciones sanitarias, y para ello no podrá dejar de ser siempre una ética de la responsabilidad. En este sentido se hace de la tradición *weberiana*, pero ante las dos éticas que propugnaba Weber desde 1919, la ética de la responsabilidad (*verantwortungstrik*) y la ética de las convicciones, Ricoeur apuesta por la primera, más racional y menos emotiva que la segunda. El sujeto hospitalario se hará realmente responsable del sujeto paciente, entendido como texto de sí mismos, abiertos a ser leídos y comprendidos. La dimensión del pacto de cuidados que se deriva de la prudencia con que se trata dicho texto, tiene su concreción en la responsabilidad. Para Ricoeur no existe verdadero cuidado sin responsabilidad.

El pent-house del edificio *ricoeuriano*, en esta pretendida exégesis *arquitectónica*, radica en su definición de bioética. Ricoeur la precisa de la siguiente manera: “deseo (*visée*) de vida buena, con y para los otros, en instituciones justas” (2003:54), y también la apunta en tres momentos. El momento primero, que describe el deseo de vida buena, que es para Ricoeur optativo, como todo deseo. Traduce un cierto cuidado de sí, asociado a la estima de sí mismo del sujeto. Por eso es posible, de acuerdo con Ricoeur, actuar intencionalmente y tomar iniciativas. Actuar ante la disyuntiva prefiriendo lo considerado bueno; y la iniciativa de comenzar alguna acción en el mundo desde el cuidado que será bueno para sí. El cuidado de sí en la reláfica *ricoeuriana* es eminentemente reflexivo y se anida en una mixtura entre la convicción de sí y la motivación por hacer de sí, por ser dueños de las acciones que se emprenden respecto al otro. El deseo de vida buena es, y precisamente, más allá de los códigos deontológicos, una de las aportaciones medulares de la fundamentación de la bioética en clave hermenéutica que propone Ricoeur.

El momento segundo alude al concepto de solicitud *ricoeuriana* que se instala en el diálogo entre seres. Una dimensión dialógica implícita en la relación humana, entre el *sí* y el *otro* que se hace *sí* reflexivo. Entonces todos, apunta Ricoeur, somos capaces de iniciativas, de *preferencias*, surgiendo la clave del momento que se detiene en la reciprocidad: “reconocimiento del otro como sí mismo, en la correspondencia mutua ante una cosa, en tanto protección ante la vulnerabilidad que reside en toda enfermedad” (2003:56).

La vida buena y la solicitud en reciprocidad requieren asientos donde desarrollarse. Las instituciones para Ricoeur constituyen el momento tercero. Son los albergues de seres para las relaciones interpersonales. Para Ricoeur, el sentido de la justicia de dichas relaciones, se puede dar sólo en un contexto de instituciones justas. Las instituciones son estructuras de convivencia en comunidades históricas, irreductibles e indispensables a las relaciones interpersonales. La institucionalidad es entonces el sitio donde los procesos de distribución y asimilación de la bioética pueden discernirse en las pretensiones ética entre el sí, el otro, e incluso, los no presentes en la relación, pero que merecen reconocimientos aún ausentes, para que la institución sea justa. Cuando Ricoeur introduce el concepto de distribución de la justicia, que Moratalla (2007) aduce como “formalismo hacia la moral” (2007: 283), establece una suerte de bisagra entre las “búsquedas personales de felicidad de los seres y la deontología que a menudo la proclama, ésta última no como búsqueda sino como corrección, dando pliegues de aparición a los aspectos morales, diferenciadores de la ética” (2007:284).

La ética de Ricoeur es un constante ejercicio de la interpretación, del conflicto de interpretaciones, es decir, del sentido, y de sentidos constituidos, que, aportados en dinámicas fenomenológicas, por parte de los sujetos en sus relaciones interpersonales, pueden revelar adecuadamente la génesis de problemas y sus variantes de entendimiento, subyacentes en toda relación humana. Ricoeur ha pensado y planteado en clave hermenéutica el conflicto de interpretaciones (valores, creencias, convicciones) y nos ofrece instrumentos conceptuales capaces de pensar la pluralidad y diversidad en ámbitos especialmente difíciles, como los referido al pacto de los cuidados que se celebran en las instituciones hospitalarias.

Por otra parte, la bioética que toca a las instituciones se mueve necesariamente en la pluralidad. Son las personas que hacen dicha pluralidad en el tramado de vivencias, experiencias, intereses y valores, y dicho tramado requiere de márgenes significativos de prudencia y responsabilidad, en la escucha y lectura de los textos que son vidas, que plantea medularmente Ricoeur. Incluso, en ejercicio de ironía, Ricoeur habla de una “pequeña bioética” (2005:101) para al *menos* poner en juego el diálogo inacabado, la escucha del otro y de los otros, para aprender a valorar sin prejuicios, a percibir adecuadamente, justamente, aquello que a diario nos jugamos, aquello que está en tensión en nuestra coexistencia (unos y otros). La “pequeña bioética” de Ricoeur es una consistente aproximación a una razón entera, no por partes; una razón vital incluyendo la muerte como otra dimensión de la vida; razón vivencial como interrelación narrativo-experiencial para describir significados; una razón cordial en correspondencia con la prudencia, reflexividad y responsabilidad que subyace en la *sabiduría práctica* cuando es vertiente otra.

2.2.5. El método de los principios

La vocación dialógica e interdisciplinar de la bioética conviene en proponer en su *decurso* doctrinal, especialmente en espacios sanitarios, un conjunto de principios, que han dado en denominarse *principios de la bioética clínica*, y que originalmente fueron formulados en 1979, por Tom Beauchamp y James Childress, como *Principios de Ética Biomédica*, en medio de un contexto que ya había sido reseñado en el Informe Belmont, del cual los autores formaban parte y han tomado tres de los cuatro principios que se abordaban en el mencionado informe. Dicho contexto, marcadamente anglosajón, y más precisamente estadounidense, con una fuerte necesidad de orientar acciones ante problemáticas emergentes en los ámbitos clínicos y biotecnológicos, permitieron darle algunas herramientas a la metodología de resolución de conflictos susceptibles de la capacidad dialogante, deliberadora e interdisciplinaria de la ética aplicada emergente, la bioética, particularmente en centros hospitalarios y de investigación.

Los principios aludidos, no son los únicos. Los que propugnan Beauchamp y Childress, amén de ser los más utilizados son entendidos como núcleos de confluencia del universo de valores reinante. Son cuatro: autonomía, no maleficencia, beneficencia y

justicia, y son discutidos al evaluar cada caso particular donde puedan aplicarse, para llegar a una decisión. El principio de *autonomía*, por ejemplo, se entiende como la decisión deliberada en pensamiento, voluntad e intención de una acción determinada. Este principio exige *respeto* a la persona y el establecimiento de una comunicación adecuada en torno a la verdad de las cosas que conciernen a la persona, para suscitar procesos de cooperación e involucrar la decisión definitiva de la persona en lo que le concierne indudable e indivisiblemente, fin último del principio.

El principio de *beneficencia* refiere al desempeño de una *acción benéfica*, de obligación especial, favoreciendo en todo momento el supervalor de la vida de la persona. El principio de la justicia, alude a la equidad con que deben tratarse mutuamente las personas, tanto en la distribución de bienes, especialmente cuando sean insuficientes, como en las demandas de atención a problemas de las personas. El cuarto de los principios, de *no maleficencia*, responde al agregado por Beauchamp y Childress, que a menudo se asocia al de beneficencia, pero que comporta una precisión en torno al precepto hipocrático *primum non no cere*, que se admite que antes de un potencial beneficio no debe hacerse daño alguno a la persona, que antes de proceder con la aplicación de conocimiento en dicha persona, debe revisarse el pretexto y contexto no perjudicial de dicho conocimiento.

Los principios bioéticos de Beauchamp y Childress han predominado como los de mayor arraigo en el abordaje relacionado con la bioética. Han sido, compartidos o no, especie de hojas de ruta de infinidad de problemáticas donde la bioética ha sido requerida. William David Ross, en 1930, plantea unos principios de actuación en hospitales norteamericanos, donde ya en esa época los problemas con implicaciones ética afloraban. Los llamó deberes, en alusión aristotélica, y los clasificó en deberes *prima facie*, o deberes primarios y deberes reales o efectivos. Los primeros son moralmente obligatorios; y los segundos son efectivos (*duty*) en el presente del paciente.

Si los deberes entran en conflicto deben ser jerarquizados a ver cuál tiene prioridad y aplicarlos, siempre intentando la prevalencia de lo que sea considerado mejor para el paciente. También en los Estados Unidos, se plantean los principios de jerarquización de la actuación bioética, sobre los principios ya propuestos por Beauchamp y Childress, que es el planteamiento de Jonsen y que describe: preferencias del paciente (principio

de autonomía), indicaciones médicas (principio de no maleficencia), calidad de vida (principio de beneficencia), y factores socioeconómicos (principio de justicia).

En el medio oeste estadounidense, concretamente desde la Universidad de Memphis, David Thomasma propone, desde una revisión crítica, un esquema que prioriza los valores al momento de una decisión donde se impliquen los principios de la bioética: priorización de los valores del paciente, historia clínica completa con factores humanos significativos del paciente e identificación de conflictos entre valores. Thomasma alega que esta priorización de los valores del paciente sobre el cual se decidirá, viene a superar una insuficiencia en los principios que, esgrime, “están como en el éter, en el aire” (Elosegui, 2004).

La ética del bien o de la virtud, también en franca alusión aristotélica, es un planteamiento de principios de actuación integradora que promueven Thomasma, Pellegrino y Mc Intyre. Esta confluencia mantiene los principios, los valores y las aportaciones de Ross, pero desde una búsqueda externa donde la personas (paciente) debe buscarse, y procurársele *la felicidad*. En esta propuesta integradora tanto el médico como el paciente son *buscadores* de la felicidad, por tanto, “del bien basado en la virtud y sostenido en contenidos racionales y no sólo principios formales” (2004:2).

Los principios de Beauchamp y Childress, de acuerdo con Gracia (1999), que prologa la cuarta edición en lengua inglesa del famoso libro, editado en 1999, son cuestionados o admitidos en su sincretismo. No son aceptados por las diferentes familias filosóficas a lo que los autores responden que su pretensión era describir el *modo* en que los seres humanos realizan juicios morales y resuelven sus conflictos donde exista carga de eticidad. No se trata entonces de una “nueva teoría por añadir al no parco elenco de las ya existentes” (Gracia, en prólogo de la edición española, 1999: XVIII).

Los principios de Beauchamp y Childress tienen un carácter abstracto y sólo se concretizan a la luz del caso que tratan. Principios que son esbozos y que tienen un carácter deontológico, mientras que los casos que afrontan tienen un carácter teleológico. La aplicación de los llamados comúnmente principios de la bioética puede seguir diversos *métodos*, y aceptando el vocablo método como cualquier proceso que se

sigue para obtener un resultado. En el caso de la bioética, los métodos suelen resultar complejos, en virtud de tratarse de opiniones y juicios donde la carga subjetiva y el componente ético influyen de manera notoria.

Gracia (1999), plantea los “desafíos que presentan los métodos de trabajo interdisciplinario de la bioética y el desafío prometeico o tecno científico; el hermenéutico o existencial; el no-ético o global. (Gracia, 1999: XI). En la diversidad de métodos que *suceden* convergen y divergen un nutrido *stock* de metodologías para la bioética: principialistas, casuísticas, narrativas, sincréticas o clínicas, o conjugativas. Todos los métodos, y siguiendo a Gracia, están “orientados a proporcionar una respuesta adecuada a la pregunta sobre la conducta correcta ante los problemas y perplejidades que plantean los nuevos desarrollos técnicos en biomedicina y los dilemas que presenta la vida sobre el planeta” (1999: XI).

Ciertamente, ante tantos métodos, pueden surgir los peligros de lo *insustancial* o las riquezas de lo diverso. Gracia expresa que, en el caso, de la bioética clínica se corre el riesgo de circunscribirse estrictamente al *casuismo*; o al procedimiento y en todo caso al decisionismo. Es decir, solo cursos de acción para resolver problemas tomando decisiones sobre procedimientos concretos. Gracia piensa que no se pueden tomar buenas decisiones en bioética clínica si no se pueden fundamentar y justificar: “la fundamentación y el procedimiento son dos factores de un mismo fenómeno, y por tanto resultan inseparables” (1999: XII).

Una distinción medular, que hace Gracia de los principios bioéticos de Beauchamp y Childress, es en torno al carácter de los deberes *prima facie* (al mismo nivel) o deberes *efectivos* que obligan a los principios, y que Ross, desde 1930, legara como preocupación fundamental a la ética. Valga decir cuál de los principios, que si bien en el mismo *peldaño*, más *obligan* en caso de conflicto entre ellos. Para Beauchamp y Childress los cuatro principios tienen el mismo rango y jerarquía, o, dicho de otro modo, son decididamente de *prima facie* y que, en caso de conflicto, se tomará una solución de acuerdo a la evaluación de la situación concreta en toda su compleja e inabarcable realidad, que dirá cuál de eso deberes es el prioritario. Es decir, no existe una *prima facie* prioridad uno sobre otro, de modo que son las circunstancias y consecuencias las que los puedan ordenar jerárquicamente. Los deberes resultantes de

los principios, sostiene Gracia, no se *resuelven* tan fácilmente. ¿Cómo elegir? Una solución sería sostener que el mejor esbozo es el que más se adecua a la realidad, es decir, el esbozo moral será tanto mejor cuanto más se ajuste a lo que Gracia aporta como *sistema de referencia*.

Gracia piensa que los cuatro principios no son iguales, no maleficencia y beneficencia no son la cara y el sello de una misma cosa, pues en este caso sobraría uno de ellos lo cual es difícil de justificar. Para enfatizar su propuesta de cuando *priorizar* los principios de la bioética, Gracia recupera de Zubiri el concepto de sistema de referencia. La filosofía y la ciencia moderna han pretendido siempre ser una representación perfecta o espectral de la naturaleza. Se ha intentado siempre, especialmente desde la filosofía, establecer una correlación entre el orden del *pensar* y el del *ser*. El intento más proximal de la filosofía no ha sido otro que el de ser un *espejo de la naturaleza* (expresión empleada por Rorty, 1979), pero este intento siempre ha sido fallido. No hay ningún marco de referencia *a priori* que nos permita establecer una relación permanente y neutral entre el sujeto que conoce y la realidad conocida. La verdad no la podemos entender como “la representación exacta de la realidad sino lo que nos es más conveniente creer”, según la expresión de William James (James, citado por Gracia, 1999, XIV).

En el método propuesto a partir del sistema de referencia *zubiriana*, Gracia jerarquiza los principios en dos niveles no absolutos: El nivel uno está constituido por los principios de no maleficencia y de justicia, es el nivel propio de la bioética de *mínimos*, que opera en lo deontológico, de cumplir o ser cumplidos, en las excepciones *mínimas* posibles de no ser cumplidos. El nivel dos corresponde la bioética de *máximos* constituido por los principios de autonomía y beneficencia, que opera en lo ontológico, en las exigencias del sujeto. A los *mínimos* morales se les puede obligar desde afuera, en tanto que la bioética de *máximos* depende del sistema de valores, es decir del propio ideal de perfección y felicidad trazado.

De clara tradición *kantiana*, el método propuesto por Gracia, nos conduce a “los valores perfectos e imperfectos” que propusiera Immanuel Kant, que para Gracia han tenido mucho que ver en el nacimiento y desarrollo de la bioética. Los deberes perfectos serían los de la no maleficencia y la justicia, con lo cual queda claro que en caso de conflicto adquieren prioridad sobre los deberes imperfectos, que serán la autonomía y la

beneficencia. Gracia sostiene que a partir de los cuatro principios de la bioética de Beauchamp y Childress deviene el sistema de referencia que alude los referidos deberes perfectos e imperfectos, sujetos siempre al principio formal de respeto a los seres humanos que es absoluto y sigue vigente.

Los principios de la bioética para Gracia, más que esquemas rígidos normativos, son esbozos para confluir. Lo importante es que la bioética y su característica deliberativa y dialógica interdisciplinaria fluya, en prudencia y responsabilidad, y sobre todo sensibilidad, por confluir en la búsqueda de consensos en torno a problemáticas, conflictos o dilemas de carga ética. Los niveles de prioridad quedan establecidos solo en caso de conflicto, como principios universales o de bien común, como son los de maleficencia y justicia, y tienen prioridad sobre los principios particulares de beneficencia y autonomía:

“Tenemos todas las obligaciones de cumplir estos principios, y los demás nos puedan obligar a que los cumplamos aun en contra de nuestra voluntad. El *por qué* y el *para qué* se han elaborado nos conduce recurrentemente a planteamientos de garantía de asistencia adecuada al paciente” (1999: XIV).

El personal sanitario, cabe decir, el conglomerado que reúne a personal médico, personal de enfermería, personal de laboratorio, personal administrativo, personal técnico diverso y personal de apoyo cuando se enfrentan con la situación de enfermedad en el recinto hospitalario, lejos de asumir una actitud catastrofista ni producto de la intuición ni del estado de ánimo, debe actuar en comportamientos basados en la reflexión, en la prudencia y la responsabilidad, con pleno despliegue del correlato de conocimientos biológicos, psíquicos, legales, culturales, educativos y sociales, así como la noción de existencia de los principios de la bioética.

En el hospital la metodología basada en principios, pese a las críticas, y en el entendido de que no podrá satisfacer totalmente a todas las posturas éticas, es la más arraigada en su continua utilización en la búsqueda de soluciones a casos clínicos, que a menudo se presentan en los ambientes hospitalarios. En tanto se produzcan conflictos, y la bioética sin dilemas no tendría la misma fisonomía de inquietud, donde se desprendan connotaciones para las premisas fundamentales de la bioética, el reconocido diálogo interdisciplinario y el espacio para deliberar en libertad y pluralidad, habrá terreno fértil

para la bioética y su irrupción en la comprensión de fenómenos ocurrentes en el marco de las ciencias de la salud, también llamadas de la vida.

La bioética y su metodología de *mínimos* será útil en la turgencia que se forma entre una o más opciones, y la necesidad de elegir, incluso opciones contradictorias. El dilema para el que se prepara el personal sanitario radica en buscar la forma más adecuada para tomar las decisiones correctas, es decir, elegir entre lo correcto y lo incorrecto, en la diferenciación de lo bueno y lo malo, en la virtud y lo justo del recto proceder, de antigua raigambre *aristotélica*. Cuando entran en juego los problemas esenciales de la vida y la muerte la responsabilidad del personal sanitario se incrementa y la confluencia de sentimientos, emociones y reflexividades también aumenta haciendo el tránsito difícil a las salidas éticas más plausibles.

A lo largo de la historia, la ética aplicada a la salud, mantuvo algunas premisas que hacían del personal sanitario hospitalario una especie de tribunal inquisidor que estaba en el derecho indiscutible de obtener lo mejor de cada paciente recluido en el hospital. No había motivos para preocuparse por otras cosas, más allá de la recuperación, mientras más pronto mejor, del paciente hospitalizado. La *motivación*, esa fuente raigal del cuidado y asistencia al enfermo, sólo rasgaba la cortina de la cortesía, para ejercer estricto cumplimiento de deberes preestablecidos y a menudo limitados a la esfera médico-farmacológica. Las cosas han cambiado. En las últimas décadas, por ejemplo, el juicio moral y la valoración ética de un acto médico ha variado; entre sus objetivos, además de conseguir el máximo beneficio de los derechos del paciente, se debe tener en cuenta otras dimensiones o aspectos como las inquietudes y criterios del paciente (y sería cuestionable imponer ideas propias); la calidad de vida y su percepción subjetiva, los factores sociales y económicos y el bienestar social visto como un todo de aspiración colectiva.

Una de las diferencias sustantivas donde ahonda el método de los principios bioéticos es el ámbito de los dilemas y conflictos. Para la metodología de sistema de referencia planteada por Gracia, un dilema es siempre un caso especial de las éticas aplicadas, relacionada con decisiones morales donde se oponen dos posibilidades equitativas y mutuamente excluyentes, donde nunca se impone una solución obligatoria ni tampoco se plantea ésta como la finalidad, pues la solución nunca es satisfactoria del

todo ni capaz de borrar la grieta entre lo ideal y la realidad. Es lo que define Gracia como: “el fracaso de la razón, que el conflicto no asume, porque las respuestas del conflicto sufragan más en la intermediación, en la posibilidad de acuerdo, vencidas las disyuntivas de fricción e impuestas las aguas de lo que Aristóteles llama sensatez” (1999: XV). Los dilemas, prosigue Gracia, pueden evolucionar a conflictos o sufragar su desenlace en la voz de quienes lo actúan: “En el conflicto hay que decidir entre dos posiciones antagónicas, pero es posible jerarquizar los valores, incluso si no es de índole ético, pues es jerarquizando los valores y destacando intereses axiológicos superiores que se puede alcanzar una solución acatable”. (1999: XV).

Si se conviene que la bioética ya no es –no puede serlo– un campo para solemnidades, sino para la cotidianidad; la misma que no hace culto a la simplicidad sino a la realidad que se hace compleja, a fuerza de no encontrarse respuestas fáciles a los dilemas y conflictos que se derivan de dicha cotidianidad, los argumentos metodológicos de la bioética juegan un papel preponderante cuando se trata del abordaje de problemas de dicha índole en el hospital. El hospital, no es nada más, incluso, que pacientes, profesionales sanitarios, equipos e insumos. Es aún más. Cuando buscamos el significado del hospital se hará en todas sus dimensiones, en lo que piensen los pacientes o quienes los atienden. Reflexión, análisis, construcción y proyección. Porque los problemas para la bioética no son los datos ni los números, sino los dilemas y conflictos de los seres humanos entre sí y entre estos y las instituciones, por sólo precisar dos ángulos, difícilmente organizables o categorizables; no se trata de la masa ni la presión de la física, sino de la ética y a menudo la moral, de suyo reivindicaciones exclusivas del pensamiento del ser humano de inmemorial y rica problematidad.

En el hospital no es lo genérico solo, que se hace a menudo inabordable, sino que también se atiende lo concreto que no hace de la espera su virtud. Los abordajes compartidos de las cuestiones que implican a la bioética, se hacen a menudo e infortunadamente inentendibles por las diferentes profesiones sanitarias que convergen en el hospital. El ejemplo que se señala de la sencilla sábana limpia, pulcra, en la cama del paciente que comienza su estancia en el hospital en procura de recuperar su salud, cabe como uno de esos sencillos actos donde ya se habla de no maleficencia, de beneficencia incluso, por cuanto desde la acogida, el *hospicio* inicial en el nosocomio, la

persona que es paciente es tenido en cuenta, en tanto su bienestar que le provee su dignidad humana, que es preciso preservar en todo momento.

Este marco compartido de respeto a la dignidad humana no se construye exclusivamente por una estadística resaltante ni por un volumen notable de insumos medico quirúrgicos, y aún menos por la cantidad de bloque y cabilla invertida, ni solamente por números vistos de pacientes ni la proeza quirúrgica. Han de construirse también, y por ejemplo, a partir de los conflictos que surgen en el hospital por la indignidad que aflora en no pocos episodios de la cotidianidad hospitalaria, desde la sábana limpia hasta la desinformación en la vulnerabilidad de la enfermedad; han de edificarse desde un marco esbozado de principios, que aquí llamamos de la bioética, pero incluso su arquitectura se fragua desde los *silencios ruidosos* de las personas que trabajan en el hospital desde lo sanitario y lo administrativo, pero que, en definitiva, son personas, y las personas en tanto receptoras y *otorgadoras* de dignidad son las que construyen el hospital, día tras día.

2.3. Esbozo Contextual

2.3.1. El hospital son las personas: la comunidad de aprendizajes

“Aunque esté un poquito feo mi hospital, mire ese monte que hasta culebras tiene, yo lo quiero. ¿Sabe? yo quiero mi hospital, aunque la gente se queja todos los días, y es por nuestras carencias. Aquí falta de todo, pero tenemos ganas de trabajar y ayudar. Qué se pudiera hacer, ustedes desde la universidad, cómo pudieran iluminar el camino. A poco no se sabe, varón, dónde ir ya pues todo el mundo parece que está sordo”. De diálogo con portero del Hospital Oncológico, una mañana de julio de 2017.

En la reláfica epigramática de preocupación del portero del hospital reside alguna parte del interés contextual que mueve a la investigación, en torno al fenómeno de la razón y significado del hospital como escenario bioético. Las dicotomías de la impotencia, situadas en el contexto investigativo y traducidas en fealdad-belleza; la queja-deseo; *la esperanza* de hacer algo para cambiar la realidad de la carencia y *la sordera* de quienes pueden incidir más y mejor en cambiar dicha realidad, constituyen una página imborrable del aprendizaje que se alienta tras cada episodio de investigar el

fenómeno de adscripción de significados que otorgan a la institución quienes trabajan en el hospital, especialmente desde el eje medular de relaciones interpersonales: pacientes y personal sanitario. En otras palabras, otras preguntas, ¿Cómo olvidar el contexto donde se estudia el fenómeno?

Si bien al hospital actual se reconoce como una institución cada vez más compleja, dado el creciente requerimiento de relaciones de interdependencia en sus procesos esenciales, la complejidad aludida viene siendo atendida por medio de la triada *valor-comunicación-aprendizaje*, que instaurara la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para la *evolución* de los hospitales de Latinoamérica, en programa conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El programa promovió aquellos conceptos de *equipo de salud*, y *proyecto salud* a finales del s. XX. Para estos programas el hospital es el resultado de una construcción social que es el convivir cotidiano de *hacer* hospital. No ha habido, desde ese tiempo mencionado, otras iniciativas contextuales regionales de referencia, notándose cierta deriva, producto de ausencia de políticas públicas sanitarias de organismos regionales multilaterales.

El primer componente de la triada se explica en el concepto de *agregación de valor* para el hospital que Artaza (2010) plantea que no sólo debe verse desde “las necesidades de los pacientes o usuarios, sino también desde las inquietudes de quienes a nivel humano prestan las atenciones y servicios a dichos pacientes o usuarios” (2010:71). La agregación de valor humano de un hospital como un proceso de construcción social permanente es “lo que ocurre en un espacio relacional, en la capacidad del trabajador hospitalario en tomar adecuadas decisiones y acompasarse con el paciente como un legítimo otro en el universo de acciones sanitarias en la valoración social que obtendrá el hospital” (2010:72).

Para agregar valor al hospital se plantea la *imbricación* entre quienes trabajan en el hospital y la institución como una sola visión compartida para una comunidad de aprendizaje. Al valor humano se le ejemplifica como un *encuadre* fotográfico, donde se destacan (se colocan en el foco) algunos elementos que quedan en la foto y se dejan afuera otros. Este proceso colectivo de selección o enfoque de lo que se va a encuadrar, es la elección de un *sentido*, que dará certidumbre a la misión del hospital. El *sin sentido* es incertidumbre total, caos paralizante. El compartir y construir *sentido*

con otros, da las certezas básicas para enfrentar la complejidad y la velocidad del cambio, características de las relaciones humanas en el hospital.

Vignolo (2003), en la interpretación de la comunicación en la triada *cepalista*, introduce el anglicismo *rapport*, como elemento imprescindible para establecer una comunicación efectiva en las interrelaciones con los demás, especialmente en la agregación de valor que implican los aprendizajes. *Rapport*, en el planteamiento de Vignolo, consiste en la unión práctica de los verbos observar y escuchar, para referirse al proceso de usar todos los sentidos y capacidades humanas para hacerse cargo de aquello a lo que presta atención, y que es menester aprender. Aprender entonces, agregar valor, no desde lo exterior, sino desde el modelo del mundo de la otra persona, que observo y escucho, bien sea pacientes o usuario o compañero trabajador en el hospital. De practicarse un adecuado *rapport* del profesional sanitario con su asistido, en términos de *iguales comunicantes*, sobre el razonamiento sostenido que provoca la realización o la omisión de una acción, bajo componentes psicológicos que orientan, mantienen y determinan la conducta de una persona, se alcanzará el propósito óptimo del *rapport* necesario en la relación de personas en el recinto hospitalario.

La comunidad de aprendizajes que se construye en el hospital alude la *idea* de aprender que para Morin (1999) es una memorable *condena*: “Estamos condenados a aprender” (Morin, 1999). Para el filósofo galo el pasar de la *idea* al espacio de lo *comunicativo*, es la apertura de la posibilidad del aprendizaje. Añade que desde que probáramos del árbol del conocimiento y perdiéramos el edén de la falta de prudencia, el aprendizaje es parte de la vida diaria entre y por medio de otras personas como actividad relacional. El aprendizaje es más que un logro en el ámbito del aproximarse al conocimiento, trata del desarrollo de la propia identidad, del *ser*. Agrega Morin que el lenguaje, sin duda, es el elemento central en el proceso de aprendizaje y fluye y sucede en la acción colectiva, la conversación y la creación de significado. Y esto que *sucede* en el acto de comunicar, en el *convivir* cotidiano del hospital, constituye una fase medular en la dinámica de aprendizajes que en el recinto hópito se anidan y emergen.

Sin el aprendizaje aludido someramente, desde el valor agregado, el *rapport* y la *idea* en torno a los lenguajes, no hay sustrato para ingresar a trabajar en la institución donde las puertas, parafraseando a De Azúa (2001), se abren una sola vez. Cabe decir, que en

el hospital se trabaja con personas que *conocen* su trabajo, con lo que Gracia llama en acepción más amplia como “profesionales sanitarios”, por tanto, es inadmisibile, la posibilidad de causar daño al otro, en consecuencia, hay que aprender para cumplir con la antigua y aún válida acepción otorgada al nosocomio moderno occidental: curar y cuidar.

2.3.2. El hospital son las personas: la motivación y la voluntad en la vulnerabilidad

Trabajar en un hospital, en rango principalísimo, supone trabajar con personas aquejadas de una enfermedad; supone un contacto diario con el sufrimiento ajeno, un sufrimiento marcado por la pérdida de la salud, un descenso radical de la emocionalidad positiva, que predispone a lo llamado por Pelluchon (2009): “estados de vulnerabilidad y esperanza compartida entre quienes curan y desean ser curados” (2009: 40). Desde la óptica de Pelluchon, las posibilidades de convivir con ese sufrimiento del *otro* pueden plasmarse, a rasgos generales, en dos o tres vectores.

Un vector ideal es escuchar al paciente (y familia) para ayudar a resolver problemas, interviniendo en competencia y juicio clínico y subsecuentemente acompañar en el sufrimiento (sea de carácter somático o emocional) en el intento de paliarlo o reducirlo. Otro vector posible es desentenderse completamente de ese dolor y derivar el *problema* a otros profesionales sanitarios, médicos, psicólogos u otros, por entender que escapa a las competencias propias y pertenecen a otro profesional. Una tercera posibilidad de vector es, simplemente, no hacer nada, porque lo que se curan son los cuerpos, las emociones o los significados asociados al sufrimiento ocasionados no se entienden como parte del trabajo profesional de las personas que lo ejercen como profesionales de la salud.

Para los que *curan y cuidan*, y en el marco del primer vector mencionado, el hospital es la *casa* donde el padecimiento humano ha estado y está presente, expresándose de innumerables maneras cada día. Se habla, para reconocer la diversidad de situaciones, de cierta costumbre y del endurecimiento de las emociones de los que trabajan en el hospital ante situaciones de vulnerabilidad del paciente. Nada sorprende en un hospital. Es un recinto donde a diario se presencia un festival de emociones. Es un

decir de la *jerga* intrahospitalaria para apuntalar las sorpresas en territorios de control. Incluso se especula en torno a la creación de *anticuerpos* para que no afecte el dolor del prójimo ya que de otra manera sería imposible trabajar. De hecho, la mayoría de los textos sobre la *praxis* clínica recomiendan no llevarse los problemas de los pacientes al hogar. Cuando se trabaja tan seguido en convivencia constante con personas en sufrimiento por la pérdida de la salud, se corre el riesgo de provocar situaciones que remueven no sólo las emociones, sino que sacan a flote prejuicios sociales que se creían insospechados.

En el primer vector de Pelluchon se concreta la acción de curar y cuidar y opera la existencia de la motivación como sustrato cardinal; y en el segundo la ausencia de ésta. La motivación, en la conjugación de los verbos curar y cuidar dentro de un hospital, la esclarecen muchas teorías. En la tradición antropológica occidental, desde Aristóteles hasta la modernidad, se asume una teoría del obrar que implica la secuencia *conocer*, ser afectado por lo que se conoce y, en consecuencia, *tender*, de donde brota el obrar, ya sea como locomoción, ya como acción inmanente. *Conozco* y *actúo*, una de las dualidades en que se mueve la conducta humana, donde la voluntad se define como la capacidad de ser afectado por la cualidad valiosa de ciertos bienes que trascienden lo meramente sensible y en consecuencia de tender hacia ellos. La voluntad es igual a la motivación hasta la concepción tripartita de la *mente*, tal como fue formulada a partir del s. XVIII, por Kant (1958) y Tetens (1977), donde la motivación es un sentimiento y se diferencia de la voluntad que es conceptuada como energía sin objeto propio.

Del latín *motivus* que recuerda movimiento; y el sufijo acción, sinónimo de efecto, la motivación es una larga *escuela*, a la que acaso será posible recalcar como intención volitiva anidada en cada trabajador y que, de existir, de cultivarse, puede jugar papel relevante en el trabajo hospitalario. Maslow, en 1954, revela su famosa pirámide motivacional, donde la base abarca lo fisiológico y el vértice las satisfacciones *egóticas* o logros profesionales, en la búsqueda sostenida del equilibrio *homeostático* del individuo. Nuttin (1980), justamente destacando los momentos motivacionales y la estrategia volitiva, es que establece el punto de arranque de su teoría relacional, presentada como teoría alterna a limitaciones de teorías antiguas y actuales. La propuesta de Nuttin parte de la relación medular y no accesoria entre la motivación y la voluntad del sujeto. Desde una perspectiva humanista, con todavía algunos ribetes

cognitivistas, Nuttin (1980) fija como punto de partida al sujeto en una *situación significativa*, y de llegada es una meta, fin, propósito, alcanzado que ha sido elaborado significativamente, fin que a la vez es un resultado y un regulador del proceso, y en cuya elaboración juega un rol clave el *yo ideal*.

La teoría relacional de Nuttin, en un marco humanista de la conducta humana, pretende desde la *propositividad* (orientar un fin a partir de necesidades significativas), ser alternativa a teorías donde la motivación es sólo un factor energético (fisiológico) para restablecer el equilibrio (Maslow), también llamadas teorías homeostáticas; o las teorías donde la motivación como estado de activación a partir de un estímulo externo o la motivación como resultado anticipado, que constituyen la base de las teorías cognitivistas. O las teorías desde perspectivas intraorgánicas donde han abrevado los modelos psicosomáticos y conductistas. La teoría relacional de Nuttin, formulada por primera vez en 1973, vuelve a *unir* motivación y volición desde estratos psíquicos, pero vinculadas a la interacción con el medio, y que cursan tras objetos-metas asumidos a partir del sí del sujeto y su autodesarrollo personal:

“...el núcleo de la motivación es la concepción y adhesión a un fin, en el cual se halla involucrada toda la personalidad del sujeto en todas sus funciones psíquicas, más aún psico-morales. La motivación no es simplemente una idea o razón para obrar sino esa razón aceptada como fin. De aquí se desprenderá el planteamiento de la acción como configuración ética de la personalidad, cuyo núcleo es la libre adhesión de la voluntad al bien en cuanto conocido y apreciado como valor-fin, es el compromiso del sujeto con el contenido de valor de la meta, inseparable de su propia realización personal”. (1980:13).

Nuttin en su núcleo central de unión entre motivación y voluntad, distingue tres niveles de necesidades significativas y dinámicas: psico-fisiológicas, psico-sociales y espirituales, las cuales, precisamente configuran las grandes formas de la motivación en la conducta del sujeto (1980:39). La *necesidad*, con su estructura *bipolar* (individuo-medioambiente) se bifurca en dos direcciones fundamentales: la que acentúa el polo del sujeto que da lugar a la actividad de autodesarrollo, conservación, realización de sí mismo; la otra dirección determina el objeto de la motivación (la relación social, el alimento, el conocimiento). Ambas direcciones para Nuttin son complementarias, intencionales en un ambiente percibido y concebido por el sujeto” (1980:48).

Las necesidades fundamentales en el hombre para mantener la motivación en fuerza volitiva no se limitan al autodesarrollo fisiológico. Ni siquiera se agotan en la afirmación de sí en el contacto social, sino que incluyen las llamadas necesidades superiores a partir de la modalidad específica que tiene la actividad cognoscitiva en el hombre, que lo lleva a buscar una comprensión integral de la realidad y del sentido de su existencia, a interesarse por el valor de realidad donde coexiste, a evaluar sus actos y los de otros en función de determinados valores objetivos y a comprender en forma crítica el alcance de lo que hace y sabe, el sentido de su existencia, en tiempo y espacio. (1980:25).

Es de interés a la presente investigación el segmento de impulsos que mueven a una persona, en este caso las que trabajan en el hospital, y cómo estos impulsos se mantienen y renuevan para realizar acciones cotidianas y persistir en el trabajo con el *otro* vulnerable, que reconocemos también como prójimo, también como paciente. Cómo dichos impulsos revestidos de la motivación desde lo sensible y la fuerza volitiva pueden sobreponerse a la corrosión de la costumbre del trabajo hospitalario. Para el hospital de las personas la motivación y la voluntad se constituyen en *unión-fuerza* que por sí mismas fecundan la co-construcción social de una realidad que se gesta, entre los que curan y cuidan y los que quieren ser curados y cuidados, en el hospital.

2.3.3. El hospital son las personas: la empatía como actitud

Entre los que curan y cuidan se crea una relación personal y única. No fácil y a menudo ingrata. Ningún paciente es igual a otro y no está escrito que *la empatía*, pueda aflorar como la gladiola crece en primavera. Empatía es un helenismo, *empathia* (que traduce no linealmente, *emocionado*) y se refiere a la capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, lo que otro individuo puede sentir, es decir, saber apreciar los sentimientos del otro. El vocablo *empathy* fue utilizado por el psicólogo inglés Edward Bradner Titchener, en 1909, como traducción de la palabra alemana *Einfühlung*, que había sido puesta en juego en 1880, por el psicólogo germano Theodore Lipps, cuya expresión literal es *sentir*. Southard, en 1918, es considerado pionero en incorporar la empatía a la fuertemente determinista relación médico-paciente como una estrategia residual –en esa época– para facilitar el diagnóstico y la terapéutica. La empatía es también el concepto central en la psicoterapia que promueve Carl Rogers, ya en el s. XX, quien reconoce la importancia de la empatía como una actitud en la relación

terapéutica para alcanzar un resultado positivo; tratando de entender el significado de las experiencias personales de otros, en donde *escuchar* se convierte en una actitud crucial y activa para llevar acabo la empatía.

Aunque existe un cierto consenso acerca de los correlatos conductuales de la empatía, e incluso la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce su validez en la relación clínica, no hay pleno acuerdo sobre su definición; uno de los principales motivos, reside en la discusión sobre si la empatía consiste en colocarse mentalmente en el lugar del otro o si por el contrario la empatía es sentir la emoción del otro como propia. Davis, en 1983, es quien considera que este concepto es *multidimensional*, que incluye componentes cognitivos y emocionales y sostiene que se dinamiza en un conjunto de variables relacionadas con la sensibilidad hacia los otros. Para fines de la presente investigación utilizamos la definición –sin excluir otras– de empatía propugnada por Stein, en el s. XX, que define empatía como “la experiencia de la conciencia ajena en general, la experiencia que un yo tiene de otro yo, experiencia en la que aprehende la vida anímica de su próximo y la comparte” (Stein, citada por Donoso, 2014).

La actitud empática también es abordada por Ricoeur (1999) en su constructo de *solicitud*. Ricoeur plantea, en el acervo aristotélico de la prudencia, y en la consecución de la reciprocidad con *el otro* y con *el mismo*, una disposición, una atención, un reconocimiento. Paciente y profesional sanitario en este contexto *ricoeuriano* están en un mismo plano, donde no se subraya la fragilidad de uno, sino se reconoce la vulnerabilidad en la solicitud de benevolencia, en un sustrato recíproco. En la *solicitud* de Ricoeur, que el pensador galo introduce en su planteamiento de pacto de cuidados, ya se han descrito la entidad de reversibilidad que tiene, su característica insustituible (se hace en dichos contextos de vulnerabilidad y reciprocidad) y la relación intersubjetiva que proporciona similitud a los seres que pueblan un determinado espacio físico y humano como el hospital.

El concepto de empatía se solapa con otros como el de simpatía o el de cordialidad, también importantes en las relaciones intrahospitalarias, pero la primera se reconoce ya como una estrategia actitudinal de *cambio* en la relación clínica hospitalaria, en tanto posibilita un argumento a favor de la atención a la *subjetividad* del paciente, tan

importante como lo *objetivo*, para la comprensión integral de la enfermedad, la cual debe ser entendida como un suceso que afecta a personas y no solo a cuerpos. La empatía, reúne los actos con los cuales se aprehende la vivencia ajena, y que permite una mirada de entendimiento con el sujeto *vulnerable*, como un ser anímico-corporal dialogante, el cual aporta elementos que configuran una versión más profunda de la complejidad que reside en todo padecimiento. Es así que la empatía no solamente es una acción entre quienes trabajan en el hospital con el *otro*, circunstancialmente paciente; sino que puede transformarse en un elemento clave en la reciprocidad implícita del curar y cuidar del hospital que co-construyen las personas.

2.3.4. El hospital son las personas: el respeto por la intimidad del cuerpo

En el entramado complejo de las relaciones entre personas que atienden personas, el *axioma* propuesto por Boschínglés (2011) para las instituciones hospitalarias, se requiere de la adhesión voluntaria a un proyecto común que genere acción conjunta de *abajo hacia arriba* como co□construcción social. Allí reluce el hospital, cuando se mira la indisoluble conjunción de acciones. Se hace lo que se hace en el hospital porque hay personas que lo hacen, por tanto, el hospital es una institución *viva*, y dicha vitalidad está sustentada en las relaciones entre personas, entre ellas y con el *otro*, paciente; relaciones que cambian, que están cambiando, que se *mueven* en torno a lo que hacen las personas que en el hospital trabajan. En el *hacer* mencionado las personas que atienden personas lo hacen justamente en ellas y viceversa.

El profesional sanitario, especialmente el de la medicina y la enfermería, observa, palpa, mueve, inspecciona, demarca, interviene, lesiona, corrige, en el cuerpo del otro. En la aceptación expresa del paciente se produce la interrelación en los cuerpos para un fin diagnóstico y terapéutico. Dicha interrelación implica un deber del profesional sanitario y un derecho del otro, del paciente. Hace ya 25 siglos, los textos hipocráticos incluyeron sólo el deber como una obligación inexcusable del buen hacer del médico:

“Lo que, en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto”. (De los *textos hipocráticos*, citado por Boschínglés, 2011).

La exigencia hipocrática fue trasladada posteriormente a los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias y, en la segunda mitad del s. XX, dejó de ser un deber autoimpuesto por la ética profesional para convertirse en un mandato legal que emana del respeto a la soberanía del paciente sobre su vida y su intimidad. El mandato incluso lo propugna una declaración universal de la ONU: la de los derechos humanos (DUDH) suscrita en 1948, y generada en 1946. Derecho humano inalienable fuertemente custodiado por instrumentos de regulación bioética como el *consentimiento informado* y las declaratorias de supresión o inhibición de terapias que pueden ser perjudiciales al paciente o a quien las administra.

Gracia (2009) sostiene que la intimidad no está constituida por el llamado mundo de los hechos, sino por el mundo de los valores. Los valores son los que nos dan identidad y nos diferencian de las demás personas. Los valores son nuestra más profunda seña de identidad. Lo que nos define como seres humanos son los valores religiosos, filosóficos, estéticos, políticos, que hemos asumido como propios. Los valores somos nosotros mismos. Sin los valores no seríamos nada. Por eso por los valores se mata y se muere. Somos nuestros valores. La intimidad, por tanto, representa lo más nuclear del ser humano, y debe ser protegida.

Lo íntimo de la persona, del latín *intimus*, referido a la reserva personalísima que se otorga el individuo sobre su cuerpo o acciones de su vida, es un asunto de todos los días y a cada instante en el hospital. Es uno de los elementos medulares en la relación clínica establecida dentro del recinto hópito, no obstante, sigue siendo cenicienta de los derechos de los pacientes. La intimidad contiene ámbitos de privacidad informativos, genéticos, físicos y espaciales, referidos a procesos que tienen que ver, por ejemplo, con la confidencialidad de la información derivada de la relación clínica, o con la intervención en el ADN de las personas; o desde la privacidad de una habitación de hospital o el insoslayable contacto físico externo o interno del cuerpo del paciente con el profesional sanitario. Cada ámbito es auto determinado, debe darse en un clima de confianza construido y siempre supone el abordaje de lo individual, ergo, lo único e irrepetible.

Si el derecho a la intimidad supone, transparencia y responsabilidad, base del respeto por entre unos y otros en la relación clínica, se impone que nadie puede acceder

al cuerpo de otra persona sin su permiso, por tanto, quienes configuran a relación clínica (pacientes y profesionales sanitarios), deberán decidir a quién y a qué se le permite acceso. La intimidad interesa a la investigación, pues en el marco de las relaciones interpersonales intrahospitalarias que se establecen entre profesionales sanitarios y pacientes, constituye un espacio delicado, donde el cuerpo representa el elemento *diana* del cumplimiento de valores como el respeto al pudor, y la dignidad de la persona que convalece y de quienes atienden a dicha persona. No todas las culturas o esquemas sociales otorgan igual importancia a la intimidad, por tanto, el respeto a la intimidad es un valor individual que se gesta y consolida en cada persona a través de costumbres, creencias, vivencias y su desarrollo educativo. En asumir dicho valor, el paciente y el profesional sanitario asumen la responsabilidad y las consecuencias del cumplimiento del respeto a la intimidad, tan fuerte, que incluso la persona fallecida sigue teniendo el derecho al honor de su intimidad.

En el medio hospitalario es ciertamente difícil preservar la intimidad física absoluta. Desde que se ingresa al nosocomio el paciente consiente, de forma tácita, en ser explorado y observado, pero esto no supone que haya renunciado a su intimidad física. Simplemente está autorizando a los profesionales que le atienden a acceder a su cuerpo en tanto en cuanto lo necesiten para su diagnóstico, tratamiento o cuidado. Cualquier otra actuación sobre su persona deberá contar previamente con su autorización expresa. Durante la atención sanitaria, el daño a la intimidad de la persona debe reducirse a lo inevitable. La premisa que indica que las relaciones interpersonales intrahospitalarias están *cambiando* supone que la atención sanitaria sólo es concebible si se fundamenta en el respeto a los derechos humanos de las personas, que está asociado a principios bioéticos como la autonomía que sustenta el respeto a la dignidad de la persona, componente esencial de la intimidad, y la intimidad a su vez es “ese cuerpo a encarar que ya no es una masa biológica tan sólo, sino un cuerpo de una persona sujeta de derechos inalienables e imprescriptibles” (Gracia, 2009:136). El cambio aludido supone, además, y en nada desdeñable afán, encarar las fuentes potenciales de vulnerabilidad a esos derechos humanos con el fin de reducir los riesgos de afectar la intimidad de las personas en el medio hospitalario.

2.3.5. El hospital son las personas: los esenciales lenguajes

Los notables aportes desde 1973, de Humberto Maturana y Francisco Varela a las organizaciones, guardan relación con la comprensión de los *esenciales lenguajes* que son capaces de generar *mundos nuevos* en ambientes determinados. Para el filósofo y biólogo chilenos, el lenguaje funciona como *correa* de transmisión de realidades entre personas que comparten secuencias de comunicación en ciertos contextos de uso. Lo fundamental es la acción del lenguaje y la interacción. Es decir, la convivencia que se da entre las personas *en* el lenguaje. El verbo *lenguajear*, que Maturana y Varela introducen en ejercicio luminoso, otorga claves para entender cómo la experiencia es la que va dirigiendo la vida en el hospital, según cada circunstancia, que, de ser muy diversas, pasan a constituirse en sobrevivencia, que es todo un sustrato de decisiones que se toman sobre la base de las experiencias. La *autopoiesis* en las interrelaciones intrahospitalarias surge de las *inquietudes* de las personas, seres *biologicoculturales* y, sólo tienen sentido en cuanto coordina acciones entre personas y esa coordinación es capaz de construir para dar cuenta de una inquietud. De lo anterior se desprende que, una organización como el hospital, para dar cuenta de la complejidad, requerirá de enfocarse en las personas, sus inquietudes y su capacidad de coordinar acciones a través de los lenguajes que admitan.

Ya no es confiable el sólo aviso de la máquina cuyo engranaje entró en desperfecto. O el aviso solemne de la suspensión del servicio. O la mera administración de un tratamiento médico. Existe algo más que en el hospital subyace, como organización radicalmente humana, que se combina a nivel ontogénico, para que, por medio de sonoridad, signos gráficos, gestos y señas se pueda lograr a través de las interacciones que se producen entre las personas, entendiéndolas en su contexto histórico y social.

Interacciones que serán efectivas en cuanto procuran el *sentido de conjunto* que Boschlinglés (2011) repercute en las organizaciones hospitalarias:

“La mirada de máquina, del artefacto mismo, no escucha las inquietudes de las personas, por tanto, no entiende los motivos de las conductas humanas. Una organización humana, es capaz de pensar socialmente con sentido de conjunto y lograr ese estado estratégico en que los seres humanos nos apasionamos, encontramos sentido a nuestras vidas, nos sentimos escuchados y deseosos de

escuchar, nos sentimos competentes y útiles y, nos sentimos parte de un equipo y de una sociedad y para todo esto los lenguajes y sus matices por medio de los cuales se comunican las personas en el hospital resultan indispensables”. (2011:174).

Para lo anterior, es esencial que quienes trabajan al interior del hospital, escuchen como legítimos receptores de *otros*, en la bidireccionalidad necesaria que se forma en la cooperación para alcanzar sentido de conjunto. Para esto, Boschínglés (2011) repone que para alcanzar esto conspira “la compartimentación habitual del hospital; la existencia de varias culturas que de alguna manera replican la estructura de clases y de poder de la sociedad, y la tendencia a coaptar o capturar a la organización por parte de *stakeholders* o grupos de interés” (2011:178).

El hospital es el lugar donde, las personas que allí trabajan, permanece la mayor parte de su vida, realizando grandes sacrificios para lidiar entre la cotidianeidad de sus acciones personales y familiares y las de su trabajo. La comunicación mediante lenguajes esenciales constituye un elemento de primer orden. Justamente los procesos que requieren de más y mejor *lenguajear*, en términos de diálogos compartidos, son los que nos avisan de nuestras fragilidades. El funcionamiento compartimentalizado verticalmente del hospital nos dificulta conversar, al igual que la propia arquitectura hospitalaria, estamos lejos unos de otros, nos encerramos en oficinas insondables. Habría que preguntarse sobre cuántos proyectos de hospitales nuevos han obviado los espacios que favorezcan el encuentro y el conversar, impidiendo la comunicación, el florecimiento del o los lenguajes(s) que nos diferencian e integran, simultáneamente, entre personas con derecho a la dignidad, por encima de la burocracia.

De aquí que, no sólo debe existir la preocupación por las metas, loables en sí mismas, sino también por convertir al hospital en un verdadero lugar de lo que llama Maturana y Varela (1997) la *coexistencia comunicativa*, es decir, el recinto hópito no sólo para pacientes o usuarios sino para quienes allí laboran y desde allí desarrollar “el potencial neguentrópico del lenguaje para anular la entropía siempre al acecho, que termina acabando con las instituciones” (1997:63). De hecho, de la inquietud surgida en torno a la vigencia de las instituciones, surge una de las prioridades de la organización hospitalaria en razón de su vigencia misma.

Posibilidades que residen en la informática han dado un nuevo aire a los lenguajes, a partir de la segunda mitad del s. XX, esta vez en la dimensión digital que permite resguardar volúmenes elevados de información eludiendo los peligros entrópicos en acechanza permanente. Pero la comunicación, por medio de lenguajes *in situ*, que incluso construyen quienes protagonizan la relación clínica intrahospitalaria, y que determinan las interrelaciones que de allí se generan, sigue siendo ineludible, pues su dimensión no se corresponde con la máquina o el organigrama de metas, sino que se alberga la naturaleza del ser humano, hasta más allá del derecho vigente, de comunicar sus percepciones de la realidad.

2.3.6. El hospital son las personas: la co-construcción del *invivir*

Invivir en un hospital nos proporciona lecciones diarias de humildad. *Invivir*, el verbo categorial de notable densidad que nos lega Moreno (1998) que designa “vivir *in*, vivir dentro, implicado en una realidad, no vista desde afuera, sino desde donde se gesta la misma realidad” (1998:21), se adecúa a nuestra percepción en torno a esa singular institución de origen remoto donde se coexiste con la recurrente *turgencia* entre enfermedad y salud, entre vida y muerte. El hospital pide a quienes *inviven* en su cotidianidad, recurrentes declaraciones de humildad.

Difícilmente alguien tiene *la verdad* o siempre *la solución*. Esto abre posibilidades de aprender de otros, de co-construir en la búsqueda (una y diversa), en el ensayo y el error, en el intentar múltiples micro-estrategias, muchas de ellas en simultáneo, en el convocar a otras miradas, otras disciplinas, otros mundos, enriquece la realidad cursada. Es lo interdisciplinar y la complejidad aflorando en el hospital vislumbrado de las personas.

El ser humano por naturaleza está biológicamente predestinado a producirse a sí mismo y construir un mundo cultural con otros. Siguiendo a Maturana y Varela (1997) la *autopoiesis* (autoproducción para algunos autores) es siempre, por necesidad, una empresa social, ergo, una iniciativa de un conjunto de personas. Las personas dentro del hospital co-construyen juntos una realidad social; y por tanto se producen a sí mismos. El lenguaje objetiva las experiencias compartidas y las hace accesibles a todas las personas que pertenecen a la misma comunidad, con lo que se convierte en base e

instrumento del aprendizaje y la coexistencia, la convivencia. La realidad se construye en el diálogo, en la práctica de ese in-vivir, que también es convivir y coexistir. Aprendemos entonces inviviendo, conviviendo, coexistiendo. Verbos indistintos que refieren lo que está pasando y pasa dentro del hospital, del micromundo hospitalario.

Para Artaza (2003) el convivir de una persona en el hospital, modifica y reconstruye continuamente su realidad subjetiva. En un hospital las preguntas esenciales que deben co-construirse socialmente guardan la indispensable relación para que pueda ser *real* la experiencia:

“El ser, el querer y el poder. El ser de la organización es su identidad, sus sueños. Sin una identidad (misión y visión en términos estratégicos) no será posible lograr construir acción conjunta efectiva”. Esta no puede imponerse desde arriba o afuera. Si no es construida relacionamente, ésta no tendrá potencia para generar coordinación de acciones que generen *mundos mejores*. El querer de la organización son los juicios y creencias que soportan los por qué deseamos ciertos sueños. Creencias que tienen su sustento esencial en los valores compartidos”. (2003:175).

Los valores que va reportando, en tanto resultados, el convivir, son, para Artaza, los resultados en procura del *sueño colectivo*, del compartir la vivencia en clave de beneficio a la co-construcción de la realidad compartida en el hospital que aludimos como de las personas. Esto quiere decir, que es posible abordar el convivir en el hospital a través de cómo interpretamos y comprendemos esa manera de convivir y generar así las conductas en la práctica del día entre *convivientes*. Esto pasa necesariamente porque los objetivos y las metas institucionales se incorporen al *lenguajear* de la vida cotidiana y terminen levantándose de *abajo* $\square$ *arriba*, es decir desde la base de quienes protagonizan en el hospital la conjugación del curar y cuidar.

A la realidad hospitalaria como co-construcción social, que se expresa en el convivir cotidiano aludido, habría que significar el *cómo* se mantiene el hilo que mantiene dicha realidad. Su permanencia en el tiempo. Es insoslayable si temas como la calidad de atención global, la interdisciplinariedad entre profesionales sanitarios, los derechos y seguridad del otro (paciente) y de los otros, incluyendo aspectos ya referidos como la motivación, la voluntad, la empatía, la intimidad, el respeto, la responsabilidad que

deben observarse, no forman parte de las conversaciones cotidianas, poco podremos esperar en términos de cambios adaptativos en esos ámbitos.

Se suele ser ciego a lo que no se desea observar; insensible a lo que no se hace, por ello, de acuerdo con Artaza (2010) el hospital debe “hacer inmersión en un conjunto de cualidades significativas o propiedades usuales de un ambiente de trabajo concreto que son percibidas, valoradas, sentidas o experimentadas por las personas que componen la organización-hospital y que influyen sobre su conducta, la satisfacción y la agregación de valor” (2010:176). Ese conjunto de cualidades significativas *autodesarrolladas* (Nuttin, 1980) por quienes *inviven* y *conviven* en el hospital es lo que ha devenido en llamarse la co-construcción social que hacen las personas que trabajan o acuden por atención al hospital, como un todo cargado de eticidad y emocionalidad, ergo, la vida misma intrahospitalaria.

2.3.7. El hospital son las personas: los vínculos en la vulnerabilidad

Develadas algunas aristas, con mayores o menores reflujos de intensidad, del nuevo tipo de relaciones humanas interpersonales, interdependientes e interdisciplinarias que se realizan –o intentan realizar- en el hospital actual, se infiere que dichas relaciones no son un recurso de la organización; *es* la organización, y *constituyen* la organización. Según Artaza (2010), la organización del hospital no sólo lo constituye la estructura ingenieril o arquitectónica y todo el andamiaje técnico-médico, ni las normas, ni la misión ni la visión, al hospital lo constituyen las personas, particularmente quienes *lo hacen* en –y desde- su trabajo diario, en la misión de *atender* a los pacientes, y *entenderse* con ellos que lo *habitan* temporalmente, en una comunidad de aprendizajes. Poco o nada de la *misión* sería posible sin la agregación de valor del aprendizaje. En otras palabras, y de acuerdo con Morin (1999) aprender como *condena*, para poder cambiar, propiciando el *rapport* necesario y útil que plantea Vignolo (2003), pues se trata de reconocimientos entre personas, roles y necesidades.

Por otra parte, en los vínculos *sujeto-sujeto*, que se colige establecidos entre personas que atienden personas, y que se observan y realizan en la llamada relación clínica que se desarrolla en el hospital, se permite complementar las diferentes dimensiones abordadas: en lo técnico, en lo ético, en lo jurídico, en lo clínico

propiamente dicho y, particularmente en el conjunto de requerimientos de dicha vinculación. El vínculo que se desarrolla es *vulnerable* para Pelluchon (2009); pues se hace frágil “lo motivacional y volitivo, lo emocional y empático, el respeto de lo íntimo” (2009:15). Lo que antiguamente era explicado mediante el exclusivo determinismo médico, hoy es replanteado en una relación clínica ampliada, en participantes y en intervenciones, desde lo objetivo y subjetivo, en la certidumbre e incertidumbre de un proceso reconocidamente complejo como lo es la salud-enfermedad, con personas que atienden personas.

En el decurso de la enfermedad y su abordaje en el hospital tienen lugar en la actualidad algunos cambios significativos que albergan algo más que sutilezas de una relación clínica más rica y compleja, donde la bioética juega un papel innegable. Desde la agudeza de Pelluchon (2009) en resaltar lo emocional, lo motivacional, lo volitivo, lo empático y lo íntimo en la persona vulnerable que se encuentra hospitalizada, y en los cambios de la relación clínica aludidos por Gracia (2009), que comienzan por la sensibilización ante el cuerpo del paciente, se abren vertientes de interés a la presente investigación, por cuanto se aborda el fenómeno de adscripción de significados que las personas que trabajan en el hospital le endosan, en buena medida por la interrelación con el sujeto vulnerable (paciente), en la irremisible intervención de lo *íntimo* del cuerpo, de la necesaria (acaso deseable) *empatía* con el *otro*, en un marco de reflexión y de cambios en afrontar el exclusivo, por excluyente, y aún persistente determinismo médico en la relación clínica que construyen personas dentro del hospital.

Esta última mirada, pone el énfasis en las relaciones ente personas, que Boschínglés refiere “no como un recurso de la organización, sino como *la* organización” (2011:177). Es decir, el hospital deviene su razón de ser en la realidad que co-construyen quienes a él acuden y quienes en él trabajan, en un magma de interrelaciones humanas que va originando la realidad social que le otorga una significación como institución viva, en tanto pertinente a la sociedad.

CAPÍTULO III ESCÓPICA METÓDICA

“Todas las vías, todos los procedimientos de conocer son válidos: razonamiento, intuición, repugnancia, entusiasmo, gemido. Una visión del mundo articulada en conceptos no es más legítima que otra surgida de las lágrimas: argumentos y suspiros son modalidades igualmente concluyentes e igualmente nulas: el último de los iletrados y Aristóteles son igualmente irrefutables y frágiles. La inspiración fulgurante, lo mismo que la profundidad laboriosa, nos presentan resultados definitivos e irrisorios. Ponemos en tela de juicio todo lo que antaño creíamos, y por ello tenemos siempre razón y a la vez siempre estamos equivocados; pues todo es válido y todo carece de importancia. No hay opinión, sistema, método o creencia que no sea justa y al mismo tiempo absurda, según nos adhiramos o nos separemos de ella”. **Emile Cioran**. *Breviario de Podredumbre*, 1949.

3.1. La posibilidad cualitativa: intuición aproximativa y tipo de estudio

Entre algunos restos atávicos de la difícil relación entre positivismo y cualitativismo, por el afán del primero de otorgar números y datos a los hechos o realidades, unos mesurables y objetivos, otros subjetivos y no mesurables ni sintetizables, y aún en el *magma* compartido y reducido del naturalismo, tantas veces vilipendiado como incomprendido, prosigue, en opinión de Morín (1999) la investigación científica como suerte de “océano de incertidumbres, a través de pretendidos archipiélagos de certezas” (1999:21). La ciencia, el vocablo de origen latino que designa conocimiento, que durante mucho tiempo procuraba ensancharse sobre sus dicterios de tareas especializadas, orientadas a conocer el mundo *real* y explicar objetivamente los fenómenos formulando leyes universales, parece recuperar y consolidar resquicios a diversas maneras de *conocer* y *reconocer* realidades o fenómenos, especialmente los de raíz social.

Tras no pocos escauceos de credibilidad y verificabilidad, la ciencia nos parece enseñar que no hay verdades absolutas y que todo conocimiento busca cercanía, aproximación; pedazo de una verdad fugaz, en tránsito por captar la realidad inquieta,

por conocer el inmenso trayecto de repensarse. Muchas de las otrora –y actuales– verdades se convertirán indefectiblemente en los errores del devenir y viceversa. Ante la ironía de Nietzsche (1992) de que “toda verdad es una mentira que no ha sido refutada”, se revela la experiencia de *la ciencia y la verdad* como discursos abiertos a la espera de una comprobación última que no ha de llegar, pues el error que *cambia* verdades, será su concomitancia. Porque en su afán quizá la ciencia sea eso: intentar, una y otra vez, conocer para reconocer y desconocer. ¿Acaso se puede afirmar que algo es o será conocido en su totalidad? ¿Será necesario conocer lo reconocido? ¿Alcanzable?

“Qué ha hecho de nosotros esa forma de conocimiento de la ciencia, ese tipo de poder de los saberes pretendidamente científicos”, preguntaba Foucault, en un ciclo de conferencias dictadas en la Universidad de Stanford en 1979, publicadas ese mismo año bajo el título *Omnes et singulatim*. Se respondía con una desesperanza lúcida, en la reminiscencia *einsteiniana*: “estoy seguro de que no encontraré nunca la respuesta, pero eso no quiere decir que debemos renunciar a plantearnos la pregunta” (Foucault, 1979).

De las respuestas inencontrables y en las irrenunciables preguntas para Foucault, es que Lanz (2005) considera que sin fatiga nos interroguemos. Las preguntas, tan importantes o más que las respuestas, le permite establecer que “lo que ha entrado en crisis no es ésta o aquella teoría de la ciencia sino la ciencia misma y sus maneras de preguntarse el mundo” (2005, 45); y lo que pareciera no volver a entronizarse es “la pretensión de hacer pasar como universalmente válido lo que es en verdad una determinada visión del mundo, una muy parcial manera de ver las cosas de la que hay que preguntarse sin cesar” (2005:46). Hasta bien entrado el siglo XX, y desde posiciones críticas a la exclusividad de corte positivista en las investigaciones científicas del ámbito de la salud, es que, precisamente, viene sucediendo el interés por *conocer* desde lo cualitativo, “el pretexto, contexto y paratexto diverso de las ciencias sociales en los campos de la salud” (Pendleton, 2011).

Referentes teórico-metodológicos de las ciencias sociales han permitido abordar determinados problemas de salud desde perspectivas que admiten, por ejemplo, la subjetividad de investigados e investigador como objeto de análisis. Crece un interés por conocer desde lo cualitativo, “el pretexto, contexto y paratexto” (2011:46) de las ciencias de la salud, también llamadas de la vida. Ya no pareciera sorprender a nadie la

insuficiencia de la perspectiva puramente biomédica o sanitarista para abordar situaciones o fenómenos de salud en la sociedad. Ni tampoco, en la visión de Pendleton (2011), la ceremonia que se produce recurrentemente entre “poder y experiencias en el despliegue de dichas fuerzas y la aproximación a la verdad de la ciencia, diversa y distinta, para pensar en lo que pasó, lo que está pasando y lo que va a pasar” (2011: 46).

Es, en estas *rampas* de las denominadas ciencias de la salud, que el paradigma cualitativo toma cuerpo; que atisbando insuficiencias de su sempiterno acompañante, del paradigma cuantitativo, encuentra *oxígeno* en el desafío de abrir el compás a la subjetividad (sujeto de verdades diversas, no únicas, incluso contradictorias) y el contraste de realidades complejas en el objeto (lo concomitante del sujeto, que presenta y se acompaña de realidades múltiples) cuya aspiración no es alcanzar la verdad, sino aproximarse a su reconocimiento e interpretación diversa, en lo que Vattimo (2010) expresa: “si ya no vale la verdad, sólo nos vale el diálogo, el acuerdo, el consenso y el encuentro de interpretaciones en torno a las realidades que nos habitan” (2010:89).

En el turgente espacio de encuentro de interpretaciones que constituye la adopción del paradigma cualitativo en las investigaciones sociosanitarias, reconocidos *teóricos* del *método* como Tesch (1990) propone una *gruesa*, y por tanto moldeable, clasificación que identifica dos grandes *familias* en las investigaciones cualitativas: la estructural como aquella *familia* referida al descubrimiento, por parte del investigador, de reglas o estructuras que se presuponen *están allí* y es preciso colocarlas *en tensión*. Se refiere Tesch al análisis de discurso; y la *familia* interpretativa que aspira la identificación y categorización de elementos y la exploración de su génesis, sus conexiones, su regularidad o rareza. De las investigaciones interpretativas, todavía Tesch (1990) identifica dos tipos: los análisis descriptivos y los interpretativos, representados sobre todo por la etnografía clásica, y el análisis constructor de teoría, asociado especialmente a la teoría fundamentada.

Por su parte, Taylor y Bogdam (2000) declaran a la investigación cualitativa como aquello esencialmente descriptivo, es decir, los vocablos propios de cada persona, bien sea habladas o en textos escritos, sumado a la observación de las conductas de esas personas por parte del investigador. Para Taylor y Bogdam la investigación cualitativa

constituye el escenario ideal para “el rescate subjetivo (del sujeto) que plantea la investigación cualitativa” (2000:70):

“.... La metodología cualitativa se refiere a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. La mente construye la percepción sobre el objeto conocido, informando o moldeando la materia amorfa que le proporcionan los sentidos, a través de formas propias o categorías que, revalorizando el lenguaje, promueven que la práctica sea análisis con posibilidades teóricas”. (2000: 70).

Las posibilidades referidas por Taylor y Bogdan son las denominadas “construcciones humanas significativas”, es decir, la intención *holística* y humanista que amalgama significados e intenciones como componentes de los actos, relaciones y estructuras donde incide lo humano. Y comprender estas interacciones humanas como lo creador, lo afectivo y racional a través de la observación y aproximación a lo diario, lo cotidiano, la vivencia que, en cercanía, explica buena parte del sentido de las cosas, fenómenos y realidades. Según Taylor y Bogdan la investigación cualitativa es flexible, se observa al escenario desde una perspectiva holística, como un todo y trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. El investigador se identifica con las personas, estudia a fin de comprender cómo ven las cosas, dando validez a todas las perspectivas: “No se busca la verdad, sino la comprensión detallada”. (2000:71).

El paradigma cualitativo, por tanto, se expresa y ratifica en diversos horizontes de miradas. Una de sus reconocidas fortalezas es el alejamiento progresivo del dato sin sentimientos de origen histórico y social. Por eso lo cualitativo tiene que ver con lo interpretativo, holístico, naturalista, humanista y etnográfico. Por eso su credibilidad y transferibilidad es más interna que externa, lejos de lo cuantitativo que busca la forma de generalizar y simplificar el hallazgo que, por lo demás, se empecina en poseer múltiples aristas.

Para Pérez (2014) lo cualitativo “es inductivo en tanto se procura transitar del dato no medible a la teoría; se busca llegar a las definiciones sin descartar la intuición y la creatividad que caracterizan al proceso de investigación cualitativo” (2014:61). Por otra parte, los resultados de una investigación cualitativa no se legitiman por la cantidad de sujetos estudiados convertidos en mero dato estadístico, sino que, alejándose de la

extrapolación, procura indagar en la cualidad de expresión de pequeñas muestras selectivamente escogidas, en función de propiedades y relaciones que apunten a conocer la realidad tal cual es experimentada. Es desde esta perspectiva que la investigación cualitativa abre espacios para el análisis de problemáticas de salud, utilizando la tradición antropológica y sociológica para conocer desde los ámbitos sociales y culturales, individuales o colectivos, adoptando para ello procedimientos que permiten un acercamiento a las formas de comunicación que contiene el lenguaje.

Aceptado el paradigma cualitativo como eje metodológico de la presente investigación, y su *intención* holística en la incidencia de lo humano, y hasta donde nos sea posible, en ejercicio de continuidad de *ruta*, se toman, con el debido beneficio de inventario, dos corrientes de pensamiento: la fenomenología y la hermenéutica. Dichas corrientes de pensamiento, y más allá de los reconocimientos que se le hacen a dichas corrientes, de ciencia filosófica y/o método de investigación científica de predominio cualitativo, interesa a la investigación las posibilidades que ofrecen de aproximación a los aspectos claves del fenómeno abordado, como lo son *los significados* que sujetos individuales germinan en su actividad experiencial intrahospitalaria cotidiana, como actores-protagonistas del proceso de interacción social de un *microproblema* (Foucault, 1979) social, o inmersos en el *mundo social*, en segmento *schütziano*. Es la *cualidad* percibida de las experiencias del *mundo social* de lo vivido: las intersubjetividades que surgen entre los actores-protagonistas (personas) de la atención a pacientes (personas) en un *mundo* que es el hospital, al que se presupone como *solo* escenario para la atención de la enfermedad (la clínica) y la gestión de servicios de atención en salud (lo administrativo), en un pretendido *contexto* de escenario para la bioeticidad.

3.2. La actitud y la implicancia como acicates

En la bitácora de esta investigación, los instrumentos de navegación tienen dos asideros: la *actitud* y la *implicancia*. En el recuerdo de Zubiri (1992) quien llama *actitudes conscientes*, aquellas orientadas a dotar al sujeto de una predisposición favorable al logro de *algo*; y las técnicas o *modos* que contribuyen a lograr ese *algo*. La *implicancia*, es una actitud consciente, que, por su parte, Moreno (1998) propone como *involucramiento vivencial* en el contexto donde se produce la investigación. Se asume,

entonces, una actitud investigativa que privilegia la *actitud* consciente y la *implicancia* ante las situaciones relacionadas con el objeto de estudio.

Como soporte de la *actitud* apelamos a la escópica, un *helenismo* referido a la mirada que no se conforma en la certeza de lo que ve sino en el cómo continuar mejorando lo que ve. La pulsión de mirar, que llevamos inscrita en nuestro ADN, el impulso irrefrenable a no apartar la mirada, a ver cuánto más, mejor, y cuanto más detalle y profundidad, mejor. Pulsión escópica centrada en la mirada, relacionada primordialmente a lo que se intuye, a lo deseable, a lo mejorable. La pulsión escópica, en la tradición griega, se configura a partir del estadio del espejo, cuando el sujeto posee la capacidad de percibir imágenes -y, sobre todo- percibirse a *sí mismo* como una unidad bifronte en la reflexión especular del poema que traduce la vida.

Es un concepto en constante mutación, que puede ser útil a la construcción y creación de conocimiento en ámbitos contemporáneos. Nuestro ejercicio escópico contribuye a bocetar, ensayar formas, a través de las cuales dialogar, interrogar, pensar, dudar, estar alerta, encontrar y desechar definiciones, ampliar lenguajes, aplicar interpretaciones a símbolos inadvertidos hasta la revelación de la experiencia; en suma, escópica para comenzar a mirar desde donde reinaba, incluso, la ceguera; iniciar la mirada desde la pretendida proxemia hospitalaria hasta el concepto del propósito a desarrollar a través de fórmulas conjugadas entre pasión y “el sentido de la prudencia que no sobra”, que esbozaba Unamuno (1982) en sus clases de la Universidad de Salamanca.

La *implicancia* en la investigación es lo que Moreno (1998) considera indesligable para el sujeto investigador. Esto es el involucramiento progresivo y sostenido en el contexto donde se produce la investigación. Según Moreno (1998) no puede haber realidad descrita de utilidad cierta si no se cumple ese proceso de *involucramiento*, tanto por el sujeto investigador como los sujetos investigados. La *implicancia* no es sólo un clima favorable a la participación, sino también, una especie de estado de gracia que se parece al compromiso madre-hijo; o padre-hijo, respecto a la investigación por parte del investigador y los investigados:

“Situarse en la cercanía no en la distancia; no sólo en la observación sino en la in-vivencia, en el invivir dentro de la vivencia; desde la mirada, el tacto y el oído; no en el dato sino en el significado; no en el objeto ni el sujeto exclusivamente, sino también en la práctica de la vida. No en conceptuar ni categorizar sino en apalabrear; no en informar sino en comunicar más allá de la información, aunque no sin ella”. (1998: 83).

La *actitud* y la *implicancia* asumidas, se abrevan de actividades en las que el autor de la investigación está relacionado, y que constituyen vectores claves de la presente tesis doctoral, pues preside el Observatorio de Bioética de Carabobo, fundado el 24 de marzo de 2008, junto a un grupo de docentes e investigadores universitarios, precisamente en el Hospital Oncológico Miguel Pérez Carreño y el Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo (FCS-UC). El Observatorio es creado como espacio visor y promotor de la bioética en la región. Además, el autor está adscrito al cuerpo docente y de investigación de la FCS-UC, institución que utiliza los espacios físicos del hospital para ejercicio de docencia, extensión e investigación.

En 2011, el investigador plantea a la Universidad de Carabobo, a través de la FCS y sustentado en un trabajo de investigación como requisito de ascenso en el escalafón docente, un programa de formación en bioética para estudiantes de pregrado de las ciencias de la salud, tomando como base el programa regional para la enseñanza de la bioética de la UNESCO, con sede en Montevideo (Uruguay) y, asimismo, es co-fundador de las Brigadas de Asistencia Solidaria (BAS) que se implementaron en el año 2015 como plan piloto de recepción y comunicación solidaria con pacientes, simultáneamente en el Hospital Oncológico Padre Machado de Caracas y el Hospital Oncológico Miguel Pérez Carreño de Valencia.

Así, en el cumplimiento de la *actitud* escópica y la *implicancia*, se apeló, en primer término, al acopio y revisión de la documentación temática reunida por el investigador. Documentación en forma de libros y revistas, en formatos de papel o digitales, producto de la tradición de estudios del investigador en el campo de la gerencia de servicios de salud y dirección de centros hospitalarios y ambulatorios; así como en la línea de investigación asumida con la bioética en el Departamento de Ciencias Sociales de la FCS-UC, lugar donde el autor ejerce la docencia, extensión e investigación, especialmente desde programas de formación, espacios visores y brigadas de asistencia

a pacientes hospitalarios. Buena parte del material de documentación de la presente tesis doctoral han sido asimilaciones y contribuciones del *background* referido.

3.3. Los sujetos y su representatividad: los actores protagonistas

Los sujetos de investigación son trabajadores del hospital. Indistintamente, profesionales sanitarios como los denomina Gracia (2009) y hemos tomado como referencia de la investigación. Para la presente investigación son personas, profesionales sanitarios que comparten faenas diarias de trabajo hospitalario y sentimientos entre personas. Expresan diversidad de experiencias, que contienen otro tanto de sentimientos. Los sentimientos aquí, son considerados a la luz de Heller (2001) como “la implicación en algo de las emociones sentidas y valoradas” (2001:23), y que son expresadas en el momento de la investigación, y que para la realidad fenoménica estudiada constituyen asunto de particular interés, especialmente desde el plano axiológico, por cuanto se pueden entrever principios morales y éticos en las relaciones sociales que comparten las personas dentro del hospital.

Profesionales sanitarios que trabajan diariamente en las áreas clínicas y administrativas a los que se ha realizado una interacción con fines investigativos que ameritó de la aplicación del *consentimiento informado*. Actores del proceso *cotidiano* de atención y cuidado de pacientes en el hospital y responsables de área administrativa: profesiones de la salud, de la medicina y la enfermería, todos pertenecientes a la nómina de personal del hospital. La selección estuvo orientada hacia el tipo de profesional de la salud con información sobre el tema relacionante de hospital y bioética y que estuviera vinculado en su práctica diaria con la atención a personas, es decir, que tuviera una interacción social con *el otro* en el contexto hospitalario. O leído de otro modo, las personas investigadas acuden al hospital no a restablecer su salud alterada (la enfermedad) sino a procurar (desde lo clínico y lo administrativo) salud a *otros*, en este caso pacientes, y que pueden relacionar el interés interdisciplinario de la bioética clínica en el recinto hópito. Para este propósito se atiende, además, al criterio de Martínez (2006):

“Los sujetos de investigación no pueden estar constituidos por elementos aleatorios, escogidos al azar y descontextualizados; sino por un todo sistémico, con vida propia como una persona o grupo social, que se escogerán según determinadas características que deben poseer, y que guardan relación con la investigación, priorizando la profundidad sobre la extensión y en consecuencia reduciendo la amplitud numérica de la selección o muestra”. (2009: 68).

Los actores-protagonistas constituyen los sujetos involucrados en la investigación. Al pretender comprobar la insuficiencia de la concepción clínica y administrativa del hospital actual, se plantean recursos metodológicos cualitativos desde un ángulo de visión fenomenológica-hermenéutica en el marco de diversas teorías sociales y presupuestos teóricos de la bioética. Los actores-protagonistas de la atención a pacientes en el hospital oncológico se seleccionaron por aproximación y sensibilidad a la temática bioética: profesionales de la medicina y de la enfermería, que fueron convocados a complementar herramientas de investigación cualitativa donde verter experiencias sobre la temática escogida para la investigación; se les practicó una entrevista en densidad, semiestructurada, voluntaria, y se hizo observación participante en transversalidad para contribuir a elaborar un aporte conceptual que configure la razón y significado del hospital como escenario bioético.

La representatividad en esta investigación cualitativa es *microsocial*, y se vincula, en primer lugar, con la noción de Pérez (2014) que señala que: “todo sujeto pertenece a una cultura y puede informar con validez en términos sociales” (2014: 90):

“Un sujeto -uno solo- puede no ser representativo, ni una muestra abundante, pero alcanza su importancia si se trata de una investigación social. Por otra parte, aun cuando los resultados de una investigación microsocial no son generalizables, sí lo son, las interpretaciones construidas a partir de la información obtenida y analizada y estas a su vez pueden derivar en planteamientos nuevos susceptibles de futuras investigaciones”. (2014:91).

Resulta obvio que, al tratarse de una investigación cualitativa, donde la preocupación mayor del investigador es abarcar la comprensión sobre una preocupación, lo fundamental es acercarse, a una nutritiva necesidad germinal, donde involucrar las experiencias de una representación determinada de personas que trabajan en una institución y a partir de allí generar los sustratos útiles a los objetivos planteados en la investigación. No es una generalización que se pretende, sino algo cercano a “una especificidad comprensiva” (Pérez, 2014). La propia experiencia del autor de la

investigación, quien ha estado involucrado, directa e indirectamente, con el tema en estudio, con trabajo intelectual asumido y participante en experiencias relacionadas, se agrega como insumo en calidad de observador directo.

El espacio físico donde se realiza la investigación es un hospital. Para fines prácticos y, teniendo en cuenta distintas restricciones como tiempo y costos, el alcance del trabajo investigativo se circunscribió a un hospital, de carácter público, ubicado en el municipio Naguanagua de la conurbación Gran Valencia, estado Carabobo, denominado Instituto Oncológico Miguel Pérez Carreño, más conocido por la comunidad como Hospital Oncológico. Es un hospital que cumple con las actividades básicas que establece la Organización Mundial de la Salud (2010), para ser considerado un hospital: prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de enfermedades. Su operatividad se realiza en una estructura física inaugurada en 1958, donde funcionó un Hospital Psiquiátrico.

El hospital cuenta con una capacidad instalada de noventa y cuatro (94) camas de hospitalización, de las cuales la operatividad actual alcanza las cuarenta y dos (42) camas. La estructura funcional del hospital reúne tres (3) servicios: oncología médica, hospitalización y cirugía. Cuenta con tres (3) quirófanos construidos, con operatividad de un (1) quirófano. En sus instalaciones se encuentra tecnología propia de un hospital oncológico del s. XXI, como radioterapia y quimioterapia, laboratorio clínico, radiología básica, y servicios de control de citas, cocina y lavandería. Para realizar la investigación se contactó a la institución hospitalaria cuya directiva otorgó la autorización para la investigación. Luego de la aprobación de la investigación se concertaron:

- a) Las citas de los encuentros, teniendo en cuenta los horarios que fueran propicios para los actores-protagonistas, para el involucramiento en la investigación.
- b) Los encuentros en el hospital para identificar las dinámicas de las relaciones entre profesionales, pacientes y administrativos y sus derivaciones de interés observativo.
- c) Los espacios o sitios para llevar a cabo las entrevistas en densidad a los actores-protagonistas.
- d) La suscripción de los debidos permisos y consentimientos informados para fines investigativos.
- e) La concreción de los encuentros y entrevistas en densidad.

Finalmente, se detectaron con la paciencia y nitidez suficientes, la restricción de recursos, dinámicas y tiempo, para la investigación en el hospital seleccionado al punto de que, para el análisis de la observación directa, en la práctica de los hallazgos percibidos en el contexto de los actores-protagonistas, y las entrevistas en densidad propuestas, se ubicaron espacios físicos aledaños y alternos al hospital, para que la aplicación de los instrumentos metodológicos transinvestigativos fuera finalmente posible.

Paralelo a los procesos de aplicación de las técnicas de la investigación, transcurrió la revisión teórico-conceptual de la discusión temática. Proceso fundamental que privilegió los aspectos históricos y conceptuales sobre el hospital como institución social y el abordaje de la bioética desde su génesis y los intereses interdisciplinarios que caracterizan a este espacio de conocimiento. Se revisitó una considerable muestra de trabajos en torno a significados que otorgan pacientes a la enfermedad tratada en el hospital y los cuidados clínicos que profesan los profesionales de la salud vistos desde la percepción del paciente.

En el arte revisitado o el *estado del arte*, la perspectiva socio-psicológica, en las indagaciones acerca de la satisfacción de los pacientes en relación con sus terapeutas ha sido exhaustivamente estudiada, y forma parte del caudal cognitivo donde se nutre la bioética clínica. No puede sostenerse igual criterio de prolijidad en trabajos investigativos donde la percepción y/o experiencia del profesional de la salud y/o trabajador del hospital es la voz de significaciones relacionados con la temática de investigación: razón y significado del hospital como escenario bioético, que adscriben dichas voces.

3.4. La escópica en implicancia: los instrumentos de navegación

En el ejercicio de la escópica en implicancia se utilizaron dos instrumentos de navegación: la observación participante y la entrevista en densidad a los actores participantes. La observación participante es, según Taylor y Bogdan, (2000) “la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el escenario social, ambiente o contexto de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (2000:76). Implica la selección del escenario social, el acceso a ese escenario, normalmente una organización o institución (por

ejemplo, un hospital), la interacción desde los porteros (responsables de las organizaciones que favorecen o permiten el acceso del investigador al escenario) hasta la directiva del hospital y por supuesto con los informantes que protagonizan la recolección de los datos.

Se implementó la técnica de observación participante, pues el investigador participa en actividades docentes-investigativas de experiencias relacionadas con la historia de hospitales y de bioética intrahospitalaria, así como la *cercanía* (Moreno, 1998) con el hospital objeto de estudio. La observación participante es asumida en la investigación como aquella capacidad que involucra a los actores protagonistas de la información y el investigador, para generar la interacción social en el espacio elegido para el estudio. La escópica es concomitante a la observación, por tanto, permitió recopilar información directa de eventos y situaciones tal como sucedían en su dinámica diaria.

La observación participante en su “ingenuidad disciplinada” (Martínez, 2006) posibilitó agudizar los sentidos de vista y oído, y llevar un *adenddum* de anotaciones tomadas durante el transcurso de la investigación y cuya importancia fue recobrada en la etapa de reflexión, análisis e interpretación de los significados alcanzados. Se llevó un registro de anotaciones de los procesos observativos, que atendió fundamentalmente a la espontaneidad y la anécdota de los actores-protagonistas en el proceso de investigación; y el subsecuente *albedrío* del investigador en registrarlas, teniendo en cuenta su importancia a la fecundidad de la investigación. Algunas anotaciones consideradas de interés forman parte de los anexos de la presente tesis doctoral.

La entrevista, es la técnica de recolección de información predilecta de las investigaciones cualitativas. De acuerdo con Spradley (citado por González, 2011):

“Es una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree, una situación en la cual una persona (el investigador)”. Es una técnica predilecta de las investigaciones de corte cualitativo pues se obtiene información sobre algo, interrogando a otra persona (informante). Esta información puede ser diversa: una biografía, unos hechos y su sentido, a sentimientos, opiniones y emociones; a las normas o estándares de acción; a los valores o conductas ideales”. (2011:95).

También en las investigaciones de enfoque fenomenológico y hermenéutico, la entrevista es una de las técnicas de recolección de *datos* más útiles y usadas. En la presente investigación se seleccionó la entrevista en densidad, semi-estructurada, procurando establecer un proceso lo más denso posible, en términos de indagar la experiencia profunda, en los términos que establece Pérez (2014), para este tipo de encuentro:

“Se prepara un guion temático sobre lo que se quiere hablar y las preguntas que se realizan son lo más abiertas posibles. El informante puede expresar su opinión, matizar sus respuestas e incluso desviarse del guion original, con la alerta del entrevistador de que no se pierda el interés en los temas que son caros al estudio, en una estrategia previa mediante el cual se selecciona a la persona objeto de la entrevista con vinculaciones a la temática investigativa y de donde pueda extraerse la mayor densidad posible de respuesta”. (2014: 94).

Esto permitió que el cuestionario de entrevista fuera conceptualmente definido y comprendido, teniendo en cuenta las distintas perspectivas, experiencias y situaciones particulares que tenían los actores-protagonistas con respecto al hospital. Dotada de lógica intencional, la entrevista a los actores-participantes seleccionados se vinculó a la realidad a la que queremos aproximarnos haciendo conectar al entrevistado con la lógica construida por el entrevistador, en aras de profundizar, las veces que sea necesario, los asuntos considerados de interés para la investigación. En la influencia del *texto narrativo* de Ricoeur (2003) y a los efectos de dotar a dicho texto, aún más de la densidad procurada, cada cuestionario de entrevista, una vez transcrita, fue consignado luego al entrevistado, por escrito, para su corrección, para finalmente ser entregado a cada actor-participante del estudio, para su conformidad y acopio, y cuyo modelo interrogativo base se incorpora a la *adenda* de esta tesis doctoral.

Las entrevistas en densidad que se programaron constituyeron encuentros de aproximación entre el investigador y las personas seleccionadas, denominadas actores-participantes de la investigación. Para González (2011) las entrevistas en densidad, más que respuestas sobre preguntas “son encuentros cara a cara entre el investigador y los investigados para aproximarse y profundizar juntos en un tópico determinado de la investigación” (2011:97). Las entrevistas, en efecto, fueron encuentros *cara a cara*, donde se profundizó incluso sobre temáticas consideradas medulares a la investigación que se resumen así:

- a) Las razones que otorgan los actores protagonistas, desde sus vivencias experienciales de actuación cotidiana consigo y con *los otros*, a la vigencia del hospital como institución eminentemente social, de reconocida predominancia de actividad clínica y administrativa;
- b) La significación que dichos actores otorgan a la *institución* que construyen en su devenir diario, los seres humanos, las personas que se interrelacionan en el hospital;
- c) La bioética clínica y las diversas dimensiones desde donde puede ser intuita, observada, percibida, contextualizada e interpretada, como campo de conocimientos que propicia la interdisciplinariedad y sus *inserciones* en la vida hospitalaria.

Con preguntas *abiertas*, fueron permitidas las agregaduras de sentido de respuesta, desde el ojo del huracán de la investigación hasta sus bordes de oasis, incluso sin requerimientos *inmediatos* de respuestas y en atmósfera libre y distendida, las entrevistas a los actores-participantes permitieron acercarnos a aspectos de relaciones humanas con mayor detalle, llegándose incluso a superar desencuentros entre participantes, y canalizando inquietudes propias de todo proceso investigativo, al tiempo que permitieron fortalecer aspectos de interés de carácter humano, en marcos menos estrechos que el individualismo significativo de la observación directa. Las entrevistas en densidad también fue el espacio para la *verbalidad* tan propia de nuestra cultura, siendo la observación directa el espacio para la *mirada alerta*; y la entrevista constituyó entonces el territorio idóneo para la *narración textual* de las experiencias y los significados de búsqueda del investigador.

En las entrevistas, entre pregunta y pregunta, se siguió el modelo de una conversación entre iguales, siguiendo las normas de la *buena escucha*, con idénticas preguntas para todos, y no estrictamente un intercambio formal entre preguntas y respuestas. El contenido de las entrevistas se analiza desde una perspectiva inductiva e interpretativa que, para la presente tesis doctoral, se centró en lo subjetivo *co-construido* por profesionales de la salud que trabajan en el hospital, cuya *cotidianidad* transcurre atendiendo personas, en la búsqueda y aproximación a significados en torno al hospital como escenario para la bioética.

El investigador con la entrevista pudo avanzar en las preguntas y se pudo repreguntar alguna cuestión que no fuera claramente explicada. La totalidad de las entrevistas fueron moderadas por el investigador. Se utilizó un *smartphone* para la

grabación de las mismas. En todos los casos se redactó un registro de cada entrevista, que incluyó, además de las respuestas verbales, anotaciones sobre las características del entrevistado, y aun de las circunstancias y el contexto en los que se realizaba la técnica aludida. La transcripción se realizó de acuerdo al instructivo que para tal propósito ha diseñado FLACSO Chile (1991). Las entrevistas obedecieron a los objetivos de la investigación, siempre en la alerta necesaria que requiere toda dimensión interrogativa y sus respectivas sub-dimensiones:

A) Objetivos Investigativos:

- 1) Describir la naturaleza histórica y funcional del hospital predominantemente clínico-administrativo.
- 2) Reconocer la irrupción de la bioética como espacio de conocimiento interdisciplinar de interés a la evolución del hospital.
- 3) Construir, desde las experiencias de las personas que protagonizan la gestión de atención hospitalaria diaria a otras personas (pacientes), el significado del hospital como escenario bioético.

B) Dimensiones Interrogativas:

- 1) Va al hospital diariamente a trabajar: ¿Qué significados otorga a su experiencia intrahospitalaria vivida en la sinergia: personas que atienden personas?
- 2) Su experiencia cotidiana en el hospital posibilita la atención a personas y lo hace desde un nivel de conciencia donde construye una realidad social humanizadora. En el hospital puede intervenir en el cuerpo de la persona hospitalizada. ¿Qué suscribe de esa interrelación?
- 3) Como profesional sanitario dentro del hospital, teje relaciones que implican deberes y derechos con otras personas que requieren cuidados ¿Qué representa la responsabilidad de cumplir con la administración de tratamientos al paciente dentro del hospital?

Siendo la entrevista esencialmente un acto social de responsabilidad en la investigación, que se enmarca en un *deber ser*, se indicó a los actores-protagonistas, del cumplimiento del consentimiento informado. Se explicó debidamente en reunión de reconocimiento que la entrevista formaba parte de una investigación, cuyo propósito es obtener información totalmente confidencial, anónima y el uso de la información se haría con toda la reserva del caso, para el cumplimiento de un objeto académico. Se les pidió permiso para grabar contenidos verbales y se les comunicó que estaban en libertad de decidir el uso, o no, de la grabación y de responder, o no, a las preguntas que se hacían. Por tanto, para cumplir con los requerimientos éticos de una investigación a

cada entrevistado se le informan aspectos sobre el protocolo de entrevistas para trabajos de investigación, elaborado por la FLACSO de Chile (1991):

- a) La información sobre los objetivos del estudio y la garantía que los datos no serán empleados para fines ajenos a los de la presente investigación.
- b) Dar cuenta de la experiencia profesional de quien hace la entrevista y de lo importante que será crear un clima de confianza durante la entrevista.
- c) Suscripción de consentimiento firmado para hacer citas textuales de apartes de la información recibida, teniendo cuidado de usar seudónimos en el informe final del estudio.
- d) Autorización para grabar las conversaciones y hacer la transcripción de la información.

Las técnicas utilizadas en la investigación se orientaron siempre a generar los dispositivos necesarios de confluencia y cooperación en un marco de reciprocidad investigativa y procurar generar conocimientos a partir de las experiencias de actores-protagonistas de la atención a otras personas dentro de un hospital, y cómo a partir de dichas experiencias en contextos de intersubjetividades e interacción social, pueden construirse ejes de significados que otorguen posibilidad al nosocomio como escenario para la bioética, más allá de su reconocida preponderancia clínica y administrativa.

3.5. El *datum* fenomenológico: la narración en hermeneusis

El *datum* fenomenológico recogido a partir de las entrevistas a los actores-participantes de la investigación (transcripción de grabaciones y respuestas transcritas de cuestionario de entrevistas en densidad) se registró minuciosamente y se hizo transcripción íntegra. González (2011) refiere que al proceso de transcripción y conformación del cuerpo descriptivo sucede un momento de reflexión que Husserl denominaba “la conciencia alcanzada, pues ya está emitida la revelación fenomenológica del sujeto que habla” (1998, citado por Pérez, 2014:70). Se organizó la información transcrita por actor-participante y áreas temáticas, de acuerdo a las preguntas formuladas y a las respuestas obtenidas, apegados a los objetivos y preguntas de la investigación, apropiándonos de flujos y contraflujos de pensamiento fenomenológico-hermenéutico, especialmente desde la mirada de la sociología fenomenológica y la hermenéutica antropológica, valorando siempre al texto narrativo como sustrato de hermeneusis.

En lo lingüístico, prevaleció un abordaje de desarrollo de contenidos, procurando la síntesis de lenguaje en el ritmo narrativo, que se revela en el decurso explicativo y los roces *sincréticos* presentes en la presente tesis doctoral. El análisis de la información recogida por las técnicas (instrumentos de navegación) adoptó fundamentos de los caminos (métodos) de Van Manen (2003), resguardando las inquietudes de *hibridez* del investigador, en tanto que, en la investigación de adopción fenomenológica no se sostienen métodos unívocos ni lineales. Para Van Manen, la investigación fenomenológica es:

“... La investigación fenomenológica es la exploración del significado del ser humano, la descripción espiralada y no lineal ni unívoca de los significados vividos, existenciales, y la fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos”. (2003, 37).

En el abordaje de los significados, y en una procurada atmósfera de eclecticismo, se toma, a beneficio de inventario, algunas fases de la *espiralidad* de *caminos* de Van Manen, para el análisis e interpretación de los resultados de la investigación:

- 1) Descripción: recolección de la experiencia vivida de forma directa. Descripción personal del entrevistado, en las entrevistas-conversaciones. Descripción íntegra, sin ninguna incidencia del investigador, salvo la corrección de algún vocablo inentendible.
- 2) Interpretación: Recoger la experiencia vivida de forma indirecta. Reflexionar sobre la experiencia vivida. Análisis temático y uso de diversos métodos de reducción. Se hacen cortes del discurso descriptivo para incorporar análisis interpretativo del investigador y de las teorías existentes.
- 3) Descripción+Interpretación: Escribir y reflexionar sobre la experiencia vivida. Elaboración del texto fenomenológico y revisión de la documentación fenomenológica. Puede ser, al final, el momento del cuerpo conclusivo.

La *espiralidad* es el rasgo cardinal del conjunto de actividades de investigación que plantea Van Manen, en tanto *métodos*, en su sinonimia de *caminos*. Espiralidad de naturaleza empírica y reflexiva, para describir la experiencia fenomenológica a partir de los datos recogidos en las entrevistas. Recomienda una y otra vez volver sobre las narraciones transcritas, sobre el *datum*, en función de “captar estructuras esenciales de la experiencia, en la reflexión temática sobre el fenómeno investigado” (2003:38). En la descripción del fenómeno, apunta González (2011), los caminos descritos por Van Manen se establecen como esquema contrario a “la linealidad tan usada en algunas

investigaciones de carácter cualitativo, pero que resultan en remedo de las investigaciones de paradigma cuantitativo”. (2011:107). Se está atento a no teorizar, ni elaborar explicaciones causales, generando una “descripción fenomenológica sin presupuestos ni concepciones previas” (2011:108).

En la presente investigación los actores-protagonistas expresaron sus vivencias experienciales, fundamentalmente a través de las respuestas que emiten desde su *conciencia*, de la revelación de sus experiencias vividas, en entrevistas en densidad. Luego el investigador elabora el *corpus* develado por los actores-protagonistas del fenómeno, es el momento de la descripción del fenómeno desde “la intuición y la descripción pura” (González, 2011:108). La intuición es la inmersión en el proceso investigativo; es el grado de convencimiento de que dicho proceso es lo suficientemente interesante para proseguir en la ruta trazada por las descripciones de los actores-participantes; es un momento de alerta en tanto el fenómeno en estudio ha sido descrito y analizado por los actores-participantes de manera aceptable y digna de proseguir. En la descripción no se trata de “probar o medir en qué grado una cualidad se encuentra en un acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible del fenómeno en estudio” (2011:110).

A la descripción *exuberante* sucede la reducción fenomenológica. Es la fase del desprendimiento o *epojé* de posturas, conocimientos, prejuicios, teorías, respuestas, incluso sensaciones o percepciones. Tras el afán de la reductividad el investigador procura preservar la objetividad y en ese intento Husserl otorga importancia capital a “los datos aportados por el sujeto y el esfuerzo comprensivo de las vivencias”. (1998, citado por Pérez, 2014:74). Plantea colocar “un paréntesis entre las cuestiones de la existencia y las justificaciones causales de las cosas que puedan reflejar los cambios radicales frente a las tesis naturales” (2014:74). Ocurre en este momento la suspensión de creencias o explicaciones existentes sobre el fenómeno, pues ya está *en tránsito* la descripción de *sujetos investigados* que devendrá en la información a ser analizada.

La *reductio* (reducción fenomenológica) sólo se explica, de acuerdo con Van Manen, porque todo fenómeno está en capacidad de formar *apariencias*, es decir, los prejuicios o excesos que no forman parte de la esencialidad procurada. Es un momento de pesquisa por parte del investigador en cuanto a la forma en que *aparecen* las esencias

en la realidad del fenómeno, reveladas en las experiencias narradas por actores-participantes y que puede incluir alguna apariencia *distinta* a la realidad que se desea mantener lo más lejana posible al prejuicio.

El análisis e interpretación de datos en una investigación cualitativa de enfoque fenomenológico-hermenéutico, *no es*, necesariamente, plantea González, “una fase tras otra; un número tras otro; es un proceso envolvente que se asemeja más a una cinta en espiral que un cuadro esquemático de tareas” (2011:106). Agregaríamos que allí reside, precisamente, unos de los aspectos medulares diferenciales entre los modelos de investigación cualitativo y cuantitativo. Al respecto, González (2011) alude el *estado de alerta* que se dilucida con “interpretar las apariencias bien sea desde su forma en que aparecen y pueden acompañar el estudio del fenómeno, y desecharlas si dicha apariencia es distinta a la realidad y puede ocultarla, atentando contra la veracidad de un estudio” (2011:122).

Para Van Manen, una de las grandes diferencias existentes, entre las investigaciones positivistas-naturalistas-cuantitativas y las fenomenológicas-hermenéuticas, es que en estas últimas ocurre *ex profeso* dicha reducción eidética. Cabe decir la experiencia vital –la que está allí, la vida misma- a través del relato, de la narración, se describe (fenomenología), se interpreta (hermenéutica), se comprende (saber) y se transfiere (porque ayuda en el comprender de otros y de sí mismo), porque precisamente reduce a lo esencial la experiencia humana. Y es la experiencia esencial lo que viene a significar experiencias en los demás. En la fenomenología de las esencias se acude a un ejercicio de comprobación acerca del *cómo* los datos aportados por los actores-protagonistas pueden conformar dispositivos de compresión esenciales, es decir, unidades de significados que posibiliten una comprensión del fenómeno de estudio.

Descrito el fenómeno y vuelto a describir, Van Manen propone la interpretación de los significados aportados a la investigación. Es la concreción de lo plenamente vivido por el sujeto investigado. Se procura una analogía de la *espiralidad* de la fenomenología-hermenéutica de Van Manen, con el *círculo* hermenéutico que propone Gadamer (1988) para explicar la hermeneusis fenomenológica como “la exploración interpretativa del ser, como ser histórico y cultural, que se manifiesta a través del lenguaje” (Gadamer, 1988, citado por González, 2011: 64). En lo que denominará

hermenéutica filosófica, Gadamer otorga valor insoslayable a la comprensión e interpretación recurrente del texto como evidencia científica de la experiencia del ser humano, donde no sólo se expresa una verdad, sino que se desprende una *insuficiencia* de ser verificada por la metodología científica.

Este paréntesis *circular* que afianza Gadamer, a su vez en la reminiscencia *husserliana* y *heideggeriana*, es uno de los aportes medulares a la fenomenología hermenéutica, planteado en términos de desafío a la investigación científica. La dialéctica de pregunta y respuesta ha precedido siempre la dialéctica de la interpretación, pues es aquella la que determina la comprensión con un acontecer de quien (es) viven en el mundo de la realidad. En este sentido, Gadamer refiere que “la realidad de la persona con su mundo de vivencias es histórica y lingüística” (Gadamer, 1988, citado por González, 2011:65). Casi decir, el sujeto viviendo porque puede comunicarse y vivir su tiempo. La hermeneusis del investigador, de acuerdo con Gadamer es entonces una cuestión de *horizontes*, para sortear los prejuicios: “el investigador parte de su horizonte de investigación hacia sus horizontes de conocimientos, siendo más importante la apertura comprensiva, que el método” (2011: 66).

Cabe hacer distinción del plural y el singular del planteamiento, al igual que la comprensión, no cómo método, sino como característica medular de la hermenéutica *gadameriana*: un medio para comprender la realidad. De la *fusión* de horizontes es posible que surja la emergencia de un significado compartido, en el cual se involucran y puede establecerse entonces la comprensión como meta *horizónica*. La comprensión, finalmente para Gadamer, no es el final del proceso del conocimiento, ni mucho menos, es solamente otro paso en la inabordable riqueza de los horizontes del conocimiento.

Ricoeur (2003) en la línea del *texto indispensable* de Gadamer plantea también el indubitable carácter narrativo de la experiencia humana: “Somos narradores de nosotros mismos, en la intención de producir sentido, de crear imágenes, de establecer síntesis, y allí donde hay sentido —que puede ser múltiple— puede haber ambigüedad, y, por tanto, hay hermenéutica” (2003: 98). Ricoeur no distingue entre vida y vivencia, y las asocia, pues para él “la narración es vida vivida; y genera la importancia de ver la esencia del ser desde su narración: si la experiencia humana es narrativa, tiene estructura narrativa,

la racionalidad que dé cuenta de lo humano tendrá que contar con lo narrativo” (2003: 99). Casi decir, el sujeto textual narra lo vivido *en* su tiempo.

La interpretación del fenómeno de estudio es la tercera fase donde Van Manen nos plantea una *asociación* de la información descriptiva con las posibilidades interpretativas del investigador y su entrecruzamiento con las teorías existentes. La fase descripción más interpretación de Van Manen, es, de acuerdo con González (2011) una etapa donde “ya descrita la experiencia vivida, ya reducido lo considerado accesorio a las esencias, ya reconocida la validez interpretativa del investigador, se suman y entrecruzan elementos descriptivos e interpretativos, guardando su integridad, pero en movimiento *espiralado* hacia gradientes significantes del fenómeno en estudio, en afán comprensivo invariable con teorías susceptibles de emerger” (2011:126). En la *interpretación* del fenómeno caben todas las percepciones, significados, pulsiones, atisbos, deseos, sentimientos, diálogos, perspectivas y “todas las cosas de interés, pues es esencialmente relacionante con el *yo* del investigador y con el mundo, en el proceso aludido de pertenecer a esa totalidad instrumental donde todo puede sentirse y percibirse como necesario”. (2003:44).

Desde la sumatoria y *reductio* de lo descriptivo-esencial, y el entrecruzamiento interpretativo-medular, en esencia la finalidad de todo abordaje fenomenológico-hermenéutico, es que, de acuerdo con Van Manen, se puede pensar en que se está relativamente cerca de “un producto final” (2003:62). El producto final de esta investigación es generar conocimiento, en tanto aporte comprensivo, sobre la razón y significado que adscriben sujetos de la cotidianidad hospitalaria, al nosocomio, en torno a un vislumbrado escenario bioético.

3.6. El modelo seguido y sus abordajes

La descripción del fenómeno de estudio se aborda en el capítulo 1 de la presente investigación y se torna iterativo en el avance de la investigación. Es la *pulsión* cognitiva que lleva a percibir un fenómeno, que, si bien se reconocen aristas y alguna médula, la inquietud por navegar alerta entre *el archipiélago de certezas* (Morin, 1999). Revelada en términos de *objetivos*, la intencionalidad o propósito de aproximación a las razones y los significados que otorgan *personas que atienden personas* en un hospital,

en un pretendido o deseable escenario bioético, se inscribe buena parte de la *óntica* del fenómeno, es decir, la naturaleza de su realidad, susceptible de aproximación y comprensión por medios que nos proporciona la conjunción fenomenológica-hermenéutica.

Los actores-protagonistas son quienes construyen los significados en tanto hallazgos provenientes de su mundo vivido, su experiencia vivida, su intersubjetividad ejercida, su problema microsocial vivido cotidianamente. Emergen datos que son contrastados con diversos análisis teóricos en el que se identifican las tensiones, diferencias y vínculos en torno a la visión y experiencias. En este sentido, el contexto (relación de personas que trabajan en el hospital y que atienden personas) tiene un particular interés, pues es allí de donde emerge lo *germinal* de interés (razones y significados acerca de la consideración del hospital como escenario para la bioética). Las unidades de análisis se caracterizan, categorizan y codifican, en decurso de ejercicio de reducción *eidética*, interpretación y comprensión de los resultados acerca de cómo se percibe y concibe el hospital como escenario para la bioética por parte de los actores-protagonistas. La información fue organizada en categorías y subcategorías para una mejor posibilidad de interpretación de las razones y significados resultantes de los datos que emergen de la observación participante, las entrevistas en densidad, y de estos con la teoría subyacente y la reflexividad del investigador.

La *reducción eidética* tiene una particular importancia en una investigación como la presente donde los actores-participantes *son pares*, en tanto profesionales de la salud, involucrados en procesos de atención a personas. Por tanto, se producen *atractores persistentes* (González, 2011) en la conformación o constitución fenomenológica del estudio. Atractores que hicieron difíciles los desprendimientos de percepciones y experiencias cargadas de fuerte emotividad subyacente. Fue preciso la *implicancia* dialógica sostenida, entre actores protagonistas e investigador, a los fines de la reducción fenomenológica, desde momentos iniciales de la descripción del fenómeno en estudio. Por tanto, en la superación de la *laxitud reductiva* (González, 2011), fue preciso la incorporación de principios de la *epojé*, y colocar “paréntesis entre aquéllas cuestiones de la existencia y la justificación causal” (Husserl, 1998, citado por Pérez, 2014:79). La *reductio* eidética o fenomenológica aparece incluso antes de la organización conceptual y narrativa de las experiencias de los actores-protagonistas, y

prosigue en *la intencionalidad coherente* (González, 2011) del investigador, y se procura, además, cierta *lógica narrativa* (Ricoeur, 2003) para hacer de la esencialidad característica primordial de las experiencias comunicadas por los sujetos investigados.

De utilidad fundamental al propósito que se persigue fueron, además de los enfoques de fenomenología-hermenéutica, de Husserl, Heidegger, Scheler, Dilthey, Schleiermacher y Gadamer, los argumentos de la fenomenología social de Shütz, así como los presupuestos teóricos de la bioética aportados por Ricoeur, Gracia, Almárrega, Mastrolia, Herranz, De Lora y Gascón, entre otros, y las diferentes teorías subyacentes sobre los sentimientos, la motivación, la voluntad, la empatía, la intimidad, la eticidad, la solidaridad, la relación clínica, el respeto y la responsabilidad, entre tantas otras teorías que subyacen y convergen en la búsqueda investigativa: Morin, Nuttin, Pelluchon, Boschinglés, Artaza, Vignolo, Moreno, Zubiri, Maturana, Varela, Lanz, por mencionar lo que caben de memoria, en la certeza de que son más.

Bastaron algunos atisbos del vasto universo nutricional de conocimiento de las ciencias sociales, para que la presente investigación se posicionara, casi decisivamente, en la heurística que posibilitó la interpretación y comprensión de los contenidos experienciales que proporcionaron los actores-protagonistas. Es notable la elasticidad de significados y significantes que emergen de una realidad social determinada que designan y dejan ver una realidad que se hace cotidianamente en un nosocomio. Desde la visión, no excluyente de otros *oasis*, se coligen las propuestas de fenomenología social de Shütz. Quienes trabajan en el hospital, son asumidamente *agentes sociales* que “construyen y tipifican una realidad social” (Shütz, 1967, citado por Cebrián, 2010, 23), en la cual aprenden y aprehenden, generan y desechan, ebulen y sumergen, actúan e interactúan: “el mundo de la vida social en una institución, que la hacen ver y ser tal cual es”. (2010:24).

La presente tesis doctoral, que percibe al hospital como institución donde personas atienden personas, en tanto, es organización de personas en la conjugación de los verbos curar y cuidar, y que vislumbra a la misma institución más allá de lo reconocidamente necesario clínico y administrativo, como un escenario para que la bioética irrumpa y se consolide en una práctica que radicalmente haga énfasis en el humanismo, más allá de códigos o textos deontológicos, y propulsado dicho humanismo en su acápite no

exclusivo de proximidad de prudencia, respeto y responsabilidad entre personas en la interrelación clínica que se teje dentro del hospital, es que hacemos la apuesta investigativa, en tanto modelo-abordaje, en tanto aproximarnos a las razones y significados que adscriben quienes trabajan en el hospital asistiendo a las personas que tienen pernocta temporal en él. En la aproximación situacional y drenaje de inquietudes es que emerge el latido investigativo tras el *milímetro* de aportación de la temática de estudio escogida. Es tras ese escenario vislumbrado apenas donde la bioética, en tanto principios y énfasis del fomento y la preservación del respeto a la dignidad humana, es que se mueve el hilo conductor de la investigación que se asume.

3.7. Rigor metodológico

El rigor metodológico se elabora a partir del propósito de la investigación (Pérez, 2014). En la presente investigación nos interesa aproximarnos a la experiencia de personas que trabajan en una institución hospitalaria, y se interrelacionan con otras personas. Se precisan los significados que aquellas adscriben de dichas experiencias. Las *esencias* de cada experiencia como fenómeno de relación con el *mundo social* donde se desenvuelve esa *vida*, ese *trabajo*, en un encuentro del ser con aquello que ha *almacenado* y que le ha permitido ser quien es. En simbiosis, con la fenomenología, la hermenéutica aporta la comprensión de ese ser, en tanto sujeto, en tanto forma ontológica que permite ampliar la exploración de esa existencia (y co-existencia). A través del método fenomenológico-hermenéutico se revela la interpretación del sujeto sobre sus vivencias.

Los criterios de rigor metodológico observados fueron la credibilidad, la auditabilidad, la transferibilidad y la reflexividad. La credibilidad, es asumida en la investigación como el recorrido en *espiral* de la aplicación de las técnicas de recolección de la información en los actores-protagonistas bajo el enfoque fenomenológico-hermenéutico y sus hallazgos o resultados: el sujeto que, en su experiencia de la vida cotidiana, comunica lo que siente y piensa, en sus razones y significados, inmerso en una realidad de una institución social, como la hospitalaria. “Credibilidad es resultados”, según Pérez (2014) y dichos resultados fueron aportados,

revisados y contrastados, en diferentes momentos por quienes fungen de actores-protagonistas del fenómeno investigado.

En torno al segundo criterio de rigor metodológico, la auditabilidad, Pérez (2014) refiere a ésta como “un procedimiento de la permanente relación verificable que depara la ciencia, y en particular, la investigación cualitativa” (2014: 102). Agrega este autor que “es una habilidad no coercitiva que apunta al decurso de otras investigaciones que sugiere la investigación que se audita, mediante jurados, árbitros o comisiones de estudio designadas a tal fin (2014:104). A partir de la presente tesis doctoral pueden surgir conclusiones similares o disímiles; perspectivas distintas o confluyentes, o nuevas investigaciones en la posibilidad de propiciar recurrentes desafíos a la investigación en el campo de estudio seleccionado. La tesis doctoral que se presenta será auditada de acuerdo al reglamento general de postgrado de la Universidad de Carabobo y se abre a toda jerarquía auditora de otras nuevas investigaciones sobre la temática de estudio.

La transferibilidad o aplicabilidad, es uno de los criterios cardinales que se deben tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Es, de acuerdo con González (2011), “la posibilidad de aproximarse a una aportación –y lograrla- en el marco de lo teórico y extender las inquietudes de dicha aproximación a otros contextos de reconocida similitud problemática” (2011:78). Extender, que no es extrapolar, la transferibilidad de la presente investigación está dada en torno a la similitud de los contextos: una institución hospitalaria que *construyen* las personas que allí trabajan y que al ser interpeladas asumen voluntariamente acercarse a la textualidad (narración) de sus experiencias de la realidad diaria que viven. La *esencia* de su mundo *vivido*, narrado, expresado voluntariamente, en tanto experiencia vivida, será transferible sólo en contextos similares, de manera diversa, no unívoca ni linealmente.

Con la reflexividad se acota que el diálogo establecido con el *yo* del investigador y con los actores-protagonistas del fenómeno estudiado alcanzó niveles satisfactorios. De un muestreo intencionado conformado por personal médico y personal de enfermería, directamente involucrados en la atención a pacientes y con experiencia acumulada susceptible de ser comprobada. En total participaron de la investigación dos (2) profesionales de la medicina y dos (2) profesionales de la enfermería. Dichos *sujetos* relatan en primera persona, en la reflexión *ricoeuriana* de que la narrativa no es sólo

una metodología, es una forma de construir realidad por lo que es, entonces, una ontología (Ricoeur, 2003).

Las narrativas de los actores-protagonistas y del investigador se funden productivamente para intentar comprender un fenómeno: el hospital en un pretendido escenario bioético, tomando como margen de referencia, la reflexividad de las conciencias de cada uno de los actores-protagonistas y el investigador. Se asume *la cercanía* a la textualidad (narraciones) de los actores-protagonistas, resultante de entrevistas y otras técnicas de recolección de información, como insumo en sí mismo dotado de reflexividad por cuanto ello es de capital interés en la comprensión de las realidades estudiadas y del desarrollo mismo de la investigación que se planteó.

3.8. Consideraciones éticas

Las relaciones humanas en la proxemia hospitalaria suelen estar cargadas de eticidad. Incluso sin saberlo del todo, la ética en las relaciones entre profesionales de la salud, y entre estos y los pacientes, afloran a menudo. Pese a la parafernalia de equívocos y contratiempos que afectan el fluido de la ética entre personas, la norma de correcto *proceder* que enarbolaba Aristóteles, emerge, y mucho, en las actividades que se realizan en el recinto hópito. En tal sentido la investigación siguió los criterios planteados por la UNESCO (2007) referidas a la ética de las investigaciones sociales: “El investigador debe considerar los efectos de su trabajo, incluyendo las consecuencias o su mal uso, tanto en lo que se refiere a los individuos y grupos entre los cuales investigan, con respecto a sus colegas y respecto al conjunto de la sociedad” (2007: 4).

Las entrevistas grabadas recogen el testimonio verbal de que la información que concierne a sus nombres, sólo podrá ser escuchada por el entrevistador y el entrevistado, retirando aquellos nombres adicionales de otras personas que hayan sido mencionadas. Con el fin de poder realizar las entrevistas de forma plena, hemos entregado un impreso contentivo del consentimiento informado a cada uno de los participantes, donde hemos explicado y clarificado los objetivos que presenta el estudio, así como la confidencialidad que presenta. Una vez que lo han leído, han aceptado las condiciones y lo han suscrito. Una vez concluida la entrevista, hemos acordado con los participantes la

manera de poder devolverla transcrita, dando a elegir entre el correo electrónico o en papel y en efecto se cumplió, por la vía electrónica.

Se comunicó, vía electrónica, el informe final de la investigación a cada uno de los actores-participantes como ejercicio de co-participación que a su vez permitió apuntalar el espíritu de cuerpo, atento y solidario, propiciado durante el transcurso de la investigación. Una vez realizada la elaboración de resultados de la presente investigación se procedió a la destrucción de las grabaciones de entrevistas y se comunicó -a los actores-participantes y la dirección del hospital- por escrito de dicho proceso. Igualmente se reiteró, en comunicación escrita dirigida a los actores-participantes, la finalidad última de la presente investigación y su decurso académico ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo y la Coordinación del Doctorado en Ciencias Sociales, en la mención Salud y Sociedad, adscrito a dicha facultad.

Igualmente, dentro de las consideraciones éticas, se realizó un encuentro final con los actores-participantes y el investigador, para comunicar a la dirección del hospital la finalización del proceso investigativo y proceder a la elaboración de resultados de la investigación, planteándose dichos resultados, como valor ulterior de la institución hospitalaria, en el propósito de proseguir con la línea de investigación iniciada con la presente tesis doctoral.

3.9. La involucencia de la metódica: fases, contenidos y ámbitos

El esquema envolvente de la escópica metódica de la presente tesis doctoral resume lo ecléctico, de fases, contenidos y actividades desplegadas, en el afán *whitmaniano* de procurar claridad del bosque y evitar en lo posible la subitaneidad: las fases se clarifican en tres: la primera fase descriptiva *pura*, en contenido fenomenológico, es decir, descripción de experiencias directas de *artífices* de la cotidianidad hospitalaria; experiencias expresadas en los relatos desde la conciencia que, en fenomenología, es experiencia vivida de quienes trabajan en el nosocomio, transcritas lo más fielmente posible de la narración original de los actores-protagonistas de la atención sanitaria en el hospital. La segunda fase descriptora que hace el recorrido de *hibridez*, de describir, codificar, reducir, categorizar y subcategorizar. Son los *escarceos* primigenios de la

interpretación tras la comprensión del fenómeno; la pulsión tras los rastros que revelan los espejos donde se han *mirado* las subjetividades recogidas, en la *turgencia* de análisis propiciada por el investigador, para, finalmente abrigar la esperanza de iniciar el itinerario del aporte comprensivo, desde la denominada escópica aportante, que se asume como revisión, como milímetro de mirada en trance, en lo desconocido ahora próximo a conocer en su *ínfimo* detalle, fin no desdeñable de la investigación cualitativa, pues todo continúa, todo sigue; y la tercera fase ya de *fusión*, en raigambre hermenéutica, que procura las inmersiones en diferentes miradas en torno al fenómeno en estudio, así como las triangulaciones desde experiencias indirectas, en el afán comprensivo de cierta atmósfera humanística, una *bildung*, sobre el fenómeno que provocó la inquietud de investigación.

Los ámbitos donde se anida el interés investigativo refieren a un primer gran universo magmático histórico del hospital como institución cuya evolución es notable en los siglos XX y XXI; en ese hospital *magmático*, en tanto ebulLEN cambios en su cotidianidad, emerge como se supremo interés a la investigación las experiencias vividas y narradas en las subjetividades de los profesionales sanitarios que trabajan en el hospital y protagonizan interrelaciones con otras personas que acuden al nosocomio. Otro gran ámbito es el hospital mismo como institución que construyen diariamente las personas que trabajan en él y las que acuden a él, para conjugar los verbos indudables de la tradición galénica: curar y cuidar: el hospital de las personas. Y el trípode de ámbitos lo completa la bioética como bisagra interdisciplinaria en el recinto hospitalario, en la irrupción que aspira coadyuvar en la cada vez más compleja *urdimbre* de conflictos y dilemas que el mismo ser humano edifica con fines, muchas veces, impresentables.

Cumplidos los momentos precedentes para investigaciones cualitativas de enfoque fenomenológico-hermenéutico, se procedió a la elaboración del informe de investigación, cuya redacción es sólo el *intermezzo* de un dinámico periplo de revisión y ensamblaje in-conclusivo, en el cual se añadieron atisbos *comprensivos* en torno a la razón y significado que adscriben al hospital como escenario bioético, quienes trabajan en el recinto hópito, destacando la importancia benéfica de ese mundo social ampliado, que redundaría no sólo en una mejor prestación de los servicios de salud en un hospital, sino en la posibilidad sostenible de garantizar la dignidad y los derechos humanos de los

pacientes que acuden al hospital, así como de las personas mismas (profesionales sanitarios) que trabajan en el hospital, siendo también un modo de contribuir a superar las insuficiencias derivadas del predominio recurrente de lo exclusivamente clínico o administrativo, que se observa actualmente en las instituciones hospitalarias, aún en el s. XXI.

Se presenta a continuación el *tablón* sinóptico complementario de la involucencia de la metódica, con el mero afán de servir de conectivo de las fases, contenidos y ámbitos de la investigación efectuada. El *hodós* fenomenológico-hermenéutico ya *mestizo*, ya víctima de la hibridez en la que se ha insistido aspira una somera visión de lo que se ha realizado bajo criterios ya señalados.

Tablón 3: La involucencia de la metódica: *Hodós* Fenomenológico-Hermenéutico

Fase	Contenidos	Ámbitos	Actividades
I Descriptiva	Experiencia biográfica recogida de fuente directa	Interrelaciones humanas intrahospitalarias	Intereses inspirativos / La inquietud Observaciones / Tensiones / Esbozos Recopilación / Insumos
II Descriptor	Experiencia recogida de fuentes directas e indirectas	Hospital de las personas	Búsqueda / Indagación / Resultados Transcripción / Texto fenomenológico Descripción / Análisis
III Descriptor Interpretativa	Reflexión Interpretación Comprensión	Bioética clínica de los cuidados	Descripción / Reducción Categorización / Triangulación Descripción / Interpretación Esfuerzo comprensivo Redacción Documento Revisión Ensamblaje in-conclusivo

Fuente: Villaverde. (2017).

CAPÍTULO IV ESCÓPICA TRANSINVESTIGATIVA

“La motivación es toda la vida de la conciencia”. **Edmund Husserl**. *Problemas fundamentales de la Fenomenología*. 1910.

4.1. La descripción: la fidelidad fenomenológica

La descripción de los resultados de la investigación es la prosecución del andamiaje de búsqueda de toda investigación cualitativa. Constituye un momento *culmen* del proceso investigativo fenomenológico, por cuanto es la descripción de la experiencia vivida *investigada*, el mundo esencial que expresa el sujeto *diana* del fenómeno de estudio, y más allá de ello, poca cosa, ateniéndonos a los preceptos *husserlianos*. Opera una clave distintiva de la fusión entre fenomenología y hermenéutica que alude a estamentos de fidelidad. González (2011:80) es quien advierte sobre la disyunción fenomenológica-hermenéutica como “dos realidades epistémicas, relacionadas entre sí, pero en permanente riesgo de fricción una de otra” (2011: 80).

No es trivial lo planteado por González, en tanto que la *relación* está dada en términos de *necesidad* enriquecedora, incluso admitida por los “husserlianos más conspicuos y conservadores” (Fermoso, 1989:32) de la fenomenología respecto a la hermenéutica; y que otorga anclajes de certidumbre a la conciencia en trance interpretativo. La *fricción*, en tanto, puede ocurrir, de acuerdo con González, por “defecto del investigador, en ejercicio de reflexividad injerencista, mutilando la descripción fenomenológica, tras un pretendido análisis hermenéutico” (2011:80). Van Manen (2003) advierte de dicho peligro y lo que hay que hacer: “descripción íntegra, sin ninguna incidencia del investigador, salvo la corrección de algún vocablo inentendible” (2003: 81).

Valga la alerta de la relación y fricción, de suyo de vieja data en la episteme fenomenológica-hermenéutica, como acotación preliminar a este capítulo donde se

revelan los resultados de las entrevistas en densidad, donde los actores-participantes vierten parte de su mundo *vivido* en el hospital. En términos de fidelidad se procedió a transcribir las entrevistas, en su mayor integridad posible, salvando lo que advierte Van Manen, como “la corrección de algún vocablo inentendible”. Y, aun así, fue conversado con los actores-participantes respectivos, en caso de algún equívoco evitable. Juega a favor de esta pulcritud en la fidelidad a la narración medular obtenida, el interés del investigador por respetar la esencialidad del proceso investigativo fenomenológico, en tanto son los actores-participantes quienes protagonizan dicho proceso. Es la experiencia vivida que transmite el actor-participante, lo que interesa realmente a la investigación fenomenológica, porque es lo que produce material de valoración, de contradicción, potencialmente comprensivo, en tanto y en cuanto se trata de la fenomenología que interesa y busca en la esencialidad de conciencia, aproximarse al fenómeno en estudio. Cabe decir, se presentan las descripciones en su íntegra extensión, una vez aceptadas por el actor-participante como su experiencia vivida, como su narración válida.

Una vez plasmadas las descripciones resultantes de las entrevistas a los actores-participantes, insistiendo en la mayor integridad posible, se procedió a establecer los que Pérez (2014) llama “el andamiaje de la carpintería cualitativa” (2014:57), es decir, establecer las unidades de análisis o las categorías y subcategorías y las codificaciones. Dicho andamiaje, también fue sometido a trance de revisión, por cuanto la prevención de “materiales y métodos” resulta de aquellos restos atávicos que denuncia Morin (1989): “el paradigma cualitativo será, si comienza por deslindarse de todo aquello que lo hace verosímil y patético respecto al paradigma racionalista cuantitativo, pues no es en la semejanza sino en la diferencia total que podrá hacerse ciencia verdaderamente nueva”. (Morin, 1989: 77).

Pérez (2014) plantea, por ejemplo, que el vocablo categoría en las investigaciones de corte fenomenológico “es un concepto arbitrario, de pleno ámbito del investigador, incluso cuando emerge de los datos de los investigados, y no se discute su albedrío” (2014:59). Y agrega Pérez que el investigador “establece los códigos, categorías y subcategorías de acuerdo a su arbitrio, lógica investigativa y juicio analítico, pues son instrumentos capitales para trabajar con los datos y procurar homogeneizar los sentidos dispersos que surjan” (2014:59). La categoría, en las investigaciones cualitativas, es,

por tanto, una herramienta de trabajo (acaso *siamés* de las variables en las investigaciones de pulsión cuantitativa) que abarca, con mayor o menor provecho, elementos o aspectos con características comunes o que se relacionan entre sí, de un fenómeno percibido, en el caso de la presente investigación, por otros (los sujetos investigados, actores-participantes). Las categorías intentan clasificar, establecer una serie de impresiones comunes, precisar un orden de cosas bajo una identidad que las atienda y otorgue cierta unificación y sentido de contenido a la diversidad que se tiene producto de la recolección de *datos*. En este sentido trabajar con ellas implica el deseo de conceptualizar, agrupando elementos, ideas y expresiones que surgen de los *datos* en textos obtenidos de las entrevistas.

En la presente investigación se trabaja con tres (3) categorías fundamentales. Apriorísticas, consideradas vinculantes, pues lo permite la unidad de sentido que cubre toda la investigación y en virtud de la relación conectiva de los actores-protagonistas e investigador, con los sustratos de conocimiento que lindan con el fenómeno de estudio. A la categoría, llama Pérez “la capital de la investigación cualitativa” (2014:60), capital asediada ya por el afán interpretativo que bulle por parte del investigador. Se trata de plasmar la experiencia vivida por los actores protagonistas de forma indirecta y reflexionar sobre ella. Es aproximarse lo más que se pueda a un punto focal donde puedan extraerse luego los procesos interpretativos de suyo hermenéuticos. Caben aquí los análisis temáticos y las *reductio* posibles que entrecruza el investigador en aras de la espiralidad que se demanda del modelo de camino escogido. Se hacen segmentaciones del discurso descriptivo para incorporarlos el análisis interpretativo del investigador y de las teorías existentes. Es ya fase propicia para la interpretación, para la hermeneusis, en la brevedad que sostiene el evitar la fricción aludida al comienzo.

Cuando se regresa a la descripción más interpretación es que se cierra el *espiral*, propuesto por Van Manen. Nada lo garantiza, pero es rescatable el intento. Es el momento de *resultados* donde se presentan descripciones e interpretaciones en entrecruzamientos primero y luego en elaboración de una *condensación* que aspira a ser un sustrato (en la acepción de soporte) para continuar el camino, esto es, que las acepciones probables que en la presente investigación subyazcan, tan sólo son atisbos (acaso lo medularmente importante de la presente investigación) para proseguir en nuevos intentos por aproximarnos al insondable, tanto como apasionante mundo de las

experiencias del íngrimo y acompañado sujeto que coexiste y construye realidades sociales en los *recintos h́ospitos*, los conocidos -y desconocidos- hospitales.

4.2. Lectura y relectura de lo descriptivo: sinopsis de categorías

Transcritas las entrevistas y conformado el *texto* narrativo, que alude Ricoeur como lo más valioso de una investigación fenomenológica, sólo queda, en recomendación de Pérez (2014): “leer y releer y vuelta a leer de todo ese cúmulo de información dotada de significados y susceptible de interpretación y comprensión” (2014:92). Algunas precisiones también ocupan el interés del investigador: la insoslayable reducción (la *reductio* implícita en el *camino* fenomenológico) que se hace tras lectura y relectura, en la tensión de mantener lo más fielmente posible la experiencia del sujeto investigado hecho texto. Es decir, la fidelidad fenomenológica en permanente tensión. Esa *tensión* es lo que reivindica González (2011) como el resultado de toda investigación cualitativa.

En otra vertiente de la investigación, pero en el mismo *camino*, ya se orientan las categorías adscritas desde lo apriorístico, pero en esencia con la observación directa realizada por el investigador. La primera categoría “El empecinamiento por hacer el bien” alude a cierta terquedad que pueden suscribir los profesionales sanitarios al acudir a un lugar de trabajo que no suele ser h́ospito con muchas de sus aspiraciones, también humanas. Ese ejercicio diario de reciedumbre y compromiso por no permanecer pasivos ni inmutables ante la vulnerabilidad ajena, acudiendo al hospital a trabajar y elaborar desde allí una respuesta solidaria con el otro, el que espera, y que amerita cuidado.

Esa convicción que observa el investigador en los profesionales sanitarios que participan de la investigación, en la reminiscencia *heideggeriana*, de que todo ser humano es un ser carencial, luego necesitamos ser cuidados, porque si no dejaríamos de *ser*, viene a representar una unidad de sentido de la significación que ellos otorgan a un compromiso de trabajo con personas en el hospital. Además, se percibe como un estado de conciencia en acudir al hospital, no sólo a cumplimentar un trabajo, ni a la conciencia como atributo de la interioridad de todo ser humano, sino un estado de conciencia en tanto creencia firme en la virtud profesional que imbrica elementos como los valores, la motivación, la voluntad, para hacer el bien.

La segunda categoría está unida al contenido del cuerpo en *la casa* donde puede ser tocado, palpado, intervenido, sin suscripción de culpabilidad manifiesta. El investigador la refiere como “El cuerpo en la casa del respeto”, pues es en el hospital donde la intimidad suprema del sujeto, su cuerpo, está expuesto, pues se confía en alguien que conoce el cuerpo y hará lo posible por salvar la vida *empapada* de enfermedad. La conciencia de los profesionales sanitarios observados y entrevistados, se sumerge en significaciones que traslucen las dificultades que subyacen y afloran en curar y cuidar en el cuerpo del otro, paciente. En el trato al cuerpo con la garantía del respeto, en el consentimiento necesario entre ambas partes que se involucran en un propósito sanitario, y en las garantías que ofrece el dialogo creador de confianza, estriban buena parte de la atenuación de tensiones que surgen, inevitablemente, en esta segunda categoría de análisis.

La otra gran vertiente de significaciones se aloja en el cumplimiento del deber del profesional sanitario en su *cotidianidad responsable*, donde destaca la observancia o no de la justicia a quienes ofrece cuidado. El mundo social de su vida cotidiana, el hospital, donde tiene un deber, en la concordancia *schütziana* de su analogía con el otro que vulnerable espera. La responsabilidad no es aquí la sola observancia de normas internas del nosocomio, ni códigos deontológicos, sino la decisión prudente de cumplir lo que debe ser cumplido, en tanto profesional sanitario que previamente delibera consigo mismo, con la mirada puesta en beneficio del paciente. Dicha responsabilidad maltrecha, en la incertidumbre de realidades hostiles que sobrepasan al profesional sanitario, es la que el investigador designa como “la responsabilidad impotente”. Es una tercera categoría de análisis de uno de los cuerpos descriptivos surgidos de las entrevistas, de corte excepcional pero insoslayable, del *aquí y ahora* que nos retribuye Shütz, en tanto constituye, respuestas en densidad y observación mediante, en relevante experiencia de los profesionales sanitarios que trabajan en el hospital donde se realizó el estudio.

4.3. Descripción de resultados: los que vivimos y morimos aquí

La entrevistada (código iniciático AP1: Actor-Protagonista 1) es médico cirujano, según consta en el cuarto de pliego de papel cebolla de gramaje 150. Lo dice la entrevistada y se revela en letra de estilo gótico en el papel mostrado y emitido por una

universidad venezolana. Es de nómina fija del hospital. De cuarenta y cuatro años de edad, casada y con dos hijos. Se ha especializado en Medicina Oncológica y su trabajo en el hospital consiste en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oncológicas. Posee una subespecialidad en radiología oncológica, realizado en el exterior. Acumula dieciocho años de experiencia y trabajo en el hospital y pertenece a diversas asociaciones profesionales y gremiales. En sus escasos ratos libres le gusta leer y pintar, dedicaciones que comparte con su hija mayor que estudia Arte. Accede a integrar la investigación, de manera voluntaria y entusiasta. Mujer sensible y conocida, compartió parte del fugaz esfuerzo de asistencia a pacientes oncológicos y familiares de las Brigadas de Asistencia Solidaria (BAS) en el Hospital Oncológico. Declara no poseer conflicto de intereses con los objetivos de la presente investigación. Suscribe el formulario de consentimiento informado.

Ficha Descriptiva
Fecha de Entrevista: 18/9/2016
Código de Entrevistado: AP1
Categoría: <i>El empecinamiento por hacer el bien</i>
Pregunta 1: Va al hospital diariamente a trabajar: ¿Qué significados otorga a su experiencia intrahospitalaria vivida en la sinergia: personas que atienden personas?

Una paciente del hospital, ingresada al servicio de medicina por deshidratación, portadora de un cáncer de colon metastásico en hígado, y bajo tratamiento de quimioterapia me entregó una mañana, al momento de recibir mi guardia, un papelito doblado en cuatro partes. En ese momento estaba ocupada valorando el esquema de tratamiento para mitigar su dolor y no pude leer lo que ella me decía en el papelito, y me lo guardé en un bolsillo de mi bata bajo la promesa de que leería luego lo que la paciente me había escrito allí. Y ya en casa me recordé del papelito y pude leer lo que estaba allí escrito. Era una reflexión de esa paciente, que posteriormente me confesó había re-escrito luego de una consulta poco amable e ingrata con una colega, que la fortaleció como paciente. No sé por qué razón me la entregó a mí, y la revelo aquí como una experiencia que marcó mi vida de médico en el hospital:

“Yo, soy tan sólo una paciente, y en mi dolencia que a nadie deseo pero que quiero (lo pido con paciencia, es decir, en uso del sustantivo): que me vean médicos preparados y competentes, bien remunerados (no de sí mismos) y, de ser posible, amables (aunque no entre en el sueldo). Médicos que si cometen un error (de los subsanables) que se disculpen, que todos nos equivocamos, y no pasa nada por disculparse. Médicos que te miren a la cara cuando te hablan y te expliquen lo mejor que sepan qué te pasa. Médicos que no se dejen la delicadeza en la puerta de la consulta o del quirófano, que la delicadeza es invisible, pero se deja ver, y no molesta. Médicos respetuosos, que no te despachen como si fueras un número en la charcutería. Y lo pido, porque soy una paciente respetuosa, educada, y hasta delicada con los médicos, incluso con los que no se lo merecen”.

Conversando con la paciente me enteré que era una educadora jubilada, licenciada en la universidad, con postgrado y que llevaba cinco años luchando con la enfermedad. El cáncer es terrible y a menudo las palabras son insuficientes para describir el sufrimiento de los pacientes. Ese papelito que conservo resume aspectos tremendos, por lo ciertos, sobre las aspiraciones de un paciente que puede ser cualquiera.

Yo soy médico de la república, eso me han afirmado desde que obtuve mi título el 18 de diciembre de 2000. Y más que de la república yo siento que soy médico porque me gusta y porque me motiva mucho atender pacientes, es decir, las personas que van a mi consulta o se encuentran convalecientes en el hospital. Yo no sé si es vocación como dicen o tampoco pudiera afirmar que esto es una profesión suficientemente reconocida social y económicamente. Pero una primera sensación por la que voy al hospital todos los días es de gusto por lo que hago. Aunque tengo que trabajar en otros lados para poder costearme mi vida y la de mi familia. Lo que sí sé y puedo insistir en esto es que me gusta, me siento útil ejerciendo mi profesión, siento que puedo ayudar a los otros que están padeciendo y que el hospital representa para mí el lugar por excelencia donde poder desarrollar ese gusto por la profesión, ese compromiso con los pacientes, que, para mí, es sinónimo de compromiso con el hospital. Si no existiera el hospital, seguramente habría otro lugar donde trabajar la medicina, pero el hospital con todas sus fallas es lo que hay, y aquí puedo trabajar a gusto. A menudo mi familia me cuestiona que paso mucho tiempo en el hospital y yo les digo que eso motiva mi vida, y lo hago en mi buena voluntad, el estar pendiente de todo lo que pasa en mi sala, en mi servicio, en el buen sentido, esencialmente en lo que respecta a los pacientes, en garantizar que no están siendo mal tratados ni tampoco se abusa de su estado. Eso claro que es difícil y frecuentemente infructuoso, pero me mueve mi conciencia a estar motivada en lograrlo.

Todo eso puede estar en los libros, es lo que nos dicen los adjuntos o jefes de servicio cuando estamos en proceso de formación y dudamos ante un signo o síntoma de la enfermedad. Pues resulta que no lo está del todo, y la medicina es una ciencia donde dos más dos no es cuatro. Donde cada cuerpo es diferente, donde cada mente puede pensar distinto y allí se crea entonces un asunto que no podría definir con palabras filosóficas, pero diría que eso hace a la medicina una ciencia difícil. Todo esto en el cáncer es aún más complejo, porque todo el mundo sabe que es una enfermedad cuyas complicaciones pueden llegar a los extremos de lo que conocemos en clínica patológica. Quienes tenemos algo de experiencia clínica podemos afirmar que sí, que esto no es soplar y hacer botella. Por eso me sonrío y opto por callar cuando dicen que somos ineptos o no sabemos algo y que por eso no servimos para nada, que no estamos motivados o que somos omisivos. Y eso no es verdad. Desde luego que no voy a negar que exista en determinados momentos la incompetencia entre nosotros los médicos. Lo he experimentado muchas veces. Pero eso no significa, al menos para mí, salvo en perversiones muy puntuales y escasas, el deseo expreso de no hacer bien las cosas en beneficio del paciente y de la institución.

Porque la institución, el hospital es la primera cosa que sale perjudicada en la opinión de la gente. Ese hospital no sirve. Allí uno entra sano y sale malo y cosas así, exageradas y que ignoran lo difícil que es tratar a un paciente. No saben que un tratamiento puede beneficiar a un paciente y a otro perjudicarlo. Esta realidad de desconfianza hacia nosotros y el hospital de que lo hacemos o no lo hacemos bien, muchas veces observada en mis dos décadas de ejercicio médico no se ha reducido a

pesar de la gran información que existe en los medios de comunicación y en la internet. No cambia esa percepción, incluso se ha agudizado porque ahora con los adelantos de la medicina todo el mundo piensa que podemos curarlo todo y esas expectativas alejadas de la realidad nos traen problemas y tenemos que explicar muchas veces que se hace lo que se puede y que muchos de los adelantos de los que se habla son procesos en etapa de experimentación, que la prensa o la internet no se encarga de aclararlo, y generan, en consecuencia, falsas expectativas. Sobre todo nosotros, la primera línea de atención a la enfermedad, los médicos y las enfermeras, que tenemos que lidiar con el cáncer y todo lo que significa en un contexto como el venezolano, son innumerables los deseos por querer superar la enfermedad y eso se entiende, pero también son ciertas las enormes deficiencias que padecemos en cuanto a tratamientos y eso no se asimila bien. Nadie pareciera entenderlo y entonces no estamos haciendo el bien y esa realidad crea una matriz de opinión desfavorable que afecta al paciente también y que repercute en su estado. Hay que hacer un esfuerzo sistemático entre los profesionales de la salud que tengan a cargo pacientes para irles haciendo ver poco a poco la verdad de su enfermedad, de la mejor manera, y que lo que hacemos nosotros está orientado a beneficiarle y que por tanto es preciso establecer una comunión de esfuerzos para luchar juntos contra la enfermedad.

Ficha Descriptiva
Fecha de Entrevista: 18/9/2016 Código de Entrevistado: AP1 Categoría: <i>El cuerpo en la casa del respeto</i> Pregunta 2: Su experiencia cotidiana en el hospital posibilita la atención a personas y lo hace desde un nivel de conciencia donde construye una realidad social humanizadora. En el hospital puede intervenir en el cuerpo de la persona hospitalizada. ¿Qué suscribe de esa interrelación?

Cuando me refieren un paciente o cuando lo pasan de quirófano a hospitalización, siempre me pregunto qué opinión tendrá ese paciente de los médicos que anteriormente lo han tratado, que le han jorungado su cuerpo. Casi siempre le pregunto (salvo que este inconsciente) al paciente de manera directa y me responden en diversos modos, pero casi en balbuceos, frases inconexas. Siento que hay inseguridad y miedo en verificar el modo como los hemos respetado en su enfermedad, especialmente al cuerpo, porque es el cuerpo de la otra persona, es el cuerpo del paciente, donde ejercemos los médicos buena parte de nuestros conocimientos, habilidades y destrezas.

Del miedo del paciente se intuye mucho, pero se sabe realmente poco, y no hablo del miedo natural que tenemos todos en la vida y en la muerte, sino del miedo que se percibe en el paciente cuando hablamos del respeto debido a su cuerpo. Del miedo a cómo ha sido trajinado su cuerpo, muchas veces sin pedirle permiso sin consultarle ni siquiera a sus familiares. De esta tela hay mucho que cortar en los hospitales, es decir muchas historias. En primer lugar, pienso que no debemos olvidar que somos médicos, pero seres humanos con virtudes y defectos; y los pacientes también son seres humanos iguales a nosotros. Lo que pasa es que uno le asignan un rol en el cual debe resolver un problema que es la enfermedad del paciente y si no asume una actitud indetenible entonces es mal visto sobre todo por nuestros colegas, ni se diga de pacientes o

familiares. Muchas veces lo que se conoce como consentimiento informado no se cumple en los hospitales. Eso es en las clínicas privadas por petición del seguro.

En el hospital muchísimas veces ni se pregunta. Procedes como médico y ya. Podemos coincidir en que eso está mal, pero a la luz de las cosas nuevas que han surgido de la bioética y esas cosas pareciera que resurge cierto cuidado con estas cosas. Yo siempre abordo al paciente con un mínimo de preguntas, es una tarea que me esfuerzo en hacer, en la forma como lo han tratado y cómo en su cuerpo, su más íntima posesión, le han hecho los procedimientos, pidiendo permiso y advirtiéndoles de efectos secundarios. Este breve espacio de tiempo en preguntar y pedir permiso al paciente pienso que nos hace mejores médicos, especialmente en los casos de pacientes crónicos, porque obviamente estos son más trajinados de servicio en servicio.

Así yo veo el respeto al paciente que estoy tratando, como si fuera un diálogo entre personas que anhelan un mismo objetivo: salir de la enfermedad. Yo me pongo en el lugar del paciente y trato de entender su miedo. Intento un diálogo que me permita adentrarme en su cuerpo para poder diagnosticar situaciones anómalas y aplicar los tratamientos respectivos, pero eso hay que explicarlo y pedir permiso, para de común acuerdo llegar a proceder como médico.

Ficha Descriptiva
Fecha de Entrevista: 18/9/2016 Código de Entrevistado: AP1 Categoría: La responsabilidad impotente Pregunta 3: Como profesional sanitario dentro del hospital, teje relaciones que implican deberes y derechos con otras personas que requieren cuidados ¿Qué representa la responsabilidad de cumplir con la indicación y/o administración de tratamientos al paciente dentro del hospital?

Es un deber sin atenuantes cumplir con los tratamientos del paciente. Eso lo tenemos muy claro los médicos y las enfermeras. No se admiten excusas. Sabemos que de eso depende la recuperación o no del paciente. Hemos estudiado eso, la causa y los efectos, y dentro de los efectos están los indeseables como consecuencia de un tratamiento no cumplido o mal ejecutado. A cada quien lo que le corresponde, dice el precepto bíblico, y eso es la clave de la terapéutica con el paciente. Todo eso es el día a día en un hospital y es también el rompecabezas de todos nosotros, vista la precariedad con que tenemos que enfrentar esta realidad. Los atenuantes no existen ni las excusas, pero el germen de la carencia terapéutica no depende, exclusivamente de nosotros ni mucho menos. Yo soy de las que cree que evidentemente hay una mala administración de los recursos del hospital. Aquí se invierte en cosas que no son tan necesarias y eso es uno de los meollos de la cuestión. Esa práctica de malgastar los recursos es lo que mantiene interminablemente la crisis. Eso y la ineptitud constituyen una bomba explosiva que solo deja destrucción.

Mi hijo estudia medicina y me comenta que le escuchó decir a un profesor en clase que la crisis de la atención en salud en Venezuela duraba ya casi cuatro décadas. Que eso ya no era crisis sino una manera de ser y que por tanto la fuerza de las costumbres se imponía. Yo no sé si eso es cierto del todo, al menos en el tiempo si lo creo. La crisis ya

es mayor que yo. Y lo de la forma de ser, imagínense, cuántas vidas no se ha llevado por delante esa manera de ser, acomodaticia a la crisis, sin que se resuelva la situación de injusticia que se deriva de malas administraciones e ineptitud. Cuando yo estudiaba medicina, y pasé por aquí en unas clases, ya teníamos crisis de quimioterapia, por ejemplo. Han pasado más de veinte años y todavía presentamos esa suerte de incertidumbre operativa en el hospital. No hemos podido conseguir la estabilidad. Digamos que, aunque sea en tres o cuatro cosas nada más. Pero no se nos escucha. Por tanto, no es justo que a los médicos no se nos escuche, que seamos unos conflictivos, unos insensibles y todo lo problemático que se encuentre, pero cuando tratamos de decir que en el hospital tienen que funcionar siempre tres o cuatro cosas, en función de garantizar la calidad de atención al paciente y por consiguiente su vida, no somos escuchados. Sencillamente. A veces sonrío cuando veo a los políticos en gestiones de gobierno en inauguraciones y reinauguraciones, cuando bastaba con hacer mantenimiento sistemático a las cosas que tenemos. Bastaría con cierto compromiso de pertenencia con el hospital y eso no se nos dice en ningún momento, pues hay charlas de todo, pero no hay ninguna que nos diga que el hospital hay que quererlo un poquito, que hay que asumir un compromiso con él. Bastaría con insistir en que es básico y elemental que un centro de salud como el hospital lo mantengamos limpio. Es necesario, diría que imprescindible el insistir, desde todos los servicios del hospital, en la pulcritud de los espacios hospitalarios, por ejemplo, los baños y los consultorios y los pasillos de espera de los pacientes, y las habitaciones, limpiándolos cada hora o qué se yo, lo que sé es que muchas, demasiadas veces dan asco; o basta con que la bomba de cobalto se mantenga operativa con criterios de mantenimiento preventivo y correctivo a tiempo; o con que los porteros sean amables con los familiares y exista un comité de recepción al paciente que ingresa, conformado por médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales que hagan menos ingrata la pernocta del paciente con nosotros; o que al paciente se le garantice un mínimo de sus medicamentos que va a necesitar mientras este en el hospital y que sean prescritos por un médico. Cuatro cosas con que se haría justicia. Cuatro cosas con las cuales el hospital mejoraría como referente. Lo digo desde la óptica de un hospital oncológico, pero pudiera aplicar para cualquier hospital. No es justo que tengamos tanta precariedad intrahospitalaria; que el recinto de pena. Que el común denominador del no hay nada se imponga como costumbre de una crisis hospitalaria que ya no se sabe de cuando viene, pero que evidentemente se agudiza día tras día. No se hace justicia para nada cuando vemos que los hospitales están como están y nosotros quienes prácticamente vivimos aquí nos de pena y hasta terror morir aquí.

4.4. Descripción de resultados: el hospital es como mi casa

La entrevistada (código iniciático AP2) es licenciada en enfermería, egresada de universidad venezolana. Es de nómina fija del hospital. De cuarenta y nueve años de edad, separada de su esposo, aun legalmente casada, con dos hijos. Uno de ellos graduado en una carrera universitaria relacionada con la salud (Odontología) y otra estudiando Enfermería. Ha realizado numerosos cursos de capacitación que avalan una experiencia hospitalaria de veinte años. En dicho lapso, ha *recorrido* todos los servicios

del hospital. Se involucra en la investigación desde el primer día, por considerar necesario este tipo de actividades en el nosocomio. Mujer de buen talante muy apreciada en el hospital. Declara no poseer conflicto de intereses con los objetivos de la presente investigación. Suscribe el formulario de consentimiento informado. La entrevista a AP2 fue realizada en tres tramos, uno de ellos en su hogar, por cuanto durante el desarrollo de la investigación el actor-informante tuvo una recaída de enfermedad de curso crónico que ameritó reposo absoluto.

Ficha Descriptiva
Fechas de Entrevista: 23/9/2016 Código de Entrevistado: AP2 Categoría: <i>El empecinamiento por hacer el bien</i> Pregunta 1: Va al hospital diariamente a trabajar: ¿Qué significados otorga a su experiencia intrahospitalaria vivida en la sinergia: personas que atienden personas?

He escuchado siempre, y me lo han reafirmado mis profesores(as) en la escuela de enfermería, que mi profesión es abnegación y dedicación. Quien quiera dedicarse a la enfermería tiene que tener una sólida vocación de servicio al prójimo. Yo soy cristiana de la Iglesia Libre Jesús de los Últimos Días, y asumo desde que me gradué la enfermería como un apostolado, como quien dice, un apostolado de Dios. Yo voy al hospital porque mi motivación me viene apoyada en eso, en mi convicción de que estoy haciendo el bien. Tanto yo como el paciente somos hijos de Dios y a partir de ese mandato de Dios yo actúo. Claro que la enfermería es una ciencia y que tiene sus cosas científicas y que debemos apegarnos estrictamente a eso, por cuanto podemos, con nuestra actuación, colocar en riesgo lo más sagrado de la persona que es la vida. Cuando me siento desmotivada trato de levantar el ánimo y me protege Dios, pues a él me encomiendo y suelo salir adelante y cumplir con mi trabajo, de no hacerle daño al paciente con mi proceder científico.

Yo sé que existen muchas razones para no sentirse motivada en hacer el trabajo de enfermería, por muchas cosas no estamos siendo consideradas en nuestro trabajo en el hospital. Somos muy mal remuneradas. Pero en el hospital siento que puedo ayudar a otros, que puedo mirarle la cara a mi familia y decirle que me siento recompensada por lo que deje de ganar, pues pude ayudar a otro prójimo que lo necesitaba. Y eso es lo que para mí es motivación, poder hacer las cosas de buena voluntad a pesar de todos los obstáculos que la vida te interponga. No es que eso sea garantía de nada, pero a mí me ha dado resultados favorables. Lo veo en los pacientes que atiendo, a los que les cumplo tratamiento médico, que me agradecen el trato y que saben todo lo que pasa a su alrededor.

En el hospital como suele decirse se sufre mucho, una se emociona mucho con la tristeza, pero también recibes alegrías, y eso es el premio máspreciado a tu esfuerzo como enfermera, eso es bien, y el hospital es la casa para hacer el bien. Hacemos el bien al paciente si actuamos como corresponde. Si no sabes hacer un procedimiento es

mejor no intentarlo, es menester pedir ayuda con otra colega que sepa hacerlo. El prestigio de nosotras en la práctica de la enfermería es clave, sin eso no valemos nada, ni vale nada el hospital que nos reúne. Yo en eso soy muy rígida y no hago concesiones.

Si es tan fácil decir que no lo sé y pedir ayuda. Para eso en un hospital se supone que trabajamos en equipo y por eso es siempre posible preguntar antes de caer en el error que puede hacer daño que es la negligencia por parte de nosotras, que es inadmisible. La negligencia viene pasando porque se ha ido relajando un poco el sentido del deber en enfermería y no se les recalca en el pregrado que la enfermera es un pilar fundamental de que las cosas se hagan bien en el hospital y que la característica benéfica de nuestro accionar debe ser siempre nuestro norte a seguir. En eso creo que vamos para atrás y lo veo en las nuevas generaciones de enfermeras, que en lo que puedo observar, desde mi trabajo en un hospital oncológico, es que las atenaza la forma deportiva en que toman la enfermería, la manera lait (sic) con que vienen a trabajar, sin observar nada ni preguntar cosas interesantes sobre la profesión a las más viejas en esto.

Siento que están muy lejos del apostolado con que asumimos muchas de las enfermeras esta profesión. Y así no se puede hacer el bien al prójimo que es nuestro paciente. Una de las cosas que vengo diciendo es que debemos reforzar la ética de la enfermería, porque veo mucha indiferencia y no se fortalece el compromiso del trabajo de enfermería intrahospitalario. Yo creo que para algunas personas es mucho camión pa'petra ser enfermera y lo digo sin vanagloria ni mucho menos. Pero es así.

Ficha Descriptiva
Fecha de Entrevista: 12/12/2016 Código de Entrevistado: AP2 Categoría: <i>El cuerpo en la casa del respeto</i> Pregunta 2: Su experiencia cotidiana en el hospital posibilita la atención a personas y lo hace desde un nivel de conciencia donde construye una realidad social humanizadora. En el hospital puede intervenir en el cuerpo de la persona hospitalizada. ¿Qué suscribe de esa interrelación?

Le puedo decir que se me hizo difícil aprender a inyectar y tomar la vía venosa. No lo niego. Llegué a estudiar enfermería porque no pude ingresar a medicina. Pero eso es otro cuento. Es más, agradezco que Dios me haya dado la oportunidad de ser enfermera, y enfermera de hospital, pues aquí encontré mi camino de servir al prójimo como manda nuestro Dios. Y hoy sigo enamorada de mi profesión. Desde la asignatura prácticas de enfermería, cuando nos inyectábamos agua destilada entre nosotros mismas las compañeras de estudio, fui superando poco a poco esos temores de inyectar y la venoclisis. De la inyección yo sabía que dolía y me causaba un miedo ancestral. Y también sabía que tomar las vías era algo complicado. En las inyecciones practicaba en la casa con mi abuela que padecía de artritis y yo le inyectaba profenid que le mandaba el médico del ambulatorio. Ya de eso hace casi veinticinco años. Y yo veía que a mi tía le dolía un poco, y le preguntaba si le dolía mucho, pero se quedaba callada. Después del procedimiento me decía que era mejor que le doliera un poquito el

pinchazo que ese dolor del diablo en las articulaciones. Eran mis primeros contactos con el cuerpo de otra persona.

Mientras estudiaba enfermería nos explicaban del pudor del cuerpo humano y del respeto debido hacia el cuerpo del paciente. De que la intimidad del cuerpo no se siente igual en las personas. Cuando ya era enfermera una de mis primeras experiencias en el hospital fue asear a un señor alcohólico, de esos que llaman vikingos, que había quedado inconsciente tras una caída contra el asfalto de la calle. Fue la orden de la jefa, que veía en mí posibilidades de ser una enfermera cooperadora. El encuentro con aquel cuerpo fue para mí toda una experiencia, en virtud de que tenía cierta aprehensión de hacer aquello. Y eso que solo era asearlo. En mí se internalizó un sentimiento de respeto combinado con conmiseración por aquel ser que no sabía nada de sí, que no estaba consciente y que yacía inerte ante mis manos. Aquel contacto con el cuerpo de otro, al que no pude preguntar nada, porque estaba inconsciente a consecuencia del traumatismo, significó para mí lo que yo llamo una experiencia límite que dejaría una huella imborrable en mi vida de enfermera y siempre se los recuerdo a las pasantes de enfermería que vienen por aquí por el hospital. Allí pude ver la enorme importancia del cuerpo en la práctica de la enfermería. El cuerpo de la otra persona significó para mí desde entonces como algo sagrado, algo que había que respetar, y una forma de respetar era limpiándolo, aseándolo bien y con el debido respeto.

Por eso limpiar el cuerpo del paciente, cuando no puede valerse por sí mismo, diariamente, es una de las faenas más importantes del personal de enfermería, así como limpiarle sus heridas y hablarle de las cosas que hacemos en su cuerpo. Y eso que no era aún cristiana practicante para ese tiempo de mis inicios de enfermera graduada. Pero pude saber que la intimidad más íntima de una persona reside en su cuerpo, para que nadie venga a faltarle, agredirlo, ultrajarlo, o mofarse. Es un derecho del paciente preguntar que le haremos en su cuerpo y nosotras las enfermeras tenemos que responderle claro, decírselo en palabras que el paciente entienda. Con los años, con la experiencia, tienden a perderse algunas de estas consideraciones con el cuerpo del otro, pero en mí prevalece el respeto, por cuanto no concibo otra forma de ser como enfermera. Claro que mi conducta no es la generalidad, pero sí creo que la mayoría de nosotras las enfermeras observamos cierto respeto por el cuerpo del otro. Incluso la costumbre va haciéndonos un tanto insensibles ante la intimidad y eso repercute en que no le paremos mucho como quien dice. Claro que los pacientes no son iguales y unos reaccionan de un modo más libre y otros con más pudor, por eso es que tenemos que observar siempre el respeto debido para con el cuerpo del otro. La responsabilidad de enfermería es con el ser del paciente, y esa responsabilidad es la que nos indican las normas del hospital y nuestro código deontológico, para ver a ese ser humano que es paciente de un modo integral, donde el respeto a su cuerpo expuesto a nuestras intervenciones es fundamental y no debe olvidarse nunca que debe ser considerado como sagrado. Tiene que ser algo que no pueda ser controlado por el paciente, pero su cuerpo debe ser respetado siempre, aún en el supuesto de que no tenga conciencia, que por algún motivo se encuentre inconsciente. Y en esos casos debe estar una como enfermera con un testigo para que todas las cosas se hagan correctamente, como lo dice el código de trabajo de enfermería, y como debe hacerse hasta por una, como ser humano que sabe lo que está bien y lo que no.

Ficha Descriptiva
Fecha de Entrevista: 21/1/2017 Código de Entrevistado: AP2 Categoría: <i>La responsabilidad impotente</i> Pregunta 3: Como profesional sanitario dentro del hospital, teje relaciones que implican deberes y derechos con otras personas que requieren cuidados ¿Qué representa la responsabilidad de cumplir con la indicación y/o administración de tratamientos al paciente dentro del hospital?

Nosotras somos las que cumplimos tratamiento en el hospital y tratamos de ser justas, pues es nuestro deber. Cumplimos las ordenes médicas y nos damos cuenta de las necesidades del paciente y las carreras y angustias de los familiares por conseguir los medicamentos. Claro que nos damos cuenta. Lo vivimos a diario. El hospital carece de casi todas las cosas. Desde hace tiempo eso es así. Pareciera que nadie pusiera corrección a esta realidad. El otro día, el mismo director del hospital me dijo que yo me quejaba mucho y que la cosas iba a estar peor. Me pareció de tan mal gusto el comentario de la autoridad hospitalaria que opté por retirarme de la asamblea, donde se trataba de informar de la crisis del servicio de radioterapia. Me indigna saber que no se le pueda cumplir el tratamiento a un paciente; o que se le cumpla a unos y a otros no, por la sencilla razón económica. Eso no es de Dios y no debe haber tolerancia en eso, porque poco a poco nos hemos ido degradando nosotras y el hospital en su totalidad, por cuanto al no haber tratamiento que aplicar no hay mejora en el paciente y yo veo que todo marcha hacia atrás.

A veces en las noches cuando duermo, me despierto sobresaltada con la idea de que cuando reciba mi turno en la mañana encuentre a todos los pacientes ya fallecidos porque no pudo administrársele el medicamento que requerían. Conozco de innumerables casos de fallecimientos porque no pudo aplicarse un tratamiento determinado. En el hospital es peor, por cuanto todo el mundo sabe que los medicamentos para combatir el cáncer son muy costosos y dependen de una fundación que muchas veces carece de recursos para adquirir estos fármacos. Yo sé que mi Dios está consciente de todos esto y acoge en su seno a todos estos pacientes sufrientes, pero también me pregunto qué porque ocurren estas injusticias en el hospital. Los médicos y las enfermeras hacemos lo que podemos, pero está claro que no depende de nosotros resolver este problema. No se sabe ya desde cuanto tiempo hace que no hay en el hospital, por ejemplo, alcohol. Lo que hay lo llevamos nosotras o lo compran los familiares de los pacientes. Alcohol, imagínese, alcohol, cuanto más otras cosas necesarias para el paciente oncológico. Esto es una realidad trágica y diaria que vivimos nosotras que trabajamos en el hospital y es en mi opinión una de las causas más importantes de desprestigio del hospital porque la gente lo califica muy rápido como que el hospital no sirve porque no hay remedios, y no es el hospital, son otros los causantes de esta injusticia, pues a los hospitales no los dotan sino esporádicamente y con muchas fallas y la demanda de pacientes sobrepasa nuestras capacidades. Eso todo el mundo lo sabe, pero nadie dice nada, no pasa nada.

4.5. Descripción de resultados: mantener la esperanza

El entrevistado (código iniciático AP3) es médico cirujano egresado de universidad venezolana. Es especialista en Cirugía Oncológica, postgrado alcanzado en el mismo hospital donde se desarrolla el estudio. Posee cursos de actualización de postgrado en cirugía laparoscópica y cirugía oncológica paliativa, ambos realizados en el exterior. Es de nómina fija del hospital. De cincuenta y dos años de edad, divorciado y con tres hijos, uno profesional y dos estudiantes universitarios. Actualmente con pareja estable, sin hijos. Ha sido adjunto y después jefe de servicio de cirugía en el hospital. Ejerce también docencia en el postgrado residencial del hospital. Se suma a la investigación en forma voluntaria, en la esperanza de que contribuya a mejorar los servicios del hospital. Declara no poseer conflicto de intereses con los objetivos de la presente investigación. Suscribe el formulario de consentimiento informado.

Ficha Descriptiva
Fecha de Entrevista: 8/2/2017 Código de Entrevistado: AP3 Categoría: El empecinamiento por hacer el bien Pregunta 1: Va al hospital diariamente a trabajar: ¿Qué significados otorga a su experiencia intrahospitalaria vivida en la sinergia: personas que atienden personas?

Yo creo que la medicina es una de las profesiones de la salud más maltratadas por la sociedad. Creo que esto se debe, en parte, a lo sobredimensionado que está el papel del médico en curar la enfermedad. Nosotros somos seres humanos, no somos dioses. Por tanto, nos equivocamos. Se nos pide sólo acertar en todo y no siempre es posible acertar. Muchas veces se le piden resultados al médico que si vamos a ver son inhumanos. No es que avale el error o justifique el desacierto, pero a veces lo comprendo pues las condiciones en que trabaja el médico no son las más idóneas, y no es por nuestra culpa que esas condiciones que favorecen al error o al desacierto se den, sin embargo, a quienes competen esas dificultades no se les reclama cara a cara. Por ejemplo, los políticos en cargos de gobierno nacional, regional o municipal, que manejan los presupuestos de todos los ciudadanos para atender y mejorar las cosas en el hospital. Y no se les reclama nada. Es más, hay una tendencia a decir que los culpables de la mala atención a los pacientes somos los médicos y las enfermeras, que trabajamos desmotivados o que tenemos otras motivaciones diferentes a servir al prójimo enfermo. Y eso en grandísima parte no es verdad. Lo digo por mí, con veinticinco años en el hospital y siento que no faltó a mi trabajo y me siento motivado como el primer día.

Damos precisamente eso, la cara ante el dolor, la cara ante el sufrimiento, la cara ante el abandono a que es sometido el paciente, incluso por sus familiares. Junto a la

enfermera somos a veces los malos, cuando en realidad no lo somos. Es más, somos los únicos que están allí para mantener la esperanza de vivir del paciente. Somos los que todos los días estamos ahí pendientes de cómo va la cosa, de intercambiar una palabra con el paciente, de cómo podemos mantener vivo al paciente. Aunque sabemos que al final la muerte se hará dueña de nosotros, los médicos venimos a este mundo a oponernos a que la muerte haga su función antes de la hora. De hecho, creo que era un filósofo, no recuerdo quien, que decía que el ejercicio de la medicina era sencillamente posponer hasta donde se pudiera la muerte, y eso nos da ya una función, una motivación, que para mí ha sido el fundamento de mi vida, el eje de mi existencia.

Para mí la motivación es sinónimo de ejercicio de la medicina, porque si no estás motivado no eres médico y puedes hacerle mal al paciente y eso significa lo antimédico, lo negativo, lo que no puedes tolerarse. La motivación nunca debe subestimarse pues es la base del compromiso que adquirimos con la institución. Si no estás motivado por esto entonces es mejor no venir al hospital. Tampoco es que quiera decirte que creo en ese buenismo medio estúpido de la medicina, esos médicos abnegados de la boca para afuera, que no son capaces de pasar un 31 de diciembre en el hospital con los pacientes moribundos. Creo en la medicina cabal y correcta; donde no debes hacer daño al paciente y donde debes generarle confianza de que lo que le vas a hacer va a ser bueno para él, basándote en la medicina evidente, comprobada y también decirle que aun así hay riesgos e imprevistos. Sin subterfugios ni sofismas esa es la práctica que hacemos humildemente en nuestro hospital, lo que yo llamo medicina cabal.

Ficha Descriptiva
Fecha de Entrevista: 8/2/2017 Código de Entrevistado: AP3 Categoría: <i>El cuerpo en la casa del respeto</i> Pregunta 2: Su experiencia cotidiana en el hospital posibilita la atención a personas y lo hace desde un nivel de conciencia donde construye una realidad social humanizadora. En el hospital puede intervenir en el cuerpo de la persona hospitalizada. ¿Qué suscribe de esa interrelación?

Desde Vesalio creo que la civilización fue perdiendo el miedo al cuerpo humano. Al miedo de conocerlo en sus detalles internos, por cuanto ya Da Vinci en el Vitrubio nos lo había pintado por fuera en perfecta dimensión. A nosotros los médicos cuando estudiamos anatomía es como como para ir perdiendo ese miedo, sin embargo, siempre hay y habrá un respeto, digamos por el cuerpo del paciente. Ese respeto está en nuestra condición moral, porque no todo es morfología y sobretodo somos seres en sociedad que debemos respetar ciertos pudores. En la práctica médica, especialmente los cirujanos tenemos que saber que el cuerpo es nuestro centro de operación. Nos buscan o llaman para intervenir, bajo esquemas precisos donde lo fundamental es que vamos a introducirnos en el cuerpo de otro, para intentar reducir, extirpar, en suma y generalmente sacar algo que está anómalo y que daña al resto del cuerpo. Lo hacemos en la convicción de que podemos mejorar la salud alterada del paciente. Claro que eso no puede hacerse sin el consentimiento del paciente y si éste no está consciente, debe plantearse a los familiares.

No niego que en muchas ocasiones tenemos que intervenir de emergencia, y el paciente se encuentra muchas veces inconsciente y entonces tenemos que abordar su cuerpo sin el referido consentimiento que otorga el hospital. Eso es la medicina y su práctica que a veces no se puede cumplir con todas las normas y hay que actuar si no el paciente muere y entonces. Esto es un asunto muy complicado que en mi opinión debería canalizarse en comités de personas conocedoras que elaboren una especie de protocolo para urgencias, por cuanto las normas existentes están planteadas en estados de cierta tranquilidad y a veces la urgencia nos supera en nuestra capacidad de esperar por una norma que pone en riesgo la vida del paciente si no se actúa. Ha prevalecido el criterio del médico, pero no sin consecuencias y esto hay que blindarlo por cuanto el riesgo existe y la muerte está allí todos los días. Nos espera en la puerta y también dice buenos días, pero es para desconfiar. Claro que cumplimos y hacemos cumplir en las cirugías electivas con el consentimiento informado y hacemos ver al paciente qué le vamos a practicar en su cirugía, pero creo que falta más, y no debería ser sólo el cirujano quien le explique eso al paciente, sino en piso, los residentes también pueden ayudar, y las enfermeras, todos el mundo, porque en el hospital no somos una individualidad, somos un grupo de gente, un equipo que debe funcionar tras un solo objetivo que es el bienestar posible del paciente y el mantenimiento del prestigio de nuestra institución. Yo sé que eso no es fácil, porque en definitiva somos humanos, imperfectos, inconstantes, egoístas, vulnerables, pero en eso se va nuestro empeño en el hospital en hacer ver la importancia de valorar la opinión del paciente y llevarla a un plano donde se genere la confianza necesaria como para poder hacer buena medicina, aún en los obstáculos por todos conocidos y que nos llevaría otra entrevista entera para referirlos o tratarlos.

Ficha Descriptiva
Fecha de Entrevista: 8/2/2017 Código de Entrevistado: AP3 Categoría: La responsabilidad impotente Pregunta 3: Como profesional sanitario dentro del hospital, teje relaciones que implican deberes y derechos con otras personas que requieren cuidados ¿Qué representa la responsabilidad de cumplir con la indicación y/o administración de tratamientos al paciente dentro del hospital?

Yo tengo veinticinco años de servicio, me faltan catorce días para cumplirlos. No pienso jubilarme todavía. Incluso no podría, pues me faltan años de servicio y de edad, pero eso no es el punto, y lo es en algún modo. No tengo la destreza de antes, digamos de hace diez años, así lo siento. Y más que destreza tal vez ya no tengo el talante para soportar cosas, digamos como la ineficiencia o la estupidez de algún burócrata que dirige al hospital o algún médico clínico que no sabe cómo realmente se cuecen las habas en un hospital oncológico.

Si. Lo reconozco. No tengo ya mucha paciencia, pero eso no significa que no tenga aún, digamos, ciertas virtudes como médico y que no sienta al hospital como mi hogar donde puedo hacer el bien. Comienzo por decirte que tenemos en el hospital más de una década con una factura quirúrgica (así le llaman los gerentes de salud) rezagada, es decir, tenemos mucha más demanda que oferta, por cuanto no tenemos quirófanos operativos ni camas suficientes, porque fallan los insumos, porque muchos médicos se

han ido a hacer cirugía privada, y eso no lo cuestiono para nada, pero el hospital, por darte un ejemplo, está operando hoy los pacientes que debió haber operado hace ocho meses o hasta un año. Y esto genera un cuadro de injusticia que nos hace a menudo llevar las manos a la cabeza. Esto revela que actuamos tarde ante una enfermedad como el cáncer cuya intervención a tiempo es la clave para prolongar la vida.

La gente debe saber que una cirugía no es sólo el paciente y el médico cirujano, sino que se requieren una serie de condiciones que hay que cumplir, precisamente para salvaguardar la vida del paciente. Y eso es complejo, por más que queramos ser justos y operar a todo el mundo a tiempo. Soy de los que asumo un quirófano como un templo al que debemos cierto ritual de respeto tanto al paciente como a nosotros mismos, por cuanto en cualquier error podemos estar cayendo en una desgracia. Tener todo a punto en un quirófano es como el funcionamiento de una orquesta sinfónica experimentada, todo suena bien, pues en un quirófano cualquier cosita hace desafinar y todos nos ponemos en riesgo. A muchos de los residentes de postgrado le digo que debemos agradecer a Dios todos los días que vengamos al hospital pues aquí trabaja Dios, y eso hace que no haya más tragedias y que no mueran pacientes, pues el cuadro, y no quiero ser alarmista ni mucho menos, es, por decir lo más bonito, desolador. ¿Nos cruzamos de manos? No. Todos los días venimos y somos en ocasiones remendadores, carpinteros, plomeros, bomberos, lo que sea y haya que hacer, pero seguimos operando. Por eso, digo yo, especulando, es que nuestros médicos son tan buenos y reconocidos en el exterior, porque aquí se bate el cobre con todas las dificultades y resolvemos. Claro que lo deseable es que al paciente se le brinden todas las condiciones que requiere como persona sujeta de derecho, y, es más, aquí lo cumplimos hasta donde se puede, pues el hospital debe ser eso, el centro por excelencia donde se respeta al paciente.

4.6. Descripción de resultados: trato como me gustaría me trataran

La entrevistada (código iniciático AP4) es licenciada en enfermería egresada de universidad venezolana. Posee una maestría en gerencia de servicios de salud, postgrado alcanzado en el transcurso de la investigación. Posee cursos de actualización en cuidados de enfermería e instrumentación quirúrgica. Pertenece a la nómina fija del hospital. Es de treinta y ocho años de edad, soltera y con una hija, que fue paciente del hospital y superó una patología de difícil pronóstico. Es coordinadora de sección y ejerce docencia universitaria en instituto de educación superior. Manifestó sentirse muy entusiasmada con el hecho de sumarse a la investigación y revela gusto e inquietud por los temas bioéticos y políticas públicas de salud. Declara no poseer conflicto de intereses con los objetivos de la presente investigación. Suscribe el formulario de consentimiento informado.

Ficha Descriptiva
Fecha de Entrevista: 14/3/2017 Código de Entrevistado: AP4 Categoría: El empecinamiento por hacer el bien Pregunta 1: Va al hospital diariamente a trabajar: Qué significados otorga a su experiencia intrahospitalaria vivida en la sinergia: personas que atienden personas.

Yo he sido paciente y mi hija también estuvo aquí. Operada y recuperada en mi querido hospital oncológico. Ahora trabajo aquí, atendiendo pacientes. Sé lo que es estar allí esperando una atención, un tratamiento, por eso es que tan solo un aliento, una palabra de apoyo es importante para el paciente. Sé de las dos cosas: atender y que te atiendan. Por tanto, trato a la gente como a mí me gustaría que me trataran. Es sencillo y sé que no es fácil, pero hay que hacer un esfuerzo porque el maltrato al paciente es lo que ha hecho de los hospitales un sitio poco agradable. Si tratas mal al paciente; si no te relacionas bien con tus compañeros de trabajo, entonces no estás haciendo bien las cosas. Hay que revisarse. La motivación está en cero. Porque si no revisas tu motivación el hospital se afecta porque la gente va a decir que no somos humanas, ni sentimos el dolor y sufrimiento de los que están hospitalizados. Que hacemos daño más bien. Por eso lo primero es tratar con amabilidad al paciente porque sabemos que está en un momento difícil y es un ser humano como nosotros. Como enfermeras debemos mostrar eficiencia en el cumplimiento de nuestras responsabilidades, pero sumado a eso está una de las características de la enfermera: apoyo. Y el apoyo es eso, pensar en el otro que sufre y que lo tienes enfrente y que está solo. Porque cuando un paciente está hospitalizado está más solo que nunca y su familia pasan a ser los médicos y las enfermeras, sobretudo en enfermedades cuyo tratamiento se hace largo.

Mi trabajo en sí constituye mi motivación, porque sé que en mi trabajo en el hospital está dada la posibilidad de serle útil al paciente y a tus compañeros de trabajo. No se trata de querer o poder, debe ser una especie de don mayor, de compromiso superior que tenemos como seres humanos, de emoción pura por hacer el bien al paciente, puesto que, si no lo cumples estás haciéndole daño a otro ser humano, es decir, haciéndote daño a ti mismo, puesto que tú también eres un ser humano. El daño o maltrato al paciente no es solamente si le produces dolor físico por un puyazo mal dado, es también eso, es también si no le das el acompañamiento en su dolor y sufrimiento y eso para mí es fundamental, es una de las partes esenciales en la labor benéfica de la enfermería. No debemos olvidar nunca que el paciente es un ser humano que no sólo siente dolor físico, sino que también tiene mente, y su psiquis está alterada y requiere atención integral en la unidad biopsicosocial que es.

Ficha Descriptiva
Fecha de Entrevista: 14/3/2017 Código de Entrevistado: AP4 Categoría: El cuerpo en la casa del respeto Pregunta 2: Su experiencia cotidiana en el hospital posibilita la atención a personas y lo hace desde un nivel de conciencia donde construye una realidad social humanizadora. En el hospital puede intervenir en el cuerpo de la persona hospitalizada. ¿Qué suscribe de esa interrelación?

Si el paciente es una unidad biopsicosocial es que siente, piensa, y comunica. Así lo veo yo. El paciente cuando siente es porque le duele y generalmente pide ayuda; cuando piensa es porque puede extrapolar su situación de enfermedad y sentirse desolado; cuando quiere o pide algo se comunica porque está en un medio social. Por supuesto que es enorme la cantidad de emociones encontradas que vemos aquí en el hospital, porque esta es una enfermedad muy dura. Todos estamos esperanzados en que algún día pueda lucharse mejor contra el cáncer, pero sé que esa lucha es difícil porque es como un cangrejo, se esconde y vuelve a salir. Pero la ciencia lo podrá hacer. Todo paciente yo lo sé tiene derechos.

En todos los casos el paciente posee derechos como ser humano. Uno de esos derechos es el que tiene a saber sobre las cosas que le hacemos en su cuerpo. Aunque en el hospital casi nadie le para a eso, soy de la que cree que eso es indispensable en la buena práctica de enfermería. Puede no estar escrito en la norma, en el código, en el protocolo, pero se trata de la necesidad que tiene una persona de saber qué es lo que van a hacer con su cuerpo, en su cuerpo, lo que le pertenece sólo al ser humano que es paciente.

Por ello no puede concebirse una práctica de enfermería sin la comunicación con el paciente, sin la debida y prudente acción de intervención en el cuerpo del paciente y la aprobación a dicha intervención por parte de éste. Yo cuando estoy frente a la cama del paciente le digo voy a hacerte esto o aquello, le hablo y le explico que el médico indicó esto, y esto puede traerte alguna consecuencia, por tanto, siempre le pido que me informe si está de acuerdo y entonces tiene que establecer verbalmente el acuerdo conmigo de que estamos de acuerdo y proceder a la aplicación de cualquier cosa, por insignificante que sea. Verbal porque a veces no hay ni papel donde escribir o firmar nada.

Se trata de contar con el paciente, en lo que le compete, pues en definitiva es su cuerpo y es su vida, y nosotros como profesionales de la salud que somos debemos respetar siempre eso. El hospital siempre está en corricorri claro está, pero eso no significa que no tengamos un minuto para establecer un diálogo antes de actuar en el cuerpo del paciente, a menos que este inconsciente y se nos ordene aplicar alguna cosa, algún tratamiento. Y aun así existe la posibilidad de hablar con los familiares y explicarles y hacerlos suscribir el acuerdo de consentimiento informado. Aquí en el hospital lo aplicamos cuando se puede, y particularmente, la jefatura de enfermería está muy pendiente de eso.

Ficha Descriptiva
Fecha de Entrevista: 14/3/2017 Código de Entrevistado: AP4 Categoría: La responsabilidad impotente Pregunta 3: Como profesional sanitario dentro del hospital, teje relaciones que implican deberes y derechos con otras personas que requieren cuidados ¿Qué representa la responsabilidad de cumplir con la indicación y/o administración de tratamientos al paciente dentro del hospital?

En un hospital se ve de todo. Y en un hospital venezolano se ven aún más, porque pareciera que nos persiguen las plagas de Egipto. Desde que me gradué de enfermera trabajo aquí. Quince años de trabajo cumplidos aquí en la institución y nunca he visto en buen estado, por ejemplo, las luces de la entrada del hospital. Pase usted de noche por aquí para que vea. Un detalle tan solo pero que dice mucho del mantenimiento, o mejor dicho de la ausencia de él. Si esa falta de mantenimiento la aplicamos al almacén de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos puedo asegurarles que la rotación de inventarios es deficiente, cuando menos esporádica, y eso a un hospital oncológico no sirve, es de vida o muerte, como quien dice, que el paciente oncológico tenga oportunamente los insumos necesarios, desde la cirugía hasta la hospitalización.

El otro día nos convocaron al personal médico y de enfermería a una charla sobre inequidad en los servicios de salud. Precisaban los criterios de eficacia y oportunidad: el tratamiento deber ser eficaz y oportuno. Cuán lejos estamos de esa realidad. Casi no tengo nada que decir, pues es para ponerse a llorar. Por supuesto en la conciencia de quienes trabajamos en el hospital está claro que buena parte de la justicia dentro del hospital, digamos en lo ideal, reside en que los pacientes sean tratados por igual, que reciban justo a tiempo la cantidad y calidad necesarias en sus terapias, que sean asistidos en justa correspondencia por nosotros, que sean atendidos oportunamente, esa es nuestra responsabilidad, pero no podemos hacer nada, pero nosotros los que sabemos cómo es la cosa, por lo menos en nuestro hospital, podemos asegurar que no es así, y no es porque nosotros no sabemos ni queremos, es que sencillamente no podemos hacer más nada de lo que hacemos, por cuanto eso es parte de la administración que no supe a tiempo los insumos, ni atiende nuestras peticiones, por cuanto alegan que estamos pidiendo mucho.

Nuestra responsabilidad con la paciente pasa en muy buena medida porque quienes dirigen al hospital, que por cierto nunca están en el hospital pues ni vienen, o no tienen la sensibilidad ni el conocimiento necesario y mucho menos la ética y la responsabilidad para saber que un paciente requiere de insumos y medicamentos. Y si esto no se cumple sencillamente estamos cayendo en la injusticia de nosotros por no poder cumplir tratamientos, es decir, negando la esencia misma de asistir a los pacientes, la esencia misma del hospital. Es nuestra realidad diaria en el hospital.

4.7. Las puertas se abren una sola vez: la navegación hermenéutica

Tenemos futuro, en la medida en que los seres humanos se reconozcan, no iguales, sino distintos y equivalentes. Otros y solidarios. **Agnes Heller.** 1990.

Una evidencia de perseverante constancia del hospital es que sus “puertas se abren una sola vez”. La expresión es De Azua (en el poema *Hospital*, del libro *Historias Médicas, ¿Qué me pasa doctor?*, 2001). En dicha expresión cabría toda la hermenéusis posible de la pizca cuasi infinita de su breviario de historias, por cuanto al recinto

hóspito suele conocerse una apertura para casi nunca cerrar. Borges en *Ficciones* nos remitía la aseveración de que a los hospitales les costaba *morir* (cerrar, desaparecer) pese a verificar tantas muertes en su interior. Antes del morir *borgiano*, que puede suceder y ocurre, el hospital *hace* metamorfosis, se remodela, sucumbe y hasta reaparece, pero estila *vida* prolongada. Se corroe, se torna inhóspito incluso, pero se olvida todo trance tras el alta con vida plena. Hay algo, existe algo en su interior, que instiga, de una desconocida manera a quienes han estado allí, a reimpulsar los ímpetus, pese a todo trance, a mantener abiertas las puertas que revela una certeza que nombra el verso De Azúa.

El hospital constituye una de las instituciones más notables de la *resistencia*, la resistencia de las instituciones a desaparecer, vista la entropía de las sociedades. Resistencia que se asocia no sólo a la muerte, sino sobre todo a la vida misma, en tanto dentro de sus recodos suele *curarse* la gente; por cuanto en sus reductos florece, muy frecuentemente y pese a repelencias, la solidaridad de *cuidar*. En su interior, en el mundo social que se gesta diariamente, se convalidan antípodas hasta hacerse conformidad indivisible, como la vida y la muerte; se afrontan los estados disímiles de la morbilidad donde antes hubo armonía, como en la enfermedad y la salud; se procura la sanidad tras el festival de emociones que la sortean; se reducen los espantos tras la jeringa que cada cierto tiempo trae la pócima analgésica. Y detrás de todo, en el hospital, siempre está la gente. Cabe decir, los seres que humanos, en tanto personas, unos y otros, conjugando los verbos curar y cuidar, y en dicha conjugación construyen la minúscula y grandiosa hazaña de vivir los dos días con sus noches que significan la vida.

Los hospitales lo hacen las personas. Boschínglés es quien establece el axioma en torno a la relación humana fundamental que se teje en los hospitales: “personas que atienden personas” (2011). Sin las personas es poco probable que el hospital fuere como le conocemos hasta hoy. No hubiera podido persistir en *resistencia* institucional. Por eso es de interés aproximarse a los fenómenos que revelan el otorgamiento de significados de las personas para con la institución que les alberga en dicho axioma. Estas personas son los “profesionales sanitarios” (Gracia, 1990:7) en su función médica o de enfermería, probablemente dos de las profesiones de la salud más cercanas al trato con otras personas, los pacientes, el otro gran grupo co-protagónico de personas que *hacen* al hospital de todos los días.

La hermeneusis en la presente investigación se hace con el punto de mira en escenarios vislumbrados, por tanto, movedizos, incluso permeables a equívocos. Precisamente, de los equívocos y sobre la seguridad de la duda, es posible continuar aquella máxima atribuida a Dilthey de que la vida debe ser entendida a partir de la propia experiencia de la vida. Esto quiere decir que la hermeneusis de la investigación que se presenta se realiza a partir de una formalidad de categorías y subcategorías de análisis, desde las experiencias de la vida hospitalaria, en relatos aportados por los actores-participantes, pero por los laterales de dicha hermeneusis rondan los acicates de inquietud e implicancia que nos recuerda Moreno (1998) y las agudas advertencias de Morin sobre el afán hasta patético de repetirnos.

Rondan, los remordimientos del *invivir* que propone Moreno, en una investigación que tiene que ver sobre *mundos vividos*, en una institución que la hacen diariamente personas que prácticamente *viven* en él. Además, la búsqueda *heideggeriana* de interpretar el sentido de los significados, y los afanes *gadamerianos* y *ricoeurianos*, de interpretar al ser humano como ser *histórico* que se manifiesta en el lenguaje del *texto*, colocan al investigador en lo que Unamuno llamaba “la rondalla de la luz”. Esto es, darle vuelta a la lámpara, para saber que lo que pueda hacerse no es más que un muy minúsculo grano de arena en el desierto que persiste y nos anima a seguir tras el aún desconocido oasis.

Buscar en la dialéctica interpretativa, afín a todo ejercicio de hermeneusis, la intención de la dialéctica de pregunta y respuesta que han cubierto los actores-participantes de la investigación, significa el momento de *coraje* de la investigación. Para ello no se acude en soledad a la suerte de refriega. Apelamos a la compañía de un viejo sofisma que utilizaban los griegos del s. IV cuando requerían de cierto arbitraje. Ubicaban a un tercer personaje, y efectuaban un triángulo. Establecían una *triangulación* y allí se debatía en propiedades válidas para el trío. Al final, del asunto debatido, debía buscarse algo parecido al *consenso*. Ese consenso que emergía del debate triangulado era la idea que había que atender, hasta que hubiera otra. Parecido aquí, cuando a partir de las experiencias subjetivas medulares de los actores-participantes y las observaciones y recursos del investigador, se ubica al tercer elemento consistente en un juego de opiniones de otros, teorías existentes y subyacentes que

plantean otros, y precisiones o conceptos al vuelo de marcos teóricos, para procurar edificar un proceso de triangulación a partir de las categorías y subcategorías establecidas e ir desembocando en esa especie de oasis repentino, que suele ser fugaz, que son los consensos en torno a la pretendida teoría. El atrevimiento que también implica la hermeneusis y la sola posibilidad de intentar homogeneizar el cúmulo de información en torno a los objetivos previstos, es lo que otorga a la presente investigación su modesto destino de dudar, no desde una esquina de calle de alto tráfico, sino desde el angosto afán del sendero de seguir preguntándonos.

A continuación, se presentan las fichas de hermeneusis, con sus *códigos de encuentro*, provenientes de los *códigos de entrevista*, presentes en las fichas descriptivas fenomenológicas, que se presentaron en su exacto calco. De dichas fichas descriptivas fenomenológicas íntegras, aquí, a este nivel, operamos en una segunda reducción textual para facilitar exigencias hermenéuticas en torno a *esencias*, los *esenciales lenguajes* que apunta Gadamer. Aquí se enfoca la comprensión de los enunciados de las categorías asumidas ya dispuestas para la hermeneusis en glosas, alusivas al propósito *ricoeuriano* de atender lo liminar más allá de lo aparente. En este sentido Ricoeur reivindica el texto desglosado, que en su exégesis para la fenomenología es la esencia, para la hermenéutica es la refiguración de la experiencia. En *La metáfora viva* (1975) Ricoeur atribuye al texto desglosado “el paréntesis fenomenológico y la comprensión medular de la hermenéutica en la experiencia del sujeto” (1975:79).

De cada categoría interpretativa se derivan las subcategorías seleccionadas, como coletáneas para perfilar la pulcritud de atmósferas de lenguaje, y procurar aproximarnos lo más cerca posible a una interpretación de las experiencias de nuestros actores-participantes, en sus significaciones de las interacciones que co-construyen dentro del denominador común de sus *mundos de vida*: el hospital. Finalmente se *levanta* de nuevo el ancla, es decir, una primera categoría que hizo su recorrido descriptivo fenomenológico, que titulamos, en prontitud de evidencias “El empecinamiento de hacer el bien”, y que *ahora* se apresta en tanto *categoría* para su *navegación* hermenéutica.

Ficha de Hermeneusis

Códigos de Encuentro: AP1-EHB-C1, AP2-EHB-C1, AP3-EHB-C1, AP4-EHB-C1

Categoría Interpretativa: *El empeñamiento por hacer el bien*

Sub-categorías: valores, motivación, voluntad, el bien.

Glosa de AP1-EHB-C1

“Yo siento que soy médico porque me gusta y porque me motiva mucho atender pacientes; es decir, las personas que van a mi consulta o se encuentran convalecientes en el hospital”.

“Yo no sé si es vocación como dicen, lo que sí sé y puedo insistir en esto es que me gusta, me siento útil ejerciendo mi profesión”

“El hospital representa para mí el lugar por excelencia donde poder desarrollar ese gustarme de la profesión, ese compromiso con los pacientes que para mí son sinónimo de compromiso con el hospital”

“A menudo mi familia me cuestiona que paso mucho tiempo en el hospital y yo les digo que eso motiva mi vida, y lo hago en mi buena voluntad”

“Me mueve mi conciencia a estar motivada en lograrlo”

“Opto por callar cuando dicen que somos ineptos o no sabemos algo y que por eso no servimos para nada, que no estamos motivados o que somos omisivos. Y eso no es verdad”

Glosa de AP2-EHB-C1

“Quien quiera dedicarse a la enfermería tiene que tener una sólida vocación de servicio al prójimo”.

“Yo voy al hospital porque mi motivación me viene apoyada en eso, en mi convicción de que estoy haciendo el bien”.

“Somos muy mal remuneradas. Pero en el hospital siento que puedo ayudar a otros, que puedo mirarle la cara a mi familia y decirle que me siento recompensada por lo que deje de ganar, pues pude ayudar a otro prójimo que lo necesitaba. Y eso es lo que para mí es motivación, poder hacer las cosas de buena voluntad a pesar de todos los obstáculos que la vida te interponga”.

“En el hospital como suele decirse se sufre mucho pero también recibes alegrías, y eso es el premio máspreciado a tu esfuerzo como enfermera, y eso es el bien, y el hospital es la casa para hacer el bien”.

“Hacemos el bien al paciente si actuamos como corresponde. Si no sabes hacer un procedimiento es mejor no intentarlo, es menester pedir ayuda con otra colega que sepa hacerlo”.

Glosa de AP3-EHB-C1

“Yo creo que la medicina es una de las profesiones de la salud más maltratadas por la sociedad”.

“Nosotros somos seres humanos, no somos dioses. Por tanto, nos equivocamos. Se nos pide sólo acertar en todo y no siempre es posible acertar”.

“Lo digo por mí, con veinticinco años en el hospital y siento que no falto a mi trabajo y me siento motivado como el primer día. Damos precisamente eso la cara ante el dolor, la cara ante el sufrimiento, la cara ante el abandono a que es sometido el paciente, incluso por sus familiares”.

“Somos los que todos los días estamos ahí pendientes de cómo va la cosa, de intercambiar una palabra con el paciente, de cómo podemos mantener vivo al paciente”.

“una función, una motivación, que para mí ha sido el fundamento de mi vida, el eje de mi existencia”.

“Para mí la motivación es sinónimo de ejercicio de la medicina, porque si no estás motivado no eres médico y puedes hacerle mal al paciente y eso significa lo antimédico, lo negativo, lo que no puedes tolerarse”.

“Creo en la medicina cabal y correcta; donde no debes hacer daño al paciente y donde debes generarle confianza de que lo que le vas a hacer va a ser bueno para él”.

Glosa de AP4-EHB-C1

“Yo he sido paciente y mi hija también estuvo aquí. Ahora trabajo aquí, atendiendo pacientes. Sé lo que es estar allí esperando una atención, un tratamiento, por eso es que tan solo un aliento, una palabra de apoyo es importante para el paciente”.

“Porque si no revisas tu motivación el hospital se afecta porque la gente va a decir que no somos humanas, ni sentimos el dolor y sufrimiento de los que están hospitalizados. Que hacemos daño más bien. Por eso lo primero es tratar con amabilidad al paciente porque sabemos que está en un momento difícil y es un ser humano como nosotros”.

“Y el apoyo es eso, pensar en el otro que sufre y que lo tienes enfrente y que está solo. Porque cuando un paciente está hospitalizado está más solo que nunca y su familia pasan a ser los médicos y las enfermeras, sobretodo en enfermedades cuyo tratamiento se hace largo”.

“Mi trabajo en sí constituye mi motivación, porque sé que en mi trabajo en el hospital está dada la posibilidad de serle útil al paciente y a tus compañeros de trabajo”.

“El daño o maltrato al paciente no es solamente si le produces dolor físico por un puyazo mal dado, es también eso, si no le das el acompañamiento en su dolor y sufrimiento y eso para mí es fundamental, es una de las partes esenciales en la labor benéfica de la enfermería”.

4.8. El empecinamiento por hacer el bien

Esto tiene que ser algo más que fútbol, dice un niño en el spot televisivo sobre la liga española, refiriéndose a la efervescencia con que los *foreros* vivencian los partidos de fútbol en los estadios. Se vuelven locos, concluye. Pienso en la analogía con que los profesionales sanitarios asumen su venida al hospital a trabajar. Desde la observación de la realidad que caracteriza los servicios de salud, esto tiene que ser algo más que un salario, unas condiciones de trabajo, un visto bueno al ego, y tantas cosas más. Cada día tienen que venir al hospital. Es su lugar de trabajo, incluso uno de sus lugares, por cuanto tienen que trabajar en otros sitios para costearse la vida. Tienen que sobrellevar las responsabilidades del hogar, de la familia, de ciudadanos, junto al trabajo diario en el hospital. Dentro del recinto hospitalario adelantan relaciones, esencialmente con dos universos de personas: los pacientes y sus propios compañeros de trabajo. Se rigen por normas que el hospital tiene para garantizar su operatividad. Y, finalmente tienen que encontrarse en la conciencia de sí mismos, en ese inescapable e irreductible trance vital consciente donde mentirse vale de poco.

Los profesionales sanitarios, una identidad superadora de aquella de “profesionales de la salud”, o de otras conceptualizaciones como “equipo de salud”, o los epítetos claramente reduccionistas, por ser compartimentos estancos, como el médico o la enfermera, sobrellevar en su cotidianidad intrahospitalaria todo un conjunto de inquietudes que Gracia atestigua como valores, y clasifica en tres estratos: los conocimientos, las habilidades y las actitudes. Es de interés a la investigación los estratos *gracianos*, en las posibilidades que refieren al humanismo. Humanizar es un verbo activo y transitivo que significa “hacer humano”, es decir, hacer humana a la gente, o dar humanidad, ergo, dar al ser humano, ayudar a los demás. En palabras parecidas humanizar es ayudar a realizar a otro ser humano y a sí mismo, los objetivos en torno a diferentes aspectos donde se implícita la vida humana y su entorno. Humanizar es ayudar, en suma, a vivir humanamente, y no en la barbarie y el oprobio.

Los mencionados tres estratos de Gracia (2009) son los conocimientos, las habilidades y las actitudes (2009: 93-95). Los conocimientos en tanto valor cognoscitivo que entraña también conciencia. No significan solo el producto de estudios formales, sino que implican cierta estancia reflexiva en la escala de valores de cada

persona. El conocimiento sobre la realidad que vive en el hospital, que aplica el profesional sanitario, aprendido en la universidad, está dotado de consistencia en valores, por cuanto forman parte de su esencialidad como ser humano. Todo ser humano, aunque no hayan oído hablar nunca de valores hace juicio de valor, bien sea técnico, político, social, económico, estético o ético. No se tienen valores siempre similares, y aun cuando se difiera, existen los valores de la persona. El conocimiento del profesional sanitario hace ganar en corrección y calidad las decisiones en los hechos clínico y administrativo que diariamente surgen, pero la pregunta surge cuando nos proponemos ¿No ganarían mucho más dichas decisiones si se observa el mundo de los valores comunes asumidos en una institución cargada de raigambre solidaria y por tanto de notable carga ética?

Las habilidades para Gracia (2009) son “la educación de los sentidos”. Los elementos básicos de los procedimientos practicados en el cuerpo del paciente, resumidos en el llamado por Condillac, el método clínico (signos y síntomas) es la puesta a punto de las sensaciones. Las mismas que el profesional sanitario utiliza como “proceder ante hechos objetivos” también son útiles a quien educa los sentidos, aún más especialmente: no se puede ayudar a resolver un problema a otro, ni a sí mismo, si no se es capaz de manejar con cierta holgura el mundo de los valores, desde una perspectiva estimativa, relacionada muy de cerca con las emociones y los sentimientos. Gracia (2009) sostiene que los seres humanos son sinónimo de emociones:

“Las cosas, los acontecimientos, y, sobretodo, las personas, nos producen reacciones, en buena medida, inconscientes, de aceptación o rechazo, de amor o de odio, de miedo o angustia, de alegría o de tristeza. Durante mucho tiempo se consideró que esas reacciones podían ser siempre controlables racionalmente. Hoy se piensa que lejos de reprimir o suprimir las emociones, como lo inhumano e infrahumano por antonomasia resultan inaceptables. Las emociones resultan parte fundamental de la vida del ser humano y es posible educarlas”. (2009:96).

Las emociones no sólo pasan por la introducción de los valores en los programas de humanización de los ámbitos sanitarios. Se reconoce como necesario adquirir esas habilidades de manejo emocional. Al respecto Gracia recuerda las múltiples maneras de adquirirlas, recalcando que todas giran en torno al principio básico de la coexistencia humana: la comunicación interhumana, que no es sólo verbal, sino que agrega lo no

verbal y lo extraverbal. Esto quiere decir que una relación adecuada de las emociones en la comunidad intrahospitalaria requiere del manejo de ambas dimensiones, lo verbal y extraverbal, contenidos que se manifiestan a través de la adecuada comunicación de las emociones. Y ello implica educar, desde el hogar hasta en la calle, las habilidades a partir de ciertos conocimientos de lo llamado en la actualidad “inteligencia emocional”.

El tercer estrato exploratorio que nos lega Gracia se instala en las actitudes, los rasgos de carácter. En estos predios suelen presentarse los nudos más difíciles de desenredar. Gracia sostiene que pueden enseñarse los conocimientos y pueden aprenderse las habilidades, pero los rasgos de carácter son muy difíciles de cambiar. Ni la propia persona tiene gran capacidad de control sobre ellos. No obstante, es evidente que los rasgos de carácter en las relaciones interhumanas que se tejen dentro del recinto hospitalario. Para Gracia la manera más expedita, aunque no infalible, de manejar los rasgos de carácter en las personas adultas, que se supone, trabajan en un centro hospitalario, estriba en la “corrección todos los días nuestros propios defectos a partir de los conocimientos y las habilidades” (2009:97). Y la corrección planteada sobre la base de evitar el *buenismo* irresoluto que con frecuencia nos enseñan algunos catecismos de la ética: “...desechar términos vagos como ser una buena persona, que sea cariñoso, que quiera hacer el bien a los demás, que tenga ganas de ayudar” (2009:97). Para Gracia, la buena voluntad, lo volitivo en términos positivos, es sin duda condición necesaria, pero no suficiente, pues en la buena voluntad se pueden cometer grandes atropellos. Hace falta entonces, y, además, actitud y carácter, dotado de cierta madurez, que Gracia la designa como: “la madurez no necesita utilizar mecanismos de defensa muy neuróticos o patológicos, como la negación, la agresión o la imposición”. (2009:98).

¿Cómo se enseña actitud? No es, de acuerdo con Gracia, con la teoría ni a través de cursillos, sino por el contacto humano, mediante la relación personal, es decir, por *contagio*, por *imitación*. Los rasgos de carácter conviven en el aprendizaje de un hospital, viviéndolos. Al tener cerca a alguien con esas cualidades de carácter, nos formamos en conciencia de qué es bueno, qué tiene valor, qué nos hace bien y qué nos ayuda a vivir, es decir nos humaniza. Quizá no haya otro mejor modo de humanizar sino transmitiendo humanidad.

La expresión de los valores, en sus acepciones de conocimientos, habilidades y actitudes, resisten aún valoraciones conexas en torno a las manifestaciones de motivación y voluntad, en tanto la creencia de estar haciendo el bien. “Las relaciones humanas se signan en las características de la motivación de los sujetos”. Nuttin (1980: 69). Sus necesidades psicofisiológicas, psicosociales y espirituales deben ser alcanzadas. “El alimento, la consideración social, el afecto, constituyen necesidades, entre otras, que son fundamentales al ser humano” (1980: 69).

Nuttin formula un planteamiento que describe la conducta humana bajo parámetros de *orientaciones dinámicas permanentes*, y que la motivación es la configuración concreta de dichas orientaciones (1980:70). Para Nuttin la motivación tiene una función directriz, reguladora, de coordinación y de unidad de las acciones del ser humano, tras un objeto-meta, establecido por su conciencia de lo que significa necesidad atendida o suficiente. A esa orientación dinámica que Nuttin designa a la motivación (dinámica en tanto puede cambiar, disolverse, mutar, reaparecer) la entabla en una estructura bipolar (individuo-ambiente) con dos polos; uno que implica un proseguir de autodesarrollo, conservación, realización de sí mismo; y el otro como reducto del objeto mismo de la motivación, es decir, en donde se dan esas orientaciones dinámicas, en que *sitios* se traslucen y desarrollan: en el hogar, en el trabajo, en la sociedad, en todos los casos en contextos de relaciones interpersonales que suponen la orientación dinámica aludida y son susceptibles de significación en la ya señalada estructura bipolar. La motivación, expresa Nuttin, es la orientación medular para que las necesidades humanas encuentren asideros de integralidad:

“Las necesidades fundamentales en el hombre no se limitan al autodesarrollo fisiológico ni siquiera se agotan en la afirmación de sí en el contacto social, sino que incluyen las llamadas necesidades superiores a partir de la modalidad específica que tiene la actividad cognoscitiva en el hombre, que lo lleva a buscar una comprensión integral de la realidad y del sentido de su existencia, a: interesarse por el valor de realidad y de verdad de sus concepciones [...] a evaluar sus actos y los de otros en función de determinados valores objetivos [...] y a comprender en forma crítica el alcance de lo que hace y sabe, el sentido de su existencia, el lugar que ocupa en el espacio y en el tiempo”. (Nuttin,1980:125).

A ello agrega Nuttin (y es considerado uno de sus aportes a las teorías neo-cognitistas de la motivación) la superación de la concepción de la “función

estrictamente conativa, que se gestó en el s. XVIII a partir de la filosofía *kantiana* y de la psicología empirista de Tettens” (1980:126). Esto ha llevado a *escindir* el momento motivacional del volitivo, reduciendo la voluntad, a energía, esfuerzo, control y eficiencia en la actividad, sin objeto ni motivos propios. La indispensable relación con lo volitivo, y a su vez la regeneración de la relación con actitudes y valores, es lo que plantea Nuttin:

“la voluntad no se reduce al momento de tender, sino que este está precedido y condicionado por el momento de recepción afectivo-espiritual de un objeto conocido y asumido como bien, es decir con capacidad de satisfacer una necesidad que trasciende lo sensible, sin dejarlo de lado, sino integrándolo en el horizonte del bien integral de la vida humana” (1980:126).

La antigua y *nueva* relación entre motivación y voluntad (la teoría relacional de Nuttin, se afianza en las postrimerías del s.XX) no pretende establecer los diques para evitar separar la motivación de la voluntad sino, y más bien, “reconocer tipos de motivación cualitativamente distintas, algunas de ellas clausuradas en el plano sensible y otras abiertas a un orden de valores y de necesidades propias de lo espiritual que implican la decisión y la autodeterminación volitiva del sujeto” (1980:127). La *recuperación* de la función volitiva en la orientación dinámica de la motivación, para la comprensión integral de los procesos derivados de instituciones complejas como los hospitales, y en general de las conductas fuertemente autorreguladas como las que deben adoptar los profesionales sanitarios, significan un campo de abordaje de conocimientos de utilidad, en tanto permiten resignificar las metas-fin de los sujetos en su *autodesarrollo* y experiencias *sensibles*, en el ejercicio de la voluntad libre frente a los fines últimos, que supone necesariamente el ejercicio de sus funciones dentro de un hospital.

Glosas en *Reductio*

AP1- EHB-C1

- 1) “soy médico porque me gusta y porque me motiva mucho atender pacientes
- 2) “me siento útil”.
- 3) “ese compromiso con los pacientes que para mí son sinónimo de compromiso con el hospital”.
- 4) “eso motiva mi vida, y lo hago en mi buena voluntad”.
- 5) “me mueve mi conciencia a estar motivada en lograrlo”.
- 6) “que no estamos motivados o que somos omisivos”.

AP2-EHB-C1

- 1) *sólida vocación de servicio al prójimo”.*
- 2) *poder hacer las cosas de buena voluntad*
- 3) *el hospital es la casa para hacer el bien”.*
- 4) *Hacemos el bien al paciente si actuamos como corresponde*

AP3-EHB-C1

- 1) *la medicina es una de las profesiones de la salud más maltratadas por la sociedad”.*
- 2) *Nosotros somos seres humanos, no somos dioses*
- 3) *me siento motivado como el primer día*
- 4) *de intercambiar una palabra con el paciente,*
- 5) *donde no debes hacer daño al paciente y donde debes generarle confianza de que lo que le vas a hacer va a ser bueno para él”.*

AP4-EHB-C1

- 1) *“...es que tan solo un aliento, una palabra de apoyo es importante para el paciente”.*
- 2) *“Porque si no revisas tu motivación el hospital se afecta.”*
- 3) *“Que hacemos daño más bien.”*
- 4) *“Porque cuando un paciente está hospitalizado está más solo que nunca”.*
- 5) *“Mi trabajo en sí constituye mi motivación.”*
- 6) *“...en mi trabajo en el hospital está dada la posibilidad de serle útil al paciente y a tus compañeros de trabajo”.*
- 7) *“El daño o maltrato al paciente no es solamente si le produces dolor físico por un puyazo mal dado... si no le das el acompañamiento en su dolor”.*

Husserl señalaba que con “la *reductio* o *epojé* sobre la exuberancia de la experiencia del sujeto nos aproximamos a la conciencia de la experiencia y en dicho ejercicio no perdemos nada y ganamos la esencia de dicha experiencia” (Husserl, *Problemas fundamentales de la fenomenología*, 1910/11, citado por Maldonado, 1995: 54). Y agregaba aquella deliciosa conclusión sobre las reducciones del *datum* fenomenológico: “Si la experiencia fenomenológica puede, con frecuencia, no ser mejor que la experiencia empírica, en todo caso tampoco es peor” (1995:55).

Las reducciones sobre las experiencias recogidas en los profesionales sanitarios, actores-protagonistas de la investigación, en relación a una primera categoría de análisis, nos revierten parte de lo considerado a las subcategorías establecidas. Constituye el momento para reducir en la intención de interpretar esencias en torno al objeto de la investigación. Los valores, en tanto conocimientos, habilidades y actitudes o rasgos de carácter; la motivación en su propositividad volitiva, en la isla del

archipiélago vislumbrado, en el mar aludido de Morin: el hospital como escenario bioético. Es así que afloran los significados que adscriben los actores-protagonistas en su trabajo dentro del hospital.

La carga de motivación en “*me siento útil*” (AP1) que soporta el reclamo familiar por permanecer mucho tiempo en el hospital; el tener que trabajar en otros sitios para costearse la vida, el tiempo siempre escaso para estar con la familia, es el resultado de “*ese compromiso con los pacientes que para mí son sinónimo de compromiso con el hospital*” (AP1). La suerte de grato sacrificio pues “*eso motiva mi vida, y lo hago en mi buena voluntad*”. (AP1). La certeza de conciencia en la referida motivación cuando revela “*me mueve mi conciencia a estar motivada en lograrlo*” (AP1) y su preocupación cuando se cuestiona su trabajo dentro del hospital “*que no estamos motivados o que somos omisivos*” (AP1). El sustrato experiencial vivido por AP1 revela significados que se conjugan en lo que el investigador plantea como categoría de análisis en **el empecinamiento por hacer el bien**, es decir, pese a los obstáculos reconocidos, subyace y se expresa en AP1 una fuerza motivacional-volitiva, una conciencia de valores, en co-construir, fundamentalmente con pacientes y compañeros de trabajo, el no hacer daño, el hacer el bien, desechar la omisión, con el paciente, en la configuración de cumplimiento de un compromiso con la institución que le permite ser útil. Es la configuración en la *praxis* cotidiana de AP1, del cumplimiento del principio de la no maleficencia, en tanto la definición original de Beauchamp y Childress, de 1979, de “evitar el daño a toda costa y eludir el agravio al paciente”.

Es el bien como fin último, el no hacer daño, implícito en la cotidianidad de las experiencias reveladas de los profesionales sanitarios lo que se torna iterativo en la indagación y hermeneusis: la “*sólida vocación de servicio al prójimo*” y “*el poder hacer las cosas de buena voluntad*” (AP2), adscribe un significado que alude la teoría relacional de Nuttin ya esbozada. La motivación asociada a la vocación por servir, a la *buena voluntad*, aún en medio de condiciones difíciles no es óbice para hacer las cosas bien, como demandan los conocimientos adquiridos, las habilidades aprendidas y las actitudes en concordancia, recibidas en transmisión comunicativa, verbal y extra-verbalmente. Es el mundo intrahospitalario que percibe y experimenta, pues “*el hospital es la casa para hacer el bien*” (AP2), que evoca de manera luminosa un deber ser institucional, un deber ser de las personas que atienden a las personas que acuden a él,

un deber ser del *aquí y ahora* social *schütziano* que se co-construye cotidianamente en el recinto hópito, al tiempo que constituye dos principios de la bioética enunciados por Beauchamp y Childress (1979) como lo son la beneficencia y la no maleficencia.

Hacer el bien es una condición de la actuación de los profesionales sanitarios, y se significa cuando revela que *“hacemos el bien al paciente si actuamos como corresponde”* (AP2). No hay hendidura al daño, lo contrario es el mal que se le infringe al paciente. Y la correspondencia está en los valores citados. En la correcta puesta en práctica de los valores que hace el profesional sanitario, es que Gracia confía “como un esfuerzo titánico que hay que hacer por humanizar la práctica de las profesiones sanitarias (2009:94).

Los principios de beneficencia y no maleficencia no son de unívoco reflejo en pacientes. No solamente en los pacientes de un hospital los valores, ni la motivación, se deshacen, no se observan, no se cumplen. Con cada vez mayor frecuencia se observa el reclamo de los profesionales sanitarios sobre ciertas formas de desconsideración para con su práctica cotidiana en el hospital. En su experiencia vivida en el nosocomio AP3 significa que *“la medicina es una de las profesiones de la salud más maltratadas por la sociedad”* (AP3). Se explica este maltrato por la sobredimensión de los fines de la medicina, que ya advierte Gracia, cuando se intenta colocar a la medicina como salvadora de todo trance patológico, olvidando que la enfermedad y la muerte ocupan su espacio dentro de la vida.

Con *“Nosotros somos seres humanos, no somos dioses”* (AP3) se ajustan aspectos ineludibles y nada triviales. Al castigo celestial que se le atribuía a la enfermedad y el extraordinario desarrollo actual de la tecnología al servicio de la medicina, opera en la gente cierta concepción de proveer a los profesionales sanitarios pretendidos dotes divinos, que, por supuesto, no existen. Todo puede ser resuelto porque la medicina ha avanzado mucho. De no ser así eres inepto, incluso despreciable. Cabría esgrimir, aún en el beneficio de la duda, que el profesional sanitario es un ser humano, una persona, que igual tiene derechos y deberes, que es vulnerable, que se equivoca, que no tiene todas las certezas juntas y que, sabe, como deberíamos saber todos, que la vida, la enfermedad y la muerte, existen, ocurren en determinado momento, y que invariablemente pueden surgir sin garantías de éxito, mayores a las posibilidades que

otorgan a los profesionales sanitarios las circunstancias de poder contribuir a superar un episodio sanitario dentro del hospital.

El tiempo, ese sordo y huidizo recurso que al parecer dominara únicamente Cronos, no representa para AP3 la disminución de los procesos motivacionales que le impulsan a venir al hospital: *“me siento motivado como el primer día”*. (AP3). En la motivación resignificada diariamente AP3 dibuja un sentimiento loable relacionado con la compañía del paciente, recurrentemente solo, dentro del hospital. El profesional sanitario es uno de las pocas personas que *“intercambian una palabra con el paciente”* (AP3) lo que caracteriza una conducta comunicativa reflejada en la buena voluntad de los profesionales sanitarios en su interrelación con pacientes. La iteración de no hacer daño lo revela el interés de AP3 *“donde no debes hacer daño al paciente y donde debes generarle confianza de que lo que le vas a hacer va a ser bueno para él”*. (AP3) Persiste una motivación, una voluntad, por colocar todos los valores (conocimientos, habilidades y actitudes) en función de no hacer daño, en la derivación hacia el *hacer lo bueno* para el paciente, resignificando el principio de la no maleficencia.

Es de tal magnitud la significación que adscribe AP4 a los aspectos relacionados con los valores, la motivación y la voluntad que refiere *“...es que tan solo un aliento, una palabra de apoyo es importante para el paciente”* (AP4), en la relación indisoluble de atender al paciente y estar motivada a hacerlo *“Porque si no revisas tu motivación el hospital se afecta.”* (AP4). Existe la relación del trabajo motivado que desempeña el profesional sanitario y su adscripción institucional, cuando puede verse afectado el hospital por una mala actitud o una praxis sanitaria sumida en la desmotivación. De no existir condiciones motivacionales, la buena voluntad, los valores puestos en juego, la sentencia puede ser de efecto contrario a la labor benéfica de los profesionales sanitarios: *“Que hacemos daño más bien.”* (AP4). Sorprende que pese a todas las dificultades observadas en el hospital este hilo de valores benéficos alrededor del paciente no se erosione. Es motivo de preocupación para el profesional sanitario una característica usual en el paciente: la soledad: *“Porque cuando un paciente está hospitalizado está más solo que nunca”* (AP4).

La soledad suele ser una condición diferente al abandono. El paciente cuando está en el hospital desea una salida lo más rápida posible en función de la superación del problema que lo ha conducido hasta allí. La soledad en el paciente, a la espera de ese

momento de alta, puede resultar desagradable, amenazador e incluso terrorífico; o también puede ser grato, de acuerdo con Bauman (2005) la soledad es ese “sublime estado en el que es posible evocar pensamientos, sopesar, reflexionar crear, y, en definitiva, atribuir sentido y sustancia a la comunicación” (2005:93). En ambos casos el rol del profesional sanitario puede ser benéfico, en el “sentido prudente que otorga la sabiduría práctica” (Ricoeur, 2003); en la actitud de respeto al otro mediante la comunicación y la *compañía* necesaria. La soledad puede ser para el profesional sanitario un ámbito de solidaridad, especialmente en situaciones donde el paciente revela problemas de comunicación familiar.

La iteración aludida de la motivación la adscribe AP4 cuando expresa: *“Mi trabajo en sí constituye mi motivación.”*. (AP4). Motivación en la conciencia del trabajo. La motivación que se expresa en el trabajo que realiza en tanto que *“...en mi trabajo en el hospital está dada la posibilidad de serle útil al paciente y a tus compañeros de trabajo”*. (AP4). Y la precaución para no ocasionar el daño al paciente persiste, ergo, la cautela de observancia del principio de la no maleficencia, incluso más allá de estrategias deontológicas o normas del hospital. Sobrevuela en toda la praxis de AP4 esa precaución, esa cautela, a lo cual adosa un sentimiento solidario de acompañar en el dolor que supone en el *otro*, en el paciente: *“El daño o maltrato al paciente no es solamente si le produces dolor físico por un puyazo mal dado... si no le das el acompañamiento en su dolor”* (AP4).

Ficha de Hermeneusis
Códigos de Encuentro: AP1-ECR-C2, AP2-ECR-C2, AP3-ECR-C2, AP4-ECR-C2 Categoría de Interpretación: <i>El cuerpo en la casa del respeto</i> Sub-categorías: intimidad, miedo, empatía, consentimiento.

Glosa de AP1-ECR-C2

“siempre me pregunto qué opinión tendrá este paciente de los médicos que anteriormente lo han tratado, que le han jorungado su cuerpo”.

“Siento que hay inseguridad y miedo en verificar el modo como los hemos respetado en su enfermedad, especialmente al cuerpo, porque es el cuerpo del paciente, donde ejercemos los médicos buena parte de nuestros conocimientos, habilidades y destrezas. Del miedo del paciente se intuye mucho, pero se sabe realmente poco, y no hablo del miedo natural que tenemos todos en la vida y en la muerte, sino del miedo que se percibe en el paciente cuando hablamos del respeto debido a su cuerpo”.

“Del miedo a cómo ha sido trajinado su cuerpo, muchas veces sin pedirle permiso sin consultarle ni siquiera a sus familiares”.

“lo que se conoce como consentimiento informado no se cumple en los hospitales o se cumple mal. Eso es en las clínicas privadas por petición del seguro. En el hospital muchísimas veces ni se pregunta. Procedes como médico y ya. Podemos coincidir en que eso está mal, pero a la luz de las cosas nuevas que han surgido de la bioética y esas cosas”.

“yo veo el respeto al paciente que estoy tratando, como si fuera un diálogo entre personas que anhelan un mismo objetivo: salir de la enfermedad. Yo me pongo en el lugar del paciente y trato de entender su miedo. Intento un diálogo que me permita adentrarme en su cuerpo para poder diagnosticar situaciones anómalas y aplicar los tratamientos respectivos, pero eso hay que explicarlo y pedir permiso, para de común acuerdo llegar a proceder como médico”.

Glosa de AP2-ECR-C2

“Después del procedimiento me decía que era mejor que le doliera un poquito el pinchazo que ese dolor del diablo en las articulaciones. Eran mis primeros contactos con el cuerpo de la otra persona”.

“El cuerpo de la otra persona significó para mí desde entonces como algo sagrado, algo que había que respetar, y una forma de respetar era limpiándolo, aseándolo bien, con el debido respeto”.

“Por eso limpiar el cuerpo del paciente, cuando no puede valerse por sí mismo, diariamente, es una de las faenas más importantes del personal de enfermería, así como limpiarle sus heridas y hablarle de las cosas que hacemos en su cuerpo para que no sienta miedo”.

“Pero pude saber que la intimidad más íntima de una persona reside en su cuerpo, para que nadie venga a faltarle, agredirlo, ultrajarlo, o mofarse”.

“Es un derecho del paciente preguntar que le haremos en su cuerpo y nosotras las enfermeras tenemos que decírselo en palabras que el paciente entienda”.

“Incluso la costumbre va haciéndonos un tanto insensibles ante la intimidad y eso repercute en que no le paremos mucho como quien dice”.

“Claro que los pacientes no son iguales y unos reaccionan de un modo más libre y otros con más pudor, por eso es que tenemos que observar siempre el respeto debido para con el cuerpo del otro”.

Glosa de AP3-ECR-C2

“siempre hay y habrá un respeto digamos por el cuerpo del paciente. Ese respeto está en nuestra condición moral, porque no todo es morfología y sobretodo somos seres en sociedad que debemos respetar ciertos pudores”.

“En la práctica médica, especialmente los cirujanos tenemos que saber que el cuerpo es nuestro centro de operación”.

“Lo hacemos en la convicción de que podemos mejorar la salud alterada del paciente. Claro que eso no puede hacerse sin el consentimiento del paciente y si éste no está consciente, debe plantearse a los familiares”.

“Esto es un asunto muy complicado que en mi opinión debería canalizarse en comités de personas conocedoras que elaboren una especie de protocolo para urgencias, por cuanto las normas existentes están planteadas en estados de cierta tranquilidad”.

“Ha prevalecido el criterio del médico, pero no sin consecuencias y esto hay que blindarlo por cuanto el riesgo existe y la muerte está allí todos los días. Nos espera en la puerta y también dice buenos días, pero es para desconfiar”.

“porque en el hospital no somos una individualidad, somos un grupo de gente, un equipo que debe funcionar tras un solo objetivo que es el bienestar posible del paciente y el mantenimiento del prestigio de nuestra institución”.

Glosa de AP4-ECR-C2

“Si el paciente es una unidad biopsicosocial es que siente, piensa, y comunica”.

“En todos los casos el paciente posee derechos como ser humano. Uno de esos derechos es el que tiene a saber sobre las cosas que le hacemos en su cuerpo”.

“Aunque en el hospital casi nadie le para a eso, soy de la que cree que eso es indispensable en la buena práctica de enfermería”

“Yo cuando estoy frente a la cama del paciente le digo voy a hacerte esto o aquello, le hablo y le explico que el médico indicó esto, y esto puede traerte alguna consecuencia, por tanto, siempre le pido que me informe si está de acuerdo”.

“Se trata de contar con el paciente, en lo que le compete, pues en definitiva es su cuerpo y es su vida, y nosotros como profesionales de la salud que somos debemos respetar siempre eso”.

“El hospital siempre está en corricorri, claro está, pero eso no significa que no tengamos un minuto para establecer un diálogo antes de actuar en el cuerpo del paciente, a menos que este inconsciente y se nos ordene aplicar alguna cosa, algún tratamiento. Y aun así existe la posibilidad de hablar con los familiares y explicarles y hacerlos suscribir el acuerdo de consentimiento informado”.

“Aquí en el hospital lo aplicamos cuando se puede”

Glosas en Reductio

AP1

- 1) *“que le han jorungado su cuerpo”*

- 2) *“porque es el cuerpo del paciente, donde ejercemos los médicos buena parte de nuestros conocimientos, habilidades y destrezas”.*
- 3) *“Del miedo a cómo ha sido trajinado su cuerpo, muchas veces sin pedirle permiso”.*
- 4) *“lo que se conoce como consentimiento informado no se cumple en los hospitales o se cumple mal”.*
- 5) *“pedir permiso, para de común acuerdo llegar a proceder como médico”.*

AP2

- 1) *“El cuerpo de la otra persona significó para mí desde entonces como algo sagrado”.*
- 2) *“algo que había que respetar, y una forma de respetar era limpiándolo, aseándolo bien, con el debido respeto”.*
- 3) *“hablarle de las cosas que hacemos en su cuerpo para que no sienta miedo”.*
- 4) *“la intimidad más íntima de una persona reside en su cuerpo”*
- 5) *“Es un derecho del paciente preguntar que le haremos en su cuerpo*
- 6) *“Incluso la costumbre va haciéndonos un tanto insensibles ante la intimidad”*

AP3

- 1) *“Ese respeto está en nuestra condición moral”.*
- 2) *“debemos respetar ciertos pudores”.*
- 3) *“el cuerpo es nuestro centro de operación”.*
- 4) *“no puede hacerse sin el consentimiento del paciente”.*
- 5) *“las normas existentes están planteadas en estados de cierta tranquilidad”.*
- 6) *“por cuanto el riesgo existe y la muerte está allí todos los días”.*
- 7) *“...el mantenimiento del prestigio de nuestra institución”.*

AP4

- 1) *“...que siente, piensa, y comunica”.*
- 2) *“Uno de esos derechos es el que tiene a saber sobre las cosas que le hacemos en su cuerpo”.*
- 3) *“...en el hospital casi nadie le para a eso”.*
- 4) *“...cuando estoy frente a la cama del paciente le digo voy a hacerte esto o aquello*
- 5) *“...siempre le pido que me informe si está de acuerdo”.*
- 6) *“...pues en definitiva es su cuerpo y es su vida”.*
- 7) *“...un diálogo antes de actuar en el cuerpo del paciente”.*
- 8) *“Aquí en el hospital lo aplicamos cuando se puede”.*

4.9. El cuerpo en la casa del respeto

Jorungar, es registrar con minuciosidad, buscar en detalle, especialmente cosas o asuntos ajenos, sin permiso. La moda de las redes sociales, el enfebrecido *whatsapp*, o

el sucinto *twitter*, por citar ejemplos, ha puesto en el tapete la palabreja, así como AP1 intuye que *otros* médicos han *jorungado* el cuerpo del paciente que tiene enfrente, dispuesto, también, a que le sigan *estudiando* su cuerpo, con la intención de *curarlo*. Si no te *exploro* no puedo saber que tienes y, por tanto, no puedo intentar *curarte*, es la especie de axioma inapelable de la relación clínica que se establece en el hospital.

La explicación se soporta “*porque es el cuerpo del paciente, donde ejercemos los médicos buena parte de nuestros conocimientos, habilidades y destrezas*”. (AP1). El ya trajinado segmento de la relación médico-paciente, donde el médico para aplicar su conocimiento interviene en el cuerpo del otro, que es paciente. En el hospital resulta harto difícil mantener la reserva del cuerpo del paciente. Desde el momento del ingreso al recinto hospitalario se establece una suerte de pacto tácito (no escrito) de confidencialidad entre profesionales sanitarios y el paciente, donde éste último consiente en ser explorado en lo íntimo de su cuerpo. Opera una autorización a las personas que le atienden que pueden ingresar a la intimidad de su cuerpo para tratamientos, diagnósticos o cuidados. Se relajan muchas de las precauciones, valores, pudores y actitudes que deben imperar y que incluso ya soportan buena parte de los manuales deontológicos y normativas hospitalarias. Incluso es obviado un instinto primario como es el miedo, que, de existir, tiende a exacerbarse en el paciente: “*Del miedo a cómo ha sido trajinado su cuerpo, muchas veces sin pedirle permiso*”. (AP1).

Spaemann (1993) es quien introduce una distinción ética fundamental al recordarnos que el sujeto en virtud de persona no es *algo*, es *alguien*, y le otorga al cuerpo un núcleo ontológico: “El yo que es la persona no es una experiencia psicológica sino la raíz existencial del ser humano. Por eso lo íntimo de la persona es su posesión más interior, que es su cuerpo” (traducido por Gracia, 1993: 79). Ha sido largo el recorrido de cien años de los derechos del paciente, la intimidad de su cuerpo. En la actualidad se reconoce que nadie puede acceder al cuerpo de otra persona sin su permiso. Nadie que esa persona no consienta puede tocarle, observarle o invadirle. Corresponderá, por tanto, al enfermo decidir a quién y a qué da acceso.

El consentimiento informado es el instrumento formal y de rango legal que se usa en la mayoría de los países del mundo, donde se reflejan las condiciones en las cuales se puede, con el asentimiento pleno del paciente, explorar, palpar, intervenir el cuerpo de éste. De no existir el consentimiento informado del paciente no puede hacerse ningún

procedimiento en su cuerpo: *“lo que se conoce como consentimiento informado no se cumple en los hospitales o se cumple mal”*. (AP1). Pese a que no se cumple on la frecuencia justa, existe conciencia del necesario cumplimiento del consentimiento informado del paciente, como su derecho. El profesional sanitario también reconoce las carencias existentes en el hospital. Y en su conciencia está el reconocimiento del cuerpo del otro que es persona y que acude al hospital, a que diagnostiquen y traten en su cuerpo con su permiso: la segunda categoría de análisis, **el cuerpo en la casa del respeto**.

La inobservancia del consentimiento informado es un asunto problemático de vieja data. En un estudio de la Organización Panamericana de la Salud, fechado en 2012, dicha inobservancia alcanzaba el 61.03% de los “eventos reales de obligatoriedad de suscripción de documento de consentimiento informado” (2012:7). Se opta por salidas intermedias, acaso sustitutivas pero insuficientes: *“pedir permiso, para de común acuerdo llegar a proceder como médico”*. (AP1). La solicitud de permiso, mediante un pacto verbal, en tanto búsqueda de consentimiento, entre paciente y profesional sanitario puede ser una salida alterna, aunque sujeta a situaciones parciales, incluso contemplada en normas internas del hospital: un paciente no podrá negarse a ser lavado su cuerpo si el ambiente intrahospitalario comienza a ser contaminante por su higiene corporal.

Tan delicado aspecto es la intimidad del cuerpo del otro, que adquiere dimensión de sacralidad: *“El cuerpo de la otra persona significó para mí desde entonces como algo sagrado”* (AP2). La sacralidad del cuerpo varía en las diversas tradiciones culturales y sociales de los pueblos. El pudor por el cuerpo es un valor individual que cada persona mantiene a través de sus costumbres, creencias, vivencias y saberes. Choza (1988) lo define como:

“el hábito y la tendencia a mantener la posesión de la propia intimidad desde la instancia más radical de la persona (el yo), y a mantener dicha intimidad en el estado de máxima perfección posible, con vistas a una entrega por la cual se trasciende la soledad y se autoperfecciona el sujeto” (1988:73).

El cuerpo del paciente, en tanto pudor es *“algo que hay que respetar, y una forma de respetar es limpiándolo, aseándolo bien, con el debido respeto”*. (AP2). El debido respeto es la condición *sine qua non*, que se establece a un nivel prudencial que plantea

Ricoeur (2003) en el *pacto de los cuidados* que se sobrelleva en los hospitales. Más allá de los procesos legales, y sus documentos, Ricoeur introduce, en su amplia propuesta de “sabiduría práctica” (2003), un nivel donde *la prudencia* puede llegar a alcanzar *la empatía* necesaria para que se atenúen los pudores que todo sujeto tiene en relación a su cuerpo. En el diálogo, en la interrelación comunicativa que se establece entre los pacientes y los profesionales sanitarios dentro del hospital parece surgir ciertos nexos que atenúan los temores, los miedos, incluso fobias que puedan estar amenazando al paciente, al sentir su cuerpo expuesto. Lo sostiene al “*hablarle de las cosas que hacemos en su cuerpo, para que no tenga miedo*” (AP2), en el reconocimiento mutuo de que “*la intimidad más íntima de una persona reside en su cuerpo*” (AP2).

Existe la conciencia del profesional sanitario de que el paciente muy frecuentemente siente miedo y por ello hay que hablar, hay que dialogar, para vencer o paliar esa emoción. El miedo en los hospitales es ancestral y culturalmente diverso. El miedo a los hospitales forma parte de las historias con que nos *domesticamos*, en alusión a lo doloroso y hasta terrorífico, que suelen cursar en las supuestas leyendas que se suscitan dentro del nosocomio. La nosocomefobia se conoce como un miedo profundo e irracional hacia los hospitales. Se diferencia del miedo controlable y considerado normal, cuando una persona va al hospital, ya sea porque va a visitar a un pariente enfermo o porque será intervenido.

La patología aparece cuando la persona puede llegar a padecer un verdadero ataque de pánico, y experimenta una cadena de miedos perturbadores hacia el hospital o hacia la sola idea de un hospital. Los síntomas que se experimentan son fisiológicos como dificultad para respirar, temblores, mareos, aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, náuseas y pánico. Los síntomas pueden llegar a afectar algunas partes importantes de la vida, es cuando las fobias llegan a tomar el control de las situaciones, por ejemplo, el miedo logra que se pierdan hitos importantes en la vida como el nacimiento de un familiar; o bien si la persona tiene que ir a un tratamiento al hospital por algún problema de salud y elude ir al hospital.

Cuando el paciente está hospitalizado puede agudizarse dicho miedo, que, comúnmente no se pregunta a la hora del ingreso, en la anamnesis. A la carencia de información desde la historia de ingreso suceden situaciones en las que el paciente

puede exacerbar el miedo. Dentro del hospital su cuerpo es objeto de diversas exploraciones y comienza a generar miedo y hasta terror junto con efectos negativos tanto emocionales como físicos, es el miedo que se instala y sus consecuencias pueden resultar funestas y en consecuencia hay que intentar correctivos.

Paliar y controlar el miedo es actividad clínica del profesional sanitario. Reducir el miedo asociado a la violencia que puede implicar la indagación en el cuerpo del otro, es uno de los planteamientos que hace Ricoeur en *Finitud y Culpabilidad* (2004). Cuando Ricoeur se refiere al *pacto de cuidados* que representa la relación clínica, asume que la vulnerabilidad está de parte del paciente, y el *poder* decisional mayor es del profesional de la salud. Matiza Ricoeur en que es *prudente* atenuar los miedos presentes, los temores al dolor físico asociado a que toda muerte es dolor y tragedia: “el sujeto vive el momento de dolor y temor, por cuanto no controla su cuerpo, lo que le es propio, su íntima convicción, porque culturalmente si sufres, es porque estas enfermo, si fracasas es porque mueres” (2004:74).

Ricoeur concluye que puede ayudar a una mejor relación clínica, que el profesional sanitario, desde su reducto de poder en el pacto de cuidados, asuma en ejercicio de prudencia, el intento y concreción de la comunicación, del diálogo con el otro integrante del pacto, para proceder al acceso a *su* cuerpo, en la conciencia recíproca del respeto absoluto. El paciente, y sólo entonces, asumirá las consecuencias de su decisión de permitir el acceso a su cuerpo y le sean aplicadas determinadas decisiones de índole sanitario en función del restablecimiento de la salud alterada. Por ejemplo, un paciente puede oponerse a que le rasuren alguna parte de su cuerpo, pero deberá estar consciente que sin ello no podrán realizarle el procedimiento de cura que este indicado; y también “*es un derecho del paciente preguntar que le haremos en su cuerpo*” (AP2), para explicar el *por qué* se le indica al paciente que se rasure o que lo están rasurando para practicarle algún procedimiento o terapia.

La *turgencia* de criterios que suelen surgir en los hospitales respecto a la intimidad a la que tiene derecho el paciente; los pudores, temores que acompañan buena parte de las exploraciones que se realizan a los cuerpos; y la empatía que propone Ricoeur como elemento atenuador, confluyen en la sentencia: “*incluso la costumbre va haciéndonos un tanto insensibles ante la intimidad*” (AP2), con toda la carga de insuficiencia que representa tornarse *insensible*, ante uno de los ejes medulares de trabajo en el hospital

como *casa del respeto*, precisamente, por el cuerpo del *otro*, de la persona que es paciente.

El proceso de enfermedad comporta esencialmente dos vectores: lo somático, en tanto biológico; y lo existencial, en tanto persona. Tiene sentido que la atención que brindan personas en un hospital hagan reconocimiento de ambos vectores para lograr una auténtica conjugación de los verbos curar y cuidar. Los hechos biológicos no están exentos de los episodios emocionales, y se asocia, además, una condición moral insoslayable: “*Ese respeto está en nuestra condición moral*” (AP3). La condición moral de la persona, en tanto profesionales sanitarios, y su comportamiento distintivo respecto al bien y al mal, asegura al respeto como valor de bien. El deber que soporta una *praxis* que se demuestra en el cuerpo del otro, del paciente, al que se debe respeto y que, como hecho moral parte del sujeto, en este caso autónomo, en este caso el profesional sanitario: “*debemos respetar ciertos pudores*” (AP3), aunque sea reconocido que “*el cuerpo es nuestro centro de operación*”. (AP3).

No es motivo de discusión que se *opere* en un cuerpo, para aplicar conocimientos, habilidades y destrezas del profesional sanitario, en aras de preservar el supervalor de la vida y la restauración de la salud en el paciente que lo requiera. La preocupación que subyace estriba en que los profesionales sanitarios realicen observancia de instrumentos de derecho humano, como el consentimiento informado subyace. También por las objeciones de conciencia que son frecuentes en los ambientes hospitalarios. Ninguna intervención quirúrgica, ni procedimiento en quirófano del hospital puede realizarse sin el consentimiento informado: “*no puede hacerse sin el consentimiento del paciente*”. (AP3).

El consentimiento informado es un derecho del paciente, así como la objeción de conciencia que puede impedir la aplicación de algún tratamiento o procedimiento médico. El consentimiento informado surge de una jurisprudencia en un tribunal de apelaciones de Nueva York (USA), en el caso Schloendorff, durante el año 1914, según la cual la mera intervención del médico sin el consentimiento del paciente supone una agresión, por la que puede reclamar legalmente daños. Desde allí el consentimiento informado implica el derecho no sólo a la integridad del cuerpo del paciente sino a su autodeterminación. El derecho al consentimiento informado, de acuerdo con el Tribunal

Supremo de USA, es también un derecho constitucional reflejado en la decimocuarta enmienda referida al derecho a la libertad, y fundamenta el principio bioético de la *autonomía*, promulgado por Beauchamp y Childress en 1979 en los principios de la Ética Biomédica. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Bioética, adelantada por la ONU en 2005, se establece este derecho como inviolable y de cumplimiento sin atenuantes.

Se apuntan estos antecedentes del consentimiento informado por cuanto “*no puede hacerse sin el consentimiento del paciente*” (AP3), en una *colusión* que implica a las situaciones casi siempre urgentes dentro del hospital. La tiranía de lo urgente en desmedro de lo importante. Dicha realidad revela la elevada cuota de confianza desmeritada que puede instalarse en la *praxis* de los profesionales sanitarios, máxime si se resignifica la situación “*por cuanto el riesgo existe y la muerte está allí todos los días*”. (AP3). Si el consentimiento informado implica responder a la confianza otorgada por un paciente, manteniendo la reserva de lo confiado, aparece actualmente con claridad la necesidad, no de debilitar el secreto médico, sino más bien reforzarlo, so pena, de dar al traste con el propósito institucional: “*el mantenimiento del prestigio de nuestra institución*”. (AP3).

La estancia de la persona dentro de un hospital coloca en tensión emotiva dos polos medulares de la dignidad humana: la intimidad de su cuerpo y la autonomía de sus decisiones. La intimidad no es una abstracción. Se revela en la intimidad que tiene la persona sobre su territorio o espacio físico de vida, la conciencia de estar fuera de su casa, o de su *hábitat* (la reminiscencia es de Bourdieu) natural; la intimidad corporal en tanto pertenencia de su cuerpo; y la intimidad psicológica o de sustento espiritual, médula de su pudor. Cuando el paciente está recluido en el hospital las tres intimidades se afectan; y los profesionales sanitarios inciden en ellas, bien sea por medio de acciones concretas sobre el enfermo, por gestos y palabras, o por compromisos tácitos o explícitos que se dan en la interrelación que forjan en el mundo *vivido* del nosocomio.

Porque la persona que es paciente “*siente, piensa y comunica*” (AP4) y “*uno de esos derechos es el que tiene a saber sobre las cosas que le hacemos en su cuerpo*” (AP4). Se refleja una significación que revela avances en las relaciones intrahospitalarias y la orientación humanista que debe prevalecer, a la luz de un

sinnúmero de disposiciones en torno a lo que debe suceder en la casa del respeto al cuerpo. Y esta significación cobra especial importancia frente al peligro del desconocimiento y la frecuente omisión que también existe en el hospital: “*en el hospital casi nadie le para a eso*”. (AP4).

Ante la omisión denunciada, asociamos un esbozo de deseo, a los conceptos *ricoeurianos* de *la prudencia* (en la reminiscencia aristotélica) y *la solicitud*, en términos de la necesaria reciprocidad del *pacto de cuidados* que se realiza dentro de un hospital:

“La solicitud tiende a ello, pero es más referida a la disposición, una atención. La solicitud es también fácilmente adaptable a la relación médico-paciente y da la ventaja de recordar la importancia de la reciprocidad en la relación; hecho que permite considerar al paciente en el mismo plano y no subrayar tanto la asimetría inducida por la fragilidad o el miedo. La solicitud es una actitud de benevolencia, de empatía hacia el otro, cuyo secreto son los tres elementos que la caracterizan: reversibilidad, insoslayabilidad, y similitud”. (Ricoeur, 2004: 125).

En la prudencia y solicitud de reciprocidad que plantea Ricoeur, y centrados en el respeto a la autonomía del paciente, que implica el respeto a la intimidad de su cuerpo, y los dispositivos existentes como el consentimiento informado, es que puede ser útil el traspaso de un concepto de la filosofía (empatía), que aún trivializado, puede ayudar a mejorar condiciones omisivas para con el paciente, e incluso mejorar las relaciones intersubjetivas entre profesionales sanitarias y pacientes. Stein, discípula de Husserl (éste introduce la empatía desde la conciencia fenomenológica) elaboró una tesis sobre sus experiencias de voluntaria en la Cruz Roja checa. Su principal conclusión es que no hay “una separación entre empatía como abordaje filosófico, a la empatía como posibilidad de trabajo en la relación clínica” (Stein, traducida por Nogales, 2008:120).

En la empatía, de acuerdo con Stein, la “comprensión del fenómeno de la vida, de su *continuum*, puede ser aplicada en las relaciones humanas que surgen de las ciencias de la salud” (2008:124). La empatía del médico o de la enfermera tienen la ventaja de “la mirada entrenada, del conocimiento que le permite no quedarse como muchos en el primer grado de empatía y progresar hacia la transferencia de la empatía dentro del estado patológico” (2008:125). La empatía, para Stein, asocia la emoción, la razón y la experiencia. En el campo de la salud “se busca un modo de relación intersubjetiva que

alivie al otro dolorido o sufriendo, que lo ayude para enfrentar la enfermedad” (2008:125). “*cuando estoy frente a la cama del paciente le digo voy a hacerte esto o aquello*” (AP4) establece una forma de comunicación verbal con el paciente, una forma de empatía que intenta establecer un dispositivo de atención al otro, al paciente. “*siempre le pido que me informe (que me diga) si está de acuerdo*”, (AP4), en la acción empática del profesional sanitario intentando la comunicación verbal o no verbal, el consentimiento del paciente porque reconoce que “*pues en definitiva es su cuerpo y es su vida*”. (AP4).

La empatía, también es oportuno advertir, se ha trivializado. Ciertamente se apela a ella para calificar las interrelaciones entre pacientes y profesionales sanitarios, y entre éstos y los familiares del paciente. Se le atribuye a la empatía una suerte de pócima mágica para mejorar las relaciones intrahospitalarias, a menudo maltrechas. El concepto mismo de empatía es verbo predilecto de charlatanes y material parlante de cuanto curso de *coaching* se inicia. Es preciso distinguir empatía de receptividad, comprensión, interpretación, de lenguaje, y de la usual confusión con la simpatía. Bermejo (2000) aclara que la simpatía ocurre “cuando una persona, queriendo comprender a otra, experimenta sus mismas emociones” (Bermejo, citado por Nogales, 2008:126). La empatía no tiene como objetivo experimentar los sentimientos ajenos, sino captarlos en la medida más justa posible a como son vividos por el otro. Por consiguiente, la empatía no solo incluiría elementos afectivos, sino también cognitivos y conductuales y, por lo mismo, posiblemente la empatía pueda ser enseñada y ejercitada para transformarla en un hábito:

“Los actos con los cuales se aprehende la vivencia ajena; es la experiencia de la conciencia ajena en general. Es la experiencia que un yo tiene de otro yo, experiencia en que aprehende la vida anímica de su próximo. Es un acto originario como vivencia presente, pero no originaria según su contenido” (Stein, traducida por Nogales, 2008: 120).

La atención a la subjetividad del sujeto en el hospital constituye un elemento clave, tan importante como lo objetivo, para la comprensión integral de la enfermedad, la cual debe ser entendida como un suceso que afecta a personas y no solo a cuerpos. La casa del respeto a los cuerpos es el hospital. La casa del respeto, incluso en no olvidar dónde reposa dicho cuerpo, en la mayor parte del tiempo intrahospitalario, la cama. Para Herranz (2005) los profesionales sanitarios deben atender al cuerpo en una cama digna:

“La moderna concepción de la dignidad humana del cuerpo, en la que éste es reconocido como substrato y manifestación real de la persona, sería una teoría vacía si no se cuidaran los detalles mediante los cuales se tributa al cuerpo el respeto que le es debido. Nada es más humillante que verse alojado sobre un colchón, deficientemente higienizado, que exhala vapores de las excretas dejados allí por un paciente incontinente que lo había usado antes. Y, por contraste, nada es más gratificante para el paciente que sentir la caricia de unas sábanas recién cambiadas: no se trata sólo de una agradable percepción táctil, sino de una sensación en la que se combinan el bienestar corporal con la conciencia de sentirse reconocido como persona, titular de dignidad”. (2005:6).

En la acepción amplia del respeto al cuerpo como territorio humano, de la conciencia de ser reconocido como inherente a la persona, ya de suyo sujeta de derechos humanos insoslayables como ámbito de y para el humanismo, debe procurarse el bienestar del cuerpo hasta en aspectos a menudo olvidados. Debe ser la empatía, apuntada como los actos con los cuales se aprehende la vivencia ajena, lo que ha de permitir ver y entender al sujeto como un ser anímico-corporal dialogante, “*un diálogo antes de actuar en el cuerpo del paciente*” (AP4), diálogo que da cuenta de la afirmativa comunicación que aportaría elementos de la relación intrahospitalaria, que darían una versión más completa de la realidad social, psicológica y no sólo biológica que es la enfermedad que afecta a la persona que es paciente. La relevancia terapéutica de la empatía no solo debe ser entendida como una acción que favorece positivamente la anamnesis, el diagnóstico y el tratamiento, sino también como un elemento clave en el proceso de recuperación integral del paciente y, por lo mismo, un tema para tener en cuenta durante la formación profesional de los futuros profesionales sanitarios.

Ficha de Hermeneusis
Códigos de Encuentro: AP1-LRI-C3, AP2-LRI-C3, AP3-LRI-C3, AP4-LRI-C3 Categoría de Interpretación: La responsabilidad impotente Sub-categorías: crisis, deber, justicia

Glosa de AP1- LRI-C3

“Es un deber sin atenuantes cumplir con los tratamientos del paciente. Eso lo tenemos muy claro los médicos y las enfermeras. No se admiten excusas.

“A cada quien lo que le corresponde, dice el precepto bíblico, y eso es la clave de la terapéutica con el paciente”.

“Todo eso es el día a día en un hospital y es también el rompecabezas de todos nosotros, vista la precariedad con que tenemos que enfrentar esta realidad”.

“Yo soy de las que cree que evidentemente hay una mala administración de los recursos. Aquí se invierte en cosas que no son tan necesarias y eso es uno de los meollos de la cuestión. Esa práctica de malgastar los recursos es lo que mantiene interminablemente la crisis. Eso y la ineptitud constituyen una bomba explosiva que solo deja destrucción”.

“Pero no se nos escucha. Por tanto, no es justo que a los médicos no se nos escuche”.

“Lo digo desde la óptica de un hospital oncológico, pero pudiera aplicar para cualquier hospital. No es justo que tengamos tanta precariedad intrahospitalaria; que el recinto de pena”.

“Que el común denominador del no hay nada se imponga como costumbre de una crisis hospitalaria que ya no se sabe de cuando viene, pero que evidentemente se agudiza día tras día. No se hace justicia para nada cuando vemos que los hospitales están como están y nosotros quienes prácticamente vivimos aquí nos de pena y terror morir aquí”.

Glosa de AP2-LRI-C3

“Nosotras somos las que cumplimos tratamiento en el hospital y tratamos de ser justas pues es nuestro deber”.

“Me indigna saber que no se le pueda cumplir el tratamiento a un paciente; o que se le cumpla a unos y a otros no, por la sencilla razón económica”.

“A veces en las noches cuando estoy durmiendo me sobresalta la idea de que cuando reciba mi turno en la mañana encuentre a todos los pacientes ya fallecidos porque no pudo administrársele el medicamento que requerían”.

“Conozco de innumerables casos de fallecimientos porque no pudo aplicarse un tratamiento determinado”.

“Los médicos y las enfermeras hacemos lo que podemos, pero está claro que no depende de nosotros resolver este problema”.

“en mi opinión una de las causas más importantes de desprestigio del hospital porque la gente lo califica muy rápido como que el hospital no sirve porque no hay remedios, y no es el hospital, son otros los causantes de esta injusticia, pues a los hospitales no los dotan sino esporádicamente y con muchas fallas y la demanda de pacientes sobrepasa nuestras capacidades. Eso todo el mundo lo sabe, pero nadie dice nada, no pasa nada”.

Glosa de AP3- LRI-C3

“No tengo ya mucha paciencia, pero eso no significa que no tenga aún, digamos, ciertas virtudes como médico y que no sienta al hospital como mi hogar donde puedo hacer el bien”.

“La gente debe saber que una cirugía no es sólo el paciente y el médico cirujano, sino que se requieren una serie de condiciones que hay que cumplir, precisamente para salvaguardar la vida del paciente. Y eso es complejo, por más que queramos ser justos y operar a todo el mundo a tiempo”.

“Soy de los que asumo un quirófano como un templo al que debemos cierto ritual de respeto tanto al paciente como a nosotros mismos, por cuanto en cualquier error podemos estar cayendo en una desgracia”.

“A muchos de los residentes de postgrado le digo que debemos agradecer a Dios todos los días que vengamos al hospital pues aquí trabaja Dios, y eso hace que no haya más tragedias y que no mueran pacientes”.

“Todos los días venimos y somos en ocasiones remendadores, carpinteros, plomeros, bomberos, lo que sea y haya que hacer, pero seguimos operando”.

“Claro que lo deseable es que al paciente se le brinden todas las condiciones que requiere como persona sujeta de derecho, y, es más, aquí lo cumplimos hasta donde se puede, pues el hospital debe ser eso, el centro por excelencia donde se respeta al paciente en toda su verticalidad, en toda su dignidad de persona, en todos sus derechos humanos, y la salud es uno de esos supra derechos que son insoslayables”.

“porque en el hospital no somos una individualidad, somos un grupo de gente, un equipo que debe funcionar tras un solo objetivo que es el bienestar posible del paciente y el mantenimiento del prestigio de nuestra institución”.

Glosa de AP4- LRI-C3

“En un hospital se ve de todo. Y en un hospital venezolano se ven aún más, porque pareciera que nos persiguen las plagas de Egipto”.

“Si esa falta de mantenimiento la aplicamos al almacén de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos puedo asegurarle que la rotación de inventarios es deficiente, cuando menos esporádica, y eso a un hospital oncológico no sirve, es de vida o muerte”.

“Precisaban los criterios de eficacia y oportunidad: el tratamiento deber ser eficaz y oportuno. Cuán lejos estamos de esa realidad. Casi no tengo nada que decir, pues es para ponerse a llorar”.

“Por supuesto en la conciencia de quienes trabajamos en el hospital está claro que buena parte de la justicia dentro del hospital, digamos en lo ideal, reside en que los pacientes sean tratados por igual, que reciban justo a tiempo la cantidad y calidad necesarias en sus terapias, que sean asistidos en justa correspondencia por nosotros, que sean atendidos oportunamente, esa es nuestra responsabilidad, pero no podemos hacer nada”.

“Y si esto no se cumple sencillamente estamos cayendo en la injusticia de nosotros no poder cumplir tratamientos, es decir, negando la esencia misma de asistir a los pacientes, la esencia misma del hospital. Ni más ni menos”.

Glosas en *Reductio*

AP1

- 1) *"Es un deber sin atenuantes cumplir con los tratamientos del paciente".*
- 2) *"A cada quien lo que le corresponde".*
- 3) *"...el rompecabezas de todos nosotros".*
- 4) *"Esa práctica de malgastar los recursos".*
- 5) *"Pero no se nos escucha".*
- 6) *"No es justo que tengamos tanta precariedad intrahospitalaria".*
- 7) *"No se hace justicia para nada cuando vemos que los hospitales están como están".*

AP2

- 1) *"...y tratamos de ser justas pues es nuestro deber".*
- 2) *"...saber que no se le pueda cumplir el tratamiento a un paciente".*
- 3) *"...porque no pudo administrársele el medicamento que requerían".*
- 4) *"Conozco de innumerables casos de fallecimientos".*
- 5) *"...no depende de nosotros resolver este problema".*
- 6) *"...son otros los causantes de esta injusticia".*

AP3

- 1) *"...sienta al hospital como mi hogar"*
- 2) *"...por más que queramos ser justos y operar a todo el mundo a tiempo".*
- 3) *"...asumo un quirófano como un templo".*
- 4) *"...pues aquí trabaja Dios, y eso hace que no haya más tragedias y que no mueran pacientes".*
- 5) *"...lo que sea y haya que hacer".*
- 6) *"...lo deseable es que al paciente se le brinden todas las condiciones".*

AP4

- 1) *"En un hospital se ve de todo".*
- 2) *"...puedo asegurar que la rotación de inventarios es deficiente".*
- 3) *"...es para ponerse a llorar".*
- 4) *"...que sean asistidos en justa correspondencia por nosotros"*
- 5) *"...esa es nuestra responsabilidad, pero no podemos hacer nada".*
- 6) *"...estamos cayendo en la injusticia de nosotros no poder cumplir tratamientos".*

4.10. La responsabilidad impotente

En el hospital existe hoy una mayor conciencia acerca de los múltiples atentados que, desde la llamada gestión terapéutica, se hace en perjuicio de pacientes hospitalizados. En el vórtice de esta realidad está la justicia afectada. Esta gruesa realidad tiene sus aristas huracanadas. Camps (citada por Abundio, 2005) sostiene que

“el derecho a la asistencia sanitaria tiene que ser un derecho de todos, si queremos mantener que todos somos igualmente libres” (2005:157). A colación tal aseveración pues la protección a la salud, si bien contemplada como derecho en la mayoría de los textos constitucionales del mundo como declaraciones de principios y garantías, constituyen derechos de segunda generación, conocidos también como derechos sociales o económicos, precedidos por los derechos civiles o de la libertad.

En este sentido se acepta hoy que la falta de asistencia sanitaria es una limitación importante para el ejercicio de la libertad, en tanto la enfermedad limita la capacidad de las personas y les impide desarrollar la vida en condiciones de igualdad. Más allá del *saludo a la bandera* que significa buena parte de los *deseos* constitucionales, pues en la realidad casi no se concretan, debería ser una premisa universal considerar a la salud como un bien primario al cual puede acceder toda persona.

Desde la bioética se considera *desiderátum* tal aspiración. Mientras, hay millones de personas en el mundo que carecen de los medicamentos para contrarrestar los efectos de las enfermedades y en muchos hospitales se carece de los recursos terapéuticos para encarar, oportuna y adecuadamente, a la patología. Es una responsabilidad cargada de eticidad a la que son especialmente sensibles los profesionales sanitarios. “*Es un deber sin atenuantes cumplir con los tratamientos del paciente*” (AP1). En la revelación descrita se completa el sentido del deber que se tiene con el paciente hospitalizado. No cumplir con el tratamiento representa poner en peligro la vida de la persona. ¿Acaso habrá algún otro asunto tan importante en un hospital?

Desde el precepto bíblico que reza AP1: “*A cada quien lo que le corresponde*”, hasta la cruda realidad de crisis que con demasiada frecuencia golpea al hospital, se yergue una notable dificultad de justicia, en términos de equidad y justa correspondencia. “*...el rompecabezas de todos nosotros*” (AP1) para representar una situación recursiva dolorosamente cotidiana. No hay medicamentos, escasean los recursos terapéuticos, no se trabaja desde la garantía de que la denominada gestión terapéutica del hospital será oportuna y suficiente. El problema es complejo: hay una diversidad de principios farmacéuticos, presentaciones, dosis, nombres y casas comerciales diferentes. Por ejemplo: un principio activo como el acetaminofén tiene aproximadamente seis presentaciones (gotas, jarabe, tabletas, supositorios). Y también

se ofrece en varias dosificaciones: 500 mg, 250 mg, 600 mg. En oportunidades está mezclado con otros medicamentos y además hay varias casas comerciales que lo producen o distribuyen, cada uno con su nombre comercial propio. Eso es sólo un caso. En Venezuela, por ejemplo, hay alrededor de 2.500 principios activos y aproximadamente 4.000 tipos de medicamentos diferentes.

Por esta razón, es complejo establecer un número único de escasez. Otro ejemplo: si se diagnostica un cáncer tiroideo y no hay en el hospital yodo radioactivo, ese elemento no tienen ningún sustituto. Una persona que padece de epilepsia, cuya indicación específica es carbamazepina, la sustitución es bastante compleja y la alternativa puede no ser efectiva. Por lo tanto, a pesar de que para algunos pacientes la sustitución del medicamento indicado no supone una desmejora en su calidad de atención, para otros la implicación es vital. Y en esos casos la escasez del medicamento es un fenómeno de todo o nada. Esto sucede con otros insumos que requiere el hospital: materiales médico-quirúrgicos (agujas, catéteres, material descartable), material odontológico, equipos de diagnóstico y tratamiento (rayos X, tomografías, ecosonogramas). Si se requiere, por ejemplo, una prótesis de cadera, y si bien no hubiere déficit absoluto de prótesis, es posible que no exista una de la talla de una persona determinada en el momento en que la necesite. Habría que imaginar el resto de la vida de la persona usando una prótesis de cadera que no es de su talla. Esto configura una problemática ciertamente compleja, que a menudo sobrepasa al profesional sanitario, pues sencillamente no está en sus manos encarar la escasez o la carencia que se hace realidad cotidiana en el hospital.

Las causas de esta problemática resultan claras, en el caso Venezuela: el flujo de divisas para medicamentos ha sufrido una merma muy importante y la disminución se ha traducido en grandes dificultades para los pacientes con un impacto tangible sobre el control de la enfermedad. Para algunos de ellos es un diálogo diario entre la vida y la muerte. La compleja cadena de requisitos necesarios para que los medicamentos estén en los anaqueles hospitalarios se ha visto severamente afectada: en unos casos por falta de divisas para materia prima química, en otros por dificultades importantes para conseguir hasta los soportes, como cartón para las cajas, aluminio para los *blisters*, plástico para los envases, goma para las tapas. Se añade otro elemento etiológico de la problemática y con consecuencias realmente funestas: la corrupción y el robo. Cuando el medicamento es adquirido en el mercado tienen un elevado precio (sobreprecio) que

deriva en *comisiones* para quienes *compran*. Y si el medicamento llega al hospital es robado. Existen mafias de hampones que infringen un daño terrible a los inventarios hospitalarios.

Desde la subjetividad del profesional sanitario si existe una visión de responsabilidad de tal situación: “*Esa práctica de malgastar los recursos*”. (AP1) que supone inversión en aspectos considerados menos importantes, ejecutada por gerencias de servicios de salud que no atienden a requerimientos de los profesionales sanitarios: “*Pero no se nos escucha*”. (AP1). Los responsables directos son muchos: desde el Estado que reproduce la crisis, sin atisbo de resolución, hasta la gerencia intermedia y local que no *escucha*, y a lo que se suma la delincuencia común.

La justicia como piedra angular del humanismo, vulnerada en cada situación de inequidad hospitalaria, en cada incumplimiento de una terapia, adquiere en el profesional sanitario plena conciencia de que no es su responsabilidad, sin dejar de serlo. No se puede abstraer de una realidad que vive cada día en el hospital, que palpa en cada avance del proceso de deterioro que encarna la denominada crisis: “*No es justo que tengamos tanta precariedad intrahospitalaria*”. (AP1). Y establece la injusticia como pauta de síntesis de una realidad intrahospitalaria que ve cotidiana y la hace extensiva: “*No se hace justicia para nada cuando vemos que los hospitales están como están*”. (AP1).

Pese al *momentun* ya prolongado de crisis, persiste el atisbo de esperanza de la comunidad de aprendizaje que es el hospital, que nos recuerda Artaza (2010), como la voluntad de cumplir con el eje que significa la justicia para el profesional sanitario: “*y tratamos de ser justas pues es nuestro deber*”. (AP2), Como deber, y a pesar de “*saber que no se le pueda cumplir el tratamiento a un paciente*”, (AP2), se insiste. Es notable la capacidad comunicativa ejercida en estrategias compartidas con familiares, para poder conseguir el medicamento requerido. Esto pasa necesariamente porque a la relajación de los objetivos y las metas institucionales *implementadas* por la gerencia sanitaria, traducidas en la insuficiencia, el déficit y la precariedad, se incorporen al *lenguajear* (Maturana y Varela, 1973) de la vida cotidiana intra y extra hospitalaria de quienes co-existen el referido déficit (pacientes y profesionales sanitarios) y terminen levantándose de *abajo*□*arriba* redes comunicativas de búsqueda del objetivo-medicamento, es decir desde la base de quienes protagonizan en el hospital la

conjugación del curar y cuidar, se puede alcanzar la meta-fin, en laborioso esfuerzo para contrarrestar la crisis evidenciada. Incluso pesadillas pueden padecerse al coexistir en esta realidad de falta de medicamentos o insumos médico-quirúrgicos: *“saber que no se le pueda cumplir el tratamiento a un paciente”* (AP2). El profesional sanitario sabe que el paciente puede morir *“...porque no pudo administrársele el medicamento que requerían”* (AP2); y se asevera como balance que los decesos han ocurrido.

Se suele ser ciego a lo que no se desea observar; insensible a lo que no se hace, por ello, de acuerdo con Artaza (2010) el hospital debe “hacer uso de un conjunto de cualidades significativas de un ambiente de trabajo, que son percibidas, valoradas, sentidas o experimentadas por las personas que componen la organización y que influyen sobre su conducta, la satisfacción y la agregación de valor” (2010:176). Escuchar la influencia que esgrime Artaza, parece ocupar territorio de certeza en el hospital, pues no son responsables, los que no son escuchados, que pese a ello siguen agregando valor a la institución, las personas que trabajan en él: *“no depende de nosotros resolver este problema”* (AP2); *“son otros los causantes de esta injusticia”*. (AP2).

La responsabilidad está presente en el profesional sanitario al punto de que *“sienta al hospital como mi hogar”* (AP3), pero se revela la impotencia de poder hacer poco ante la situación reconocida de injusticia en el cumplimiento terapéutico con los pacientes: *“por más que queramos ser justos y operar a todo el mundo a tiempo”*. (AP3). La costumbre ante una realidad carencial prolongada, y la impotencia por no ser escuchados, influye en relajar el reclamo por condiciones dignas de justicia en el hospital. A la realidad hospitalaria como co-construcción social, que se expresa en el convivir cotidiano de personas sujetas de derecho, habría que significar el *cómo* se mantiene el hilo que mantiene dicha realidad. Su permanencia en el tiempo y su utilidad social. Es insoslayable que temas como la calidad de atención sanitaria, la interdisciplinariedad entre profesionales sanitarios, los derechos y seguridad del otro (paciente) y de los otros, incluyendo el aspecto medular de la seguridad medicamentaria y su concreción responsable deben observarse y cumplirse. Si no forman parte de las conversaciones cotidianas, de los reclamos diarios, de los segmentos propositivos de solución, poco podremos esperar en términos de cambios superadores de la condición de crisis.

En el contexto de cierta resignación, no exenta de ironía, se inscriben las experiencias: *“asumo un quirófano como un templo”*. El templo puede estar meses enteros, años incluso, sin abrirse. *“pues aquí trabaja Dios, y eso hace que no haya más tragedias y que no mueran pacientes”* (AP3). Lo que queda por decir a quienes trabajan en el hospital, como consuelo. En lo más profundo del compromiso de carácter ético del profesional sanitario subyace el deseo de cumplir con quien co-existe en la relación intrahospitalaria: *“lo que sea y haya que hacer”* (AP3). Opera la impotencia de no saber muchas veces qué hacer, pero es necesario querer hacerlo, por encima de todos los obstáculos. Romper esa conspiración del silencio, esa placidez de la abulia que cercena todo esfuerzo. Pese a que la responsabilidad no es del todo del profesional sanitario, el cumplimiento del deber va más allá de toda quietud pues se sabe ya que la aspiración de *“lo deseable es que al paciente se le brinden todas las condiciones”* (AP3) difícilmente se hará realidad, es decir, acostumbrarse a los predios de la injusticia.

“En un hospital se ve de todo”. (AP4). A la realidad hospitalaria como co-construcción social, que se expresa en el convivir cotidiano entre pacientes y profesionales sanitarios, habría que significar el *cómo* se mantiene el hilo que mantiene dicha realidad donde se ve de todo. Cómo deja de ocurrir el asombro frente a una cotidianidad de escasez y penuria. El hospital es el lugar donde, las personas que allí trabajan, permanece la mayor parte de su vida, realizando notables sacrificios para lidiar entre la cotidianeidad de sus acciones personales y familiares y las de su trabajo. Quienes allí trabajan saben cómo nadie de las insuficiencias: *“puedo asegurar que la rotación de inventarios es deficiente”*. (AP4) hasta niveles de afectación de su estabilidad emocional: *“es para ponerse a llorar”*. (AP4).

En esta atmósfera de insuficiencia, resulta esencial que quienes laboran en el nosocomio afinen estrategias comunicativas, ergo se escuchen como legítimos receptores de otros, los pacientes, en la bidireccionalidad comunicativa que promueve la cooperación para alcanzar sentido de conjunto en una suprema dificultad. En virtud de la sordera revelada por la gerencia hospitalaria y en el deseo legítimo de cumplir con el deber de profesional sanitario en que los pacientes *“que sean asistidos en justa correspondencia por nosotros”* (AP4). Para esto, conspira “la compartimentación habitual del hospital; la existencia de varias culturas que de alguna manera replican la

estructura de clases y de poder de la sociedad, y la tendencia a coaptar o capturar a la organización por parte de *stakeholders* o grupos de interés” (Boschínglés, 2011:78). De **la responsabilidad impotente** se revelan miradas escrutadoras de la ética negada de las profesiones sanitarias, “*esa es nuestra responsabilidad, pero no podemos hacer nada*”. (AP4). Curar y cuidar como verbos de conjugación cotidiana en el hospital se ven afectados por la situación de crisis y escasez que a su vez germinan en injusticias suscritas por profesionales sanitarios “*estamos cayendo en la injusticia de nosotros no poder cumplir tratamientos*”. (AP4). Es una realidad que sobrepasa cualquier apuesta de justicia, una realidad que desafía toda consideración de carácter bioético.

Intentar curar y cuidar siempre de un ser humano no es curar y cuidar de un órgano o la suma de ellos, sino cuidar de un sujeto único y singular en el conjunto de la historia. Es ese cuidar lo que éticamente se constituye en una meta de las profesiones sanitarias, de todas, sin excepción. Deviene en una verdadera tragedia que dicha meta, en tanto deber indiscutible e inalienable, y por los motivos que fueren, no pueda cumplirse a cabalidad. Más que un dilema político o económico, que también lo es, incluso más que un dilema sanitario o clínico a lo que pareciera obvio, curar y cuidar al ser humano es un dilema ético, cuya carga bioética resulta innegable, por cuanto lo humano se compromete y emerge la indignidad en detrimento de lo humano. En asumir el dilema ético reside buena parte de la configuración del hospital como escenario bioético, se afínca la posibilidad de constituir un, aunque sea *mínimo*, inventario de posibilidades que contribuyan a que la responsabilidad impotente revelada no sea –no siga siendo- realidad cotidiana en el hospital, so pena de convalidar la indignidad con la que no vale ser insensible y habría que desechar.

CAPÍTULO V ESCÓPICA APORTANTE

“La medicina antigua –y también la filosofía, comenzando por Platón- atribuían la facultad poética a un trastorno psíquico. Era una manía, es decir, un furor sagrado, un entusiasmo, un transporte. Sin embargo, la manía no es sino uno de los polos del trastorno; el otro es la *absentia*, el vacío interior, ese “melancólico bostezo” del que habla el poeta. Plenitud y vacuidad, vuelo y caída, entusiasmo y melancolía: poesía”. **Octavio Paz.** *La otra voz. Poesía y fin de siglo.* 1990.

5.1. Énfasis en una mirada humanista del hospital

Acaso ninguna sociedad vive sin el hospital. Es ancestral la realidad de la enfermedad y la necesidad de salud. Y sobrevuela en dicha realidad y necesidad, el miedo por perder la vida. Esa no admisión de que la muerte es consustancial a la vida nos hace -en la premisa *heideggeriana*- frágiles y por ello requerimos del cuidado. Ateridos seres sociales que, pese a ello, procuramos ciertos consensos, cobijamos acciones que, como seres sociales, necesitamos convertir en proyectos colectivos que den sentido y rumbo al minúsculo segmento de la historia que nos corresponde escribir. La historia, por cierto, no es aquel pesado carro que tardaba siglos en buscar identidades. Ahora es instantánea. Casi no interesa, pues la memoria no es tangencial a lo trascendente. Vivimos tiempos de sed y para ello el agua o la sequía. Poco más. Pero en ese minúsculo espacio de la vida, en ese *poco más* que drena en historia, reside buena parte del trasunto humano de coexistir, y hacer viable dicha sed, más allá del agua, en el vislumbrado *oasis* de todos. Por ello las premisas aristotélicas, del *bien humano* y el desarrollo de *virtudes*, siguen alertando la necesidad de una base ética mínima que

pueda conseguir la aceptación de todos y hacer viable la convivencia y la preservación de la dignidad humana donde fuere necesario.

Porque admitimos al hospital como casa de cuidados es preciso saber cuál énfasis ineludiblemente humano se promueve para que atenúe nuestros temores y pueda seguir desempeñando la labor asignada por la sociedad de curar y cuidar. El hospital ha de ser, en la iteración comprensiva que propugnamos, un foco de humanización, un lugar privilegiado de lucidez, en donde los verbos cuidar y curar se conjugan en dignidad y se hacen en *substantia* humanista. Esto nunca podrá alcanzarse, desde luego, si el hospital opta por ser en lo ético una especie de casa de nadie, un reducto de la negación de la sensibilidad por estas premisas que se mencionan. Ha de ser, en la aspiración investigativa, hogar común, donde profesionales sanitarios, *sujetos* con compromisos, éticos y científicos, compartidos y públicamente manifestados, procuran ejercer su vocación profesional de servicio a personas que son pacientes.

Para el énfasis humanista aludido en el hospital, es menester que se hable de bioética, lo mismo que se delibera de clínica patológica o de nuevas biotecnologías; o de gasto o administración, o de política como sinónimo de carencia. Del mismo modo que un hospital, para tener una vida clínica o administrativa intensa, necesita celebrar sesiones clínico-patológicas, auditorias de servicios y conferencias de mortalidad, necesita también, y, además, sesiones de bioética. Es esencial que se disponga de deseo, de tiempo y de recursos para provocar la reflexión de atmósfera bioética, difundir información, y sensibilizar las conciencias, para que, reduciendo en lo posible los augurios del *presentismo*, el hospital pueda emprender las etapas de desarrollo moral que debe recorrer para albergar y luego consolidar al hospital humanista que propugnamos.

En ese marco ético necesario, la bioética corresponde, en su irrupción, a la atención de los dilemas y conflictos humanos que es menester afrontar en las denominadas ciencias de la salud, especialmente referidas a dilemas del principio, transcurso y final de la vida, entendida la vida como supervalor de las personas. Ello aunado a los conflictos devenidos del vertiginoso desarrollo de la biotecnología, especialmente cuando se generan situaciones de inequidad o injusticia. La bioética es también un espacio interdisciplinario para alentar el debate y la búsqueda de *ágoras* de tenor

deliberativo, en la búsqueda de consensos sobre comportamientos humanos, que deben observarse en el pluralismo ético necesario. Es espacio interdisciplinario, por ejemplo, y se insiste, para más allá de normas y procedimientos usualmente estrechos, poder, por un lado introducir aspectos que a menudo se olvidan, cuando no se desahucian, en el ámbito hospitalario, como la necesidad del sentido humanista en la conjugación de los verbos cuidar y curar en la persona que es paciente y, por otro lado, en aspecto no menos primordial, una aproximación comprensiva acerca de qué y cómo dichos verbos conjugan mejor en los valores de quienes constituyen al hospital: los profesionales sanitarios.

La bioética a la que aludimos es la bioética llamada clínica, que es a nuestro modo de ver esencialmente la del cuidado, fundado éste en la razón sensible y en su expresión racional, la responsabilidad, condición del humanismo que suscribimos en esta tesis. El humanismo como la reconocida impertinencia de los seres humanos por preguntarse lo que hacen y lo que son y por lo que esas preguntas conectan con deseos, posibilidades, exigencias, reivindicaciones y, las más recientes, virtualidades. No es el post-humanismo ni el transhumanismo, como *nuevas* construcciones del mundo de lo humano, lo que adscribimos en esta tesis, sino ese humanismo, que si bien en su nombre se han cometido atrocidades, bien vale la pena insistir en la probable impertinencia y las conexiones derivadas, en tanto mujeres y hombres se reconocen como seres con dignidad, sin precio, capaces de hacerse una y otra vez preguntas sobre el sentido y las huellas humanas; una y otra vez, las veces que fueren, en tanto evidencias de humanidad o inhumanidad que traducen directamente dignidad o indignidad.

El humanismo que enfatizamos se pregunta siempre por la posibilidad de construir un sentido a la existencia reconociendo el marco de conflictos de interpretaciones de lo humano: poder decidir, respetar y ser respetados, ser justos. Es esa la visión del humanismo que propugnamos para el hospital. Humanismo que en el nosocomio se suscribe en la motivación y voluntad; en la empatía y el respeto, en la justicia y el deber, del profesional sanitario con quien compartimos en un *microtiempo* de investigación.

Algunos atisbos indican cambios a favor de lo predicho. En las experiencias recogidas de profesionales sanitarios se revelan *umbrales* de cambios en el reconocido predominio clínico-administrativo del hospital. Umbrales, en cierta paradoja por quienes ejercen su trabajo diario en la aceptación de cánones regidores del modelo

biomédico. Evolucionan dichos cambios —es nuestra premisa comprensiva— desde algún afán ontológico, pues lo deontológico se oscurece en códigos o normas que nadie recuerda ni siente y por tanto no se cumplen. Nivel de conciencia revelada por el profesional sanitario, de que las cosas tienen que cambiar y que están dispuestos a contribuir.

En el hospital se tienen pendientes principios bioéticos, aún en trances difusos, pero donde subyace la necesidad de la bioética; y el ejercicio de sus funciones donde está implícita la misma, aportando una nueva situación de análisis comprensivo. Es decir, se comprende que los valores se imbrican en los principios bioéticos y se concluye en sistemas de interrelación compartidos entre profesionales sanitarios y pacientes, en un escenario considerado imprescindible para hacer el bien, como es el hospital. Es la reivindicación, en tanto sentido ontológico, de un humanismo compartido, en la acepción bioética intransferible e insoslayable de la preservación de la dignidad humana en un sitio donde es razón de ser, como lo es el hospital.

Tímidos cambios, cierto, si se suma que las normas deontológicas no aluden, prácticamente, las cuestiones bioéticas específicas de la relación entre el hospital y los profesionales sanitarios que en él trabajan. Se reconoce que son los códigos deontológicos, y en menor grado, los comités de bioética, cuando existen, quienes trazan algunas coordenadas de inclusión de la bioética dentro de las instituciones de cuidado como el hospital. Hay hospitales que ni eso. Hay hospitales que, a lo sumo, poseen normas internas de funcionamiento que predominantemente atienden lo clínico y lo administrativo.

Las inconsecuencias con la bioética conducen a lo disciplinario y a su vez, dependiendo de la gravedad, a lo jurídico, lo civil o penal. Es lo que prima en situaciones de dilemas o conflictos de la actividad hospitalaria, donde puede jugar desde la premisa dialógica un papel deliberador y consensual la bioética. Aquí se acota una insuficiencia medular que se quiere comprender: la razón de ser del hospital, es decir, su expresión dinámica cotidiana que lo define, es razón predominantemente clínica y administrativa, y sólo en algún código deontológico o alguna norma gremial o incluso hospitalaria resulta en escenario para la bioética, lo que subsecuentemente atenúa el

ímpetu de los cambios que, pese a la insuficiencia aludida, se *empecinan* en hacerse iterativos.

Mientras, en la estrategia de los tímidos cambios, en la convicción de un humanismo deseado para el recinto hópito, se hace bioética en el hospital, en el aquí y ahora *schütziano* de la cotidianidad, desde la conciencia ejercida como *sabiduría práctica* en el precepto *ricoeuriano*, en las interrelaciones que construyen las personas que atienden personas, afianzados no solamente en lo *escaso* deontológico, en lo *insuficiente* demostrable clínico-administrativo, sino en los significados que adscriben al hospital desde lo óntico, desde las subjetividades de su mundo vivido, de sus experiencias vividas, en tanto seres humanos reflejados en seres humanos.

5.2. La bioética del cuidado en el hospital de las personas

El cuidado está ligado irremisiblemente a la vida, pues ésta, sin cuidado, se pierde, no se mantiene. La fábula-mito 220 de Higinio, que moldea al ser humano como un ser esencialmente de cuidado, es reveladora de tal aserto pre-ontológico, fábula que el mismo Heidegger asume como fundamental en la vida de todo *ser-ahí*: el curar como origen del ser, aterido en su finitud, que requiere ser cuidado. La bioética del cuidado busca esencialmente proteger, potenciar, preservar, prevenir y curar. Por su naturaleza no es agresiva y cuando interviene en la realidad lo hace tomando en consideración las consecuencias benéficas o maléficas de la intervención en su objetivo último que es el reconocimiento de la diversidad y la emergencia de los consensos en las acciones humanas.

La bioética del cuidado es imperativa hoy. No invalida las demás éticas, pues procura espacios para la interdisciplinariedad en la causa principal que es salvaguardar la vida y preservar la dignidad de las personas. Cuidado y responsabilidad como sustratos para la bioética andan siempre juntos. Tradiciones o hábitos de actuación de profesionales sanitarios; experiencias cotidianas de interrelación con el otro, que es persona: el trato cabal y digno con personas que en ese momento cronológico son pacientes; la disponibilidad y empatía para escucharles; la motivación con que se acude al hospital para disponerse a honrar el pacto de cuidados con la persona que es paciente y el sentido de la responsabilidad que prevalece.

Esta tesis, lo revelan sus sinuosidades interrogativas, más que sostener lo inexcusable de una bioética de cuidados en un hospital humanista, aspira preguntar. Preguntar en la tradición *socrática* de querer saber, que no es saber sino su intento. Su marco de referencia donde sobrevuela es la bioética, entendida como irrupción interdisciplinar aplicada de la ética, y su contexto de aplicación es el hospital, en tres itinerarios que a menudo convergen y divergen en las turgencias del discurso: lo histórico, lo filosófico, y lo sociosanitario. El primero ofrece una sumaria rasante del recinto hópito. El hospital es también su historia y más aún su resistencia institucional es mediada por su historia. El segundo, más que itinerario, abrevadero urgente e insuficiente, del saber del no saber *socrático*, en tanto diálogo abierto de saberes para desembocar en el itinerario sociosanitario donde destaca la constelación de problemas: la instancia del diálogo para afrontar la emergencia de dilemas y conflictos, ergo problemáticas, que requieren de saber prudencial, es decir, la clarificación de algunas dinámicas y estáticas que conforman los reductos hospitalarios. La tesis termina en su ley, preguntando si será posible, y necesario, continuar indagando en el desierto resistido del hospital, la posibilidad de un cierto –y aún mínimo– protagonismo bioético en dicho escenario.

El hospital de las personas que hilvanamos cual hilo de Ariadna está situado en las antípodas del hospital lleno de enfermos. De hecho, es un vocablo que no se considera válido. El hospital de las personas apuesta por una mirada interdisciplinaria, holística y humanista de la relación clínica, en afán de superación de los reduccionismos que porta la mirada exclusivamente biomédica, y que se reconocen en el archiconocido modelo. La resignificación de las relaciones que se tejen en el pacto de cuidados que se establece en un hospital es buen epicentro de significados que revelan, de manera fidedigna, la posibilidad cierta de que el hospital sea, no solo escenario de la clínica y lo administrativo, sino también un escenario para la bioética.

La redefinición de los escenarios clínico y administrativo que reinan en el hospital actual no en términos de desalojo de prácticas, de suyo, necesarias, sino en la complementariedad que le es consustancial a una visión más humanista del hospital. El carácter óntico del sujeto prevalece, emerge sin normas ni cursos de adiestramiento, está en los valores de cada profesional sanitario, en la relación que teje con el otro sujeto, el

paciente. Sobrevuela una convicción de no degradar, aún en difíciles circunstancias la condición humana del otro, en tanto sujeto integrante de la relación, en tanto co-constructores de nexos de sentido en la superación recíproca del trance vulnerable en que sitúa la enfermedad.

Una de las primeras y actuales demandas bioéticas de las instituciones sanitarias es, precisamente, que quienes la conforman, quienes trabajan allí, no causen daño; este requerimiento (puede no ser demandado como principio bioético) de *no maleficencia*, otorga sentido en la toma de conciencia del profesional sanitario. Para nuestros profesionales sanitarios indagados en el hospital la profesionalidad es una virtud social que supone para ellos una responsabilidad bioética ineludible ante sí mismo y ante el *otro*, que *es* la otra persona que atiende en el momento de vulnerabilidad de la enfermedad; y es responsable ante la sociedad misma que le preparó en unos conocimientos y habilidades concretas y le señala en el compromiso de colocarlas al servicio de las personas que asiste en el hospital.

Abogamos en esta tesis doctoral por el hospital de las personas como proceso evolutivo, como aspiración que traduce en un *también* escenario bioético. Y el planteamiento se abre paso en la experiencia cotidiana percibida e interpretada de los profesionales sanitarios indagados. La concepción de la salud y la enfermedad con la que corresponde lidiar en este siglo que apenas arriba a dos décadas, y aun cuando la dureza de los *balances* le es aún extraña, nos coloca en la perspectiva de los cambios. Han ocurrido cambios en los hospitales repletos diariamente de personas. Ocurren cambios y van a seguir sucediendo. Con velocidades distintivas pero insoslayables, especialmente en aquella motivación que era pura *conciencia* que nos sirve de epígrafe de homenaje a Husserl en esta tesis.

Conciencia en tanto motivación y voluntad de conocer la subjetividad y comprenderla y *aprehenderla* en su realidad hosca seguramente, pero con posibilidades. Por ejemplo, hay cambios en el concepto de paciente que es persona y es hoy sujeto de derechos como quizá nunca antes. Por ello es que nos sorprendemos tanto cuando zozobra la buena atención a las personas-pacientes y florece la inequidad y la injusticia en los hospitales. Esta conciencia del daño es, justamente, el trayecto que falta por recorrer en el ideal concebido y vislumbrado del hospital de las personas, con sus

escenarios, donde lo clínico sí, lo administrativo sí; pero que la bioética tenga acceso al *decorado* hospitalario, como cotidianidad, para ayudar a hacer -con y para- las personas un hospital más humanizado.

Las personas son cada vez más conscientes, incluso en realidades de penurias, de sus derechos humanos relacionados con la salud y son más proclives a exigir se les garanticen. Y esa conciencia empuja cambios que también operan en el concepto mismo de la salud. Tras la falacia conceptual de la OMS de “salud para todos en el año 2000” y el concepto de salud divulgado por esta organización mundial, definición que sobredimensiona el propósito sanitario tras un *completo bienestar* que resulta mito, la concepción de la salud transita un periodo de sensibilización hacia las necesidades humanas.

Procesos como el llamado *Obama Care*, por citar un ángulo del cambio, en una de las sociedades donde, paradójicamente, la bioética ha alcanzado mayor desarrollo y donde también la atención en salud pública a menudo enfrenta las decisiones más deshumanizadoras que puedan atestiguar. Aún allí, en la franca y temeraria apuesta de la industria del aseguramiento de la enfermedad y la comercialización del fármaco, en desmedro, por ejemplo de procesos de cobertura universal de la enfermedad, existe un notable esfuerzo diario, silencioso y mínimamente difundido, justamente de los profesionales sanitarios, en encarar la dureza nada fácil que pocos reconocen: lidiar en la cotidiana gelidez hospitalaria con la enfermedad, en el compromiso diario de defensa de una convicción vital de prestarle al otro posibilidades de restablecer la salud; de recuperar la salud en forma *cabal*; una búsqueda sinérgica de la salud motivada por servir al otro que padece, aún en medio de odiosas dificultades. Acaso todo esto sea el empecinamiento por hacer el bien. La bioética de los cuidados desde sustratos ontológicos. El hospital de las personas para las personas.

Son esfuerzos claro está. Inconmensurablemente desdibujados ante lo que habría que hacer desde el humanismo que propugnamos, pero no por ello menos significativo tales esfuerzos que revelamos de las observaciones investigativas en un pequeño hospital oncológico. Cambios desde la vida corriente de las profesiones sanitarias en el hospital. Cambios desde el *ser*, en el sentido *ricoeuriano*, para referirnos a la forma como concibe el filósofo galo el pacto de cuidados entre seres humanos. Y no es nuevo

esto, desde luego. Lo que se rescata en tanto cambio es que hoy los héroes son en todo caso proclives al silencio y la anonimidad.

No es la caridad otrora ni la efectividad procurada, ni tampoco el reconocimiento de las luces y reflectores de los medios y las redes. Es un cambio desde la convicción interior, la motivación asociada a lo volitivo que se *empecina*, la empatía y el respeto con y por el otro que es paciente, que es, una vez más se insiste, persona.

Cambios que, finalmente y muchas veces sin querer, enfrentan al profesional sanitario con la burocratización de la vida hospitalaria, al corporativismo que antepone sus intereses y la endogamia que genera inequidad, e incluso, cambios sin saber, en tanto que casi nadie promueve su saber. Muchos de los presupuestos teóricos y principios que ayudan de la bioética, y aquí reside otra de las comprensiones medulares del estudio, son observados y cumplidos, desde lo ontológico del ser, desde la tarea de hacer más digna la vida de las personas que requieren asistencia en el hospital que, en los cambios aludidos, debe ser de las personas o no será.

5.3. Los significados que se adscriben

Se conviene en admitir que el hospital es el espacio físico concebido, cuando no percibido, por la sociedad, para encarar las enfermedades y procurar el restablecimiento de la salud. Espacio que es lugar, territorio geolocalizable, plantas graníticas o de hormigón, relucientes o desvencijadas, reductos con pasillos y salas, donde con mayor o menor frecuencia acude la gente cuando siente que la salud lo abandona. No hay otro lugar, al menos tan predilecto, a donde ir en caso de enfermedad. Pero se conviene también, en la tesis que propugnamos, que el hospital es ese espacio radicalmente humano donde existen unas personas que atienden o asisten a otras personas en la conjugación de los verbos curar y cuidar.

En el hospital opera, estando suscrito o no, un *pacto de cuidados* donde *un* sujeto atiende a *otro* sujeto, en la interrelación que pone en juego aspectos como los lenguajes y valores; donde la motivación, la voluntad, la empatía, la prudencia, el miedo, el respeto, el deber, la justicia y la responsabilidad juegan papel preponderante en la aproximación a un escenario bioético que se configura en el hospital, no sólo desde el

decurso deontológico que pueda o no existir, sino desde lo óntico, como meta-fin significativa de la justificación humanista del sujeto, haciendo en consecuencia el propósito humanista del hospital.

El hospital acoge sustancialmente la praxis sanitaria en su acepción más amplia. La sociedad consigna la confianza social al hospital para realizar en su seno lo relativo a procesos que conllevan al abordaje de la enfermedad y su curso terapéutico. El impacto de esta confianza justifica o no la razón del hospital, en tanto sustrato social cotidiano de *actores-protagonistas*: trabajadores del hospital, profesionales sanitarios, desempeñando roles y responsabilidades, con una fuerte carga de eticidad, en labores especialmente de atención y asistencia a pacientes dentro del hospital, en la denominada relación clínica. En sus experiencias cotidianas revelan y develan significados de su mundo intrahospitalario vivido, que han sido resignificados en *camino*s fenomenológicos- hermenéuticos, en la pretensión de contribuir a vislumbrar un escenario bioético para el hospital.

La co-construcción colectiva de conocimiento, a partir de la conciencia y nociones previas producto de experiencias de los actores-participantes resultó de una riqueza significativa. Así, las preguntas de investigación arrojaron un conjunto de respuestas que contribuyen a elaborar bocetos comprensivos del fenómeno en estudio. El hospital son las personas que co-construyen un mundo social, de experiencias subjetivas, que aún en medio del predominio de los universos clínicos y administrativos que parecieran saturar la razón y el significado del hospital, resignifican posibilidades para un escenario donde la bioética pueda establecer los nexos mínimos de coexistencia con los mencionados universos. Y dicho escenario lo hacen esas personas que trabajan en el hospital, con pacientes y consigo mismos.

Algunas de las claves para aproximarnos a la comprensión de los que *hablan*, -profesionales sanitarios en un hospital-, circulan en los desplazamientos metonímicos y las metáforas con que se articulan significados de la complejidad de procesos que no por cotidianos dejan de serlo. Los profesionales sanitarios en un hospital *inviven* (en el sentido que da Moreno a convivir desde dentro de una comunidad o institución) a diario con el dolor, el sufrimiento y la muerte, que no los deja impasibles. Se agrega a la

invivencia las dificultades en las que se realiza la denominada relación clínica. Innumerables trances de precariedad que no impiden que el trabajo se realice.

Pero a la *invivencia* de dolor y sufrimiento y las penurias, los profesionales sanitarios también conviven con cierta fruición, cierto gusto, con lo que hacen, en tanto se sienten “útiles” o les “motiva mucho atender pacientes” pues le mueve “la conciencia” (de Glosas *Reductio* de AP1). O porque en el hospital “hago las cosas de buen voluntad”, pues es la “casa para hacer el bien”. (de Glosas *Reductio* AP2). Acuden al hospital a cuidar y curar como “el primer día” y a pesar de que se hace lo que se puede, existe la conciencia de que “somos seres humanos, no somos dioses” (de Glosas *Reductio* AP3); pues se va a trabajar al hospital, pero también a dar, además, a la persona que es paciente “una palabra de apoyo” pues se sabe que “está más solo que nunca” (de Glosas *Reductio* AP4).

En la complacencia por el trabajo que se realiza en el hospital opera una fuerza irrefragable, una asunción ennoblecida, que frente a cualquier obstáculo se contrarresta apelando a la conciencia, que implica motivación y voluntad personales, para ejercer en la *praxis* diaria hospitalaria dos de los principios de la bioética: la no maleficencia y la beneficencia. En el modo de responsabilizarse con el trabajo, en la conciencia que se esgrime para saltar la vicisitud -a menudo hostil- y asistir a la persona que es paciente, en la satisfacción por ser útiles en función del otro, en la convicción de hacer del hospital la *casa del bien*, se resume el sentido de lo que revela la categoría de investigación que opera como “empecinamiento por hacer el bien”, que caracteriza al profesional sanitario en el hospital y que deriva en *telón* de fondo de un escenario bioético en el recinto hópito.

Una segunda dimensión que revelan los actores-participantes de la investigación anida en el no infrecuente conflicto derivado, también, de la conjugación de los verbos cuidar y curar, respecto al cuerpo y sus implicaciones de propiedad intransferible y de derechos. Es la intimidad del otro, de la persona que es paciente, en *turgencia* de ser horadada. La moderna concepción de la dignidad humana del cuerpo, en la que éste es reconocido como substrato y manifestación real de la persona, sería una teoría vacía si no se cuidaran los detalles mediante los cuales se tributa al cuerpo el respeto que le es debido. Desde los presupuestos teóricos de la bioética surge con fuerza, a partir de la

última década del s. XX, una prerrogativa de valor universal: el consentimiento informado.

Es un documento suscrito en libre albedrío, expresión genuina del principio bioético de la autonomía de la persona sobre su cuerpo en ambientes sanitarios, que se hace cuanto menos urgente es el tratamiento y cuanto más experimental. Las insuficiencias estriban a menudo en la capacidad de decisión del paciente y la circunstancia de requerimiento, si es una urgencia que amerita la intervención del profesional sanitario, sin demora, porque peligra la vida del paciente.

En la casa del respeto al cuerpo, como se categoriza al hospital en la investigación, se admiten valores divergentes, pero se afianza el diálogo y la deliberación, componentes cardinales de la bioética. Reconocen los sesgos de información y limitaciones de comunicación que pueda haber. Se buscan consensos sobre intereses comunes para que prosiga la vida *vivida* en el hospital. Las actitudes necesarias para la deliberación y el diálogo son la escucha activa, la empatía, la capacidad de detección del miedo de la persona que es paciente, y la tolerancia de los valores del *otro*, el conocimiento sobre las realidades del hospital y la posibilidad de dar consejos no directivos, es decir, no impuestos ni normativos a ultranza.

Siempre hay que procurar dialogar. Y ello se refleja en que el profesional sanitario siempre se pregunta cómo “le han jorungado el cuerpo” y si le “han preguntado” (de Glosas *Reductio* AP1); porque el “cuerpo es algo sagrado y se respeta” y una forma de respetar es “limpiándolo” (de Glosas *Reductio* AP2), porque siempre hay que “respetar ciertos pudores” (de Glosas *Reductio* AP3), además de saber que “uno de esos derechos es el que tiene a saber sobre las cosas que le hacemos en su cuerpo” (alude al consentimiento informado y el principio de autonomía) y se procura apelar al diálogo “le hablo y le digo voy a hacerle esto o aquello”, que está indicado por el facultativo, a ver “si está de acuerdo” y entonces dialoga y pide “permiso antes de actuar en el cuerpo del paciente” pues en definitiva “es su cuerpo y es su vida” (de Glosas *Reductio* AP4).

En “la casa del respeto al cuerpo” que es el hospital, los profesionales sanitarios revelan, incluso sin un conocimiento en profundidad del principio bioético de autonomía, ni la implicación jurídica del consentimiento informado, interés en la

elaboración de una especie de *bitácora de prudencia* para cuando corresponde intervenir en el cuerpo de la persona que es paciente y en otras situaciones conexas que se presentan a diario en el hospital. Es una *bitácora* que funge de pretendida metodología, que buscaría integrarse a la práctica cotidiana de los profesionales sanitarios. Incluye principios y criterios bioéticos. Conviene aclarar que solo pretende operar en la carencia, es decir, en la inexistencia de normas de actuación del profesional sanitario, más allá de algún código deontológico engavetado. Un *listado* de criterios que pueden ser de utilidad en tanto necesidad ante situaciones donde se implica la bioética. Es una metodología *semilla* que se procura sembrar desde casi cero, es decir, desde la nada, por tanto, una cimiento mejorable y, sobre todo a ser debatida y aprobada por el cuerpo que integran los profesionales sanitarios del hospital.

El resultado de la deliberación debe ser una norma bioética que rija las actuaciones del profesional sanitario en el hospital. La *bitácora*, elaborada en complicidad con el investigador, se describe a continuación en su versión primigenia que reseña insuficiencias y alcances:

Observación: Observar e internalizar las condiciones objetivas que presenta la persona que es paciente. Puesta en marcha de los conocimientos del profesional sanitario en el *tridente* biológico, psíquico y social en el pacto de cuidados que se establece. Información: se entiende como la necesaria formación clínica y administrativa. Conocer al hospital como tarea diaria. **Prudencia:** la experiencia en la proxemia hospitalaria otorga un sentido de la prudencia que debe ser valor admirable. **Responsabilidad:** en el manejo de las cosas que nos son confiadas. La confidencialidad y el cumplimiento de los compromisos asumidos en función del pacto de cuidados. **Reconocimiento:** El reconocimiento del *otro* vulnerable en tanto acogida en la preservación de la dignidad humana. Comprender a la persona que es paciente en una voluntad de entendimiento desde la alteridad, el respeto, la empatía y el procuramiento de aplicación de los principios de la bioética. **Conocimiento:** Conocimiento de que existen derechos humanos y prerrogativas como el consentimiento informado, la responsabilidad en la praxis profesional, la justicia y la confidencialidad. **No maleficencia:** No hacer daño. Búsqueda de lo mejor para el paciente, aún en medio de las peores dificultades. En un marco de referencia que casi obliga a abandonar los subjetivismos para recalar en la necesidad imprescindible de la responsabilidad. **Justicia:** Conocimiento de los derechos y deberes que afectan al profesional sanitario, incluso como reclamo de la obsolescencia de códigos deontológicos no difundidos y por tanto olvidados. Conocimiento y juicio de situaciones de inequidad que derivan en injusticia con personas que son pacientes. **Identidad:** la identidad entre el comportamiento propio y de la persona que es paciente; comportamiento que deviene de la conciencia misma; comportamiento como conocimiento íntimo en la misma ecuación axiológica de uno y *otro vulnerable*; comportamiento proclive al diálogo y la deliberación sin aspavientos ni desmesuras. **Formación:** La necesaria formación en bioética: (insuficiencia detectada) suplida con el

ejercicio de otros recursos: amor, motivación, buena voluntad, empatía, respeto, sentido del bien, de la no maleficencia, de la justicia. **Diálogo y deliberación:** La posibilidad de ser siempre instancia de escuchar y ser escuchados, de entender y comprender, de búsqueda solícita y receptiva de ámbitos humanos, usualmente problematizados.

La aludida *bitácora* culmina con un pensamiento de Todorov, fallecido el 7 de febrero de 2017, en el proceso transinvestigativo de la presente tesis doctoral, y quien fuera el filósofo (entre otras ocupaciones) por antonomasia del desarraigo, al considerarse siempre un desplazado, tal como el estadio frecuente de una persona que es paciente: “Hay formas de mantener la dignidad, aún en circunstancias extremas” (2011). La reflexión final de la bitácora fue asumida por todos los participantes de la investigación.

La bioética clínica tiene tres ámbitos específicos de reflexión: las relaciones que se producen entre el médico y el paciente (bioética de los cuidados); los códigos deontológicos que rigen las prácticas médicas y la repercusión que tiene en la vida pública (bioética principialista) y la concepción colectiva de las bien determinadas decisiones adoptadas en el hospital como institución (bioética institucional). Valgan las acotaciones para *desembarcar* en el atribulado mundo de la terapéutica en el hospital. Terapéutica desde el minúsculo *ático* que deja la enorme y compleja cultura terapéutica. Diremos que la industria farmacológica es la primera o segunda en generación de capitales en el mundo. Y que corresponde a los Estados la responsabilidad mayor de atender la dotación de insumos médicos y quirúrgicos a los hospitales. Una responsabilidad que reza incluso en cartas fundamentales. Y que ese sencillo y cotidiano acto donde el profesional sanitario indica, aplica o administra un medicamento a la persona que es paciente, es un asunto de gran complejidad, por arropar su verdadero adjetivo: *abstruso*.

En la presente investigación nos aproximamos a la experiencia vivida por los profesionales sanitarios de un hospital: el momento y las consecuencias que se derivan de la presencia o carencia del medicamento, consustancial al cumplimiento de una terapia determinada en la persona que es paciente. Emerge la responsabilidad del profesional sanitario violentada. Es una sensación de impotencia ante lo que se considera una responsabilidad que no puede ser descrita en el deber, sino en la falta, en la carencia, en la terrible omisión, que se atribuye a gestión sanitaria. La percepción es

desoladora, pues reconociendo el contexto general de crisis y en plena vigencia la conciencia y el deseo de cumplir con el deber de administrar medicamentos en el paciente, no se puede porque no existe disponibilidad absoluta. Es la responsabilidad impotente.

El principio de la justicia de la bioética se reconoce, pero es vulnerado pues no se puede dar en terapéutica “a cada quien lo que le corresponde”, pese a que es solicitado el medicamento, es incluso rogado, la indisponibilidad es pétrea, “pero no se nos escucha” (de Glosas en *Reductio* AP1). Se declara la injusticia cuando “tratamos de ser justas pues es nuestro deber”, pues pareciera no importar situaciones límite de responsabilidad como la denunciada “innumerables casos de fallecimientos porque no pudo aplicarse un tratamiento determinado”, y por consiguiente se ve afectada la institución “el hospital no sirve porque no hay remedios” (de Glosas en *Reductio* AP2).

La afectación institucional de la escasez y ausencia de recursos terapéuticos también es notable en la degradación de la eficacia humanizadora (preservar la vida) del hospital pues ésta no se encuentra garantizada. “No tenemos quirófanos operativos ni camas suficientes, porque fallan los insumos”, y esta evidencia en el rol que desempeña el profesional sanitario que asume “un quirófano como un templo” (de Glosas en *Reductio* AP3), viene a resultar en una desgracia, por cuanto no es su responsabilidad, pero suele serle atribuida. Si bien consideran que les incumben los problemas administrativos del hospital (fuente de donde presumen que ocurre la falla en el suministro de insumos y medicamentos), quienes se han preparado y se aprestan diariamente a atender a personas que son pacientes que lo requieren, se sienten injustamente atacados por los mismos a quienes deben ayudar. La realidad hospitalaria es que no hay quirófanos operativos ni insumos médico-quirúrgicos suficientes o en disposición para que el profesional sanitario cumpla con su responsabilidad.

Se añade una percepción de que se sienten inmersos en una dinámica de instituciones represivas si se denuncia la situación, sumado a una opinión pública injusta con la verdadera realidad que existe en el hospital. En un hospital “se ve de todo”, pero “es para ponerse a llorar”, pues se sabe que administrar medicamentos en un hospital es una responsabilidad del profesional sanitario “pero no podemos hacer nada” (de Glosas en *Reductio* AP4). Configurada la responsabilidad impotente como unidad

significativa de carencia, proclive a situaciones de inequidad, donde la responsabilidad pertenece a otras instancias de la gestión sanitaria y no a la esfera de los profesionales sanitarios. La responsabilidad impotente impide cumplir con una arista fundamental del principio de la bioética, que es la justicia en el ámbito sanitario. Una realidad socialmente frustrante, clínicamente confusa y que afecta medularmente el propósito del hospital, que es menester atender de modo urgente y coherente, so pena de estar negando y/o violando el supervalor de la vida: *¿Les a humanidad?*

El profesional sanitario adscribe al hospital su capacidad de mejora en la atención sanitaria y su relación con los principios de la bioética. No desde normas hospitalarias que por lo demás son opacas o inexistentes, sino desde su propia motivación y voluntad por mejorar la asistencia sanitaria. Y en esa capacidad que implica un esfuerzo hace suyos los principios de la bioética, en tanto mejoría en la formación científico-técnica y su compromiso de volcarla en el servicio del hospital, *todos los días* en su convicción de hacer el bien; el respeto a la autonomía de los pacientes en el acceso a la intimidad del cuerpo de la persona paciente, en la acción de administrarle medicamentos o practicarle algún procedimiento clínico indicado, y en la preocupación *ciudadana* por una gestión eficiente de recursos clínicos y administrativos en el hospital.

En cada uno de estos esfuerzos se revelan los significados que adscriben al hospital, donde predomina lo clínico y lo administrativo, y donde la bioética es propuesta de búsqueda de resquicios donde hacerse plenitud decente. Así, en la mejoría en la formación científico-técnica y la *bondad* en brindar esa formación sin hacer daño, y, por el contrario, procurar hacer el bien, tiene que ver con los principios de no maleficencia y beneficencia. Ello en medio de dificultades y penurias conforma un empeñamiento por hacer el bien, que, por lo pronto, es motivo de nuevas inquietudes investigativas. El respeto al cuerpo de la persona que es paciente y que observa el profesional sanitario tiene asidero en el principio de autonomía, incluso en desconocimiento de prerrogativas legales existentes.

Más allá de ello prevalece un respeto al cuerpo que hace sagrado la intimidad que le es consustancial. Y, por último, la inquietud por la gestión administrativa de los recursos del hospital, que inciden en situaciones de carencia y de proclividad a la

inequidad, tiene soporte en el principio de justicia que, precisamente, la inobservancia hace que el profesional sanitario clame en el ejercicio de la responsabilidad impotente.

Finalmente, en el proceso de adscripción de significados los profesionales sanitarios, en tanto actores-protagonistas en la cotidianidad hospitalaria, resaltan, pese a los esfuerzos, la necesidad de formación en bioética y la creación de espacios para el dialogo y la deliberación de los asuntos inherentes al cuidar y curar de la persona que es paciente. La investigación resultó un aliento en dicha adscripción. Pensamos que esta concepción de creación de instancias y dinamizar procesos formativos en bioética es una condición indispensable para que el hospital se asuma como escenario bioético.

A modo de epílogo

Se comprende que la vida ética de los hospitales es un asunto de gran complejidad. El carácter ético de los hospitales, lo definen las personas que en él trabajan. El modo de realizar su función y deber cada profesional sanitario, y esta realización puede ser tan variada y diversa en tanto profesiones coexistan en el nosocomio. Allí reside la complejidad y la subsecuente necesidad de consensos para que sea viable una institución social como el hospital. Para ello es imprescindible articular espacios *cotidianos* (no episódicos) de diálogo desde *problemáticas* y *comportamientos* en el hospital. Para realizarse éticamente, el hospital necesita de las personas que lo construyen día a día, en tanto trabajan en él. Es una determinación colectiva de sinceridad y reconocimiento de las limitaciones personales e institucionales, para prevenir a la institución y las personas que en él trabajan y los que acuden a restablecer la salud afectada, de los riesgos deleznable del cinismo, la ineficacia, la carencia u omisión o la autocomplacencia. Y para este propósito la bioética puede contribuir en tanto preservación de la dignidad humana y el humanismo como norte del hospital.

En el norte humanista del hospital vislumbrado, donde el escenario bioético ha de hacerse cotidiano, el carácter óntico del sujeto prevalece. En la tesis presente se comprende que el comportamiento bioético del profesional sanitario, emerge sin normas ni cursos de formación. Reside en valores, vivencias, experiencias con las que ha ido escribiendo su biografía y las coloca en función de la relación que teje con el otro sujeto en el hospital: la persona que es paciente. Sobrevuela una convicción de no degradar, aún en difíciles circunstancias, la dignidad humana del otro, en tanto sujeto integrante de la relación, en tanto co-constructores de nexos de sentido en la superación recíproca del trance vulnerable en que sitúa la enfermedad.

Se comprende que la bioética y sus principios tienen diferentes gradientes de admisión y no son siempre compartidos por los profesionales sanitarios ni por las personas que son pacientes. Las significaciones que otorgan los profesionales sanitarios al lugar donde van todos los días no es un terreno plano o baldío. Es la expresión de diversidad. Es la expresión del pluralismo que permite, precisamente, que exista la posibilidad de diálogo y a partir de él, entendimiento, consensos mínimos en torno a la actuación profesional del hospital de las personas. Todas las morales son válidas, pero

el ejercicio de cada una de esas morales requiere un aprendizaje. No es el relativismo que debe imperar, sino el respeto y la tolerancia en tanto respeto y tolerancia del otro. Y ello implica aprendizaje. Aprendizaje de las actitudes necesarias para la deliberación y el diálogo como la escucha activa, la empatía, la capacidad de detección y tolerancia de los valores del otro, el conocimiento sobre las realidades del hospital y la posibilidad de dar consejos no directivos, es decir, no impuestos ni normativos a ultranza. Siempre hay que procurar dialogar.

La importancia recobrada por la bioética del cuidado en el hospital, tiene que ver, en nuestros días, con el diálogo perdido entre sordos que deambulan por los pasillos del nosocomio, con la óptica del desamparo que se torna irrespirable en las salas de hospitalización, con la instancia cierta de la soledad insolidaria en medio del ruido externo, con la certeza de que es poco lo que la persona que es paciente o el profesional sanitario que le asiste, denuncia y es corregido. Tiene que ver con el desafío de hacer prevalecer, de hacer de importancia, al humanismo, como condición inequívoca de la convivencia, de la coexistencia con lo clínico, lo tecnológico, lo administrativo, pero sin prescindencia de lo humano, en la equivalencia de actuación del hospital como escenario bioético.

¿Una antología bibliográfica solamente puede ofrecer una muestra de la literatura leída y utilizada en la elaboración de los contenidos de los capítulos que conforman un trabajo de investigación determinado? ¿Sólo esa estancia un tanto fría y distante de tanta savia acumulada? ¿O, acaso, es también, una coletánea donde se surten afectos entrañables, en tanto, que se abreva de lo que han popularizado en Confucio como “saber que uno sabe lo que sabe y que no sabe lo que no sabe”?

Pienso que uno sabe, sobre todo lo que no sabe, por cada uno de los compendios que aguardan siempre por ser abiertos, hasta que el polvo -en analogía con nosotros mismos- o los hongos irreductibles realizan una faena, lenta a veces, otras no, pero en ambos casos irreversible. Uno sabe lo que no sabe, por esas páginas pegadas una tras otra, como surcos en largas filas, que aspiran a ser rayadas torpemente, por albergar nuestras dudas ateridas y en inquietud. Uno sabe lo que no sabe, por estas páginas cómplices del silencio preferible a la desmedida visualidad reinante. Sin duda, la reminiscencia del lamento *borgiano* por las bibliografías como meras hileras de libros o papeles al vuelo es, cuando menos oportuna, para agradecer la significativa contribución en evitar que la ignorancia pura y dura ocupe con su larga sombra, lo que quiere ser atisbo fugacísimo de luz. Y a eso ayuda de manera decisiva, de modo intangible, esta *hilera* de títulos de libros; de años, editoriales y ciudades, y especialmente de autores. Los papeles que rayados quedan por allí tirados sin concierto. En la cercanía de tenerlos al alcance y en la pulsión de abrirlos, de leerlos y releerlos, sin que el tiempo juegue otro papel que su papel, nuestro agradecimiento queda expresado.

Abundio, J. (2005). *Miradas desde la Ética*. Gredos: Madrid.

Almárrega, A. (2010). *Genealogía de la Bioética*. Pre-Textos: México.

Alzate, N. Aportes de la hermenéutica ricoeuriana a la bioética. [disertación]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana / Instituto de Bioética. Agosto, 2011.

Ángel, D. La hermenéutica y los métodos de investigación en ciencias sociales. En: *Estudios Filosóficos*. N° 44, pp. 9-37. Universidad de Antioquía. Diciembre, 2011.

Arango, R. (2005). *El concepto de derechos sociales fundamentales*. Legis: Bogotá.

Aristóteles. *Ética Nicomaquea*, (1973). 5ª. ed., trad. de Antonio Gómez. Porrúa: México.

Artaza, O. El hospital público como organización humana. En: *Revista Médica*, vol. 5, nº 29, pp. 71-83, oct. 2010.

Azulay, A. Los principios bioéticos: ¿Se aplican en la situación de enfermedad terminal? En: *Anales de Medicina Interna*, vol. 18, nº 12, dic. 2001.

Banco Mundial (2015). *Informe Anual*. Nueva York.

Bauman, Z. (2005). *Vida líquida*. Paidós: Buenos Aires.

Baca, E. (2011). Las cuatro lógicas del sistema sanitario: médico, paciente, tercer pagador, industria. En: *Claves de razón práctica*, nº165, sept. 2006.

Beauchamp, T; Childress, J: (1999). *Principios de Ética Biomédica*. Masson: Madrid.

Belli L, Quadrelli S. La ética como filosofía primera: una fundamentación del cuidado médico desde la ética de la responsabilidad. En: *Cuadernos de Bioética*, nº 21, pág.13-20, mar. 2010.

Berger, P; Luckmann, T (1993). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Bohigas, Ll. (2007). *Control de Gestión en el hospital*. Fundación Avedis Donabedian: Barcelona.

Borges, J. (1995). *Ficciones*. Alianza: Madrid.

Boschingslés, G (2011). *Hospitales complejos*. Suramericana: Bogotá.

Burgos J. ¿Qué es la bioética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos. En: *Cuadernos de Bioética*, nº 80, pág. 17-30. 2011.

Briceño, R. (1999). *Ciencias Sociales y Salud en América Latina: un balance*. Fundación Polar: Caracas.

Callahan, D. (2002). *Los fines de la medicina*. Fundación Víctor Grifols: Barcelona.

Camozzi, R. (1997). *Aproximaciones al hombre*. Editorial CCS. Madrid.

Carr, E. (2003). *¿Qué es la historia?* Ariel: Barcelona.

Carrizo, L., Espina, M., Klein, J. (2003). *Transdisciplinariedad y Complejidad*. Documento de Debate MOST (Management of Social Transformations). UNESCO: México.

Casado, M. Aspectos bioéticos de los trasplantes de órganos. En: *Materiales del Máster en Bioética y Derecho*. Universidad de Barcelona / Heures: pág. 32-70, mar, 2005.

Cayuela, A. (2006). *Argumentos Bioéticos*. Marova: Madrid.

- Cebrián, J. (2010). *Sociología y Fenomenología*. Paidós: México.
- Cegarra, J; Rodríguez, J. (2004). Prácticas de gestión social y componentes de la responsabilidad social corporativa. En: *Cuadernos de Administración*, vol.17, nº 28. 2010. Bogotá.
- Cely, G. (2001). *El horizonte bioético de las ciencias*. Universidad Javeriana: Bogotá.
- Cioran, E. (1949). *Breviario de Podredumbre*. Tusquets: Barcelona.
- Congreso Mundial de Bioética. *Memorias del VIII Congreso*. 10 de mayo de 2016. Gijón. España.
- Convit, J. (1980). *La medicina como deber*. Ediciones UCV: Caracas.
- Cordero, R. (1996). *Historia de la Medicina en Venezuela*. UCAB: Caracas.
- Cortina, A. (2000). *Ética mínima: introducción a la filosofía práctica*. Alianza: Madrid.
- Choza, J. (1988). *Manual de Filosofía Antropológica*. Rialp: Madrid.
- Declaración de Helsinki. En: *Perspectivas Bioéticas* (2004). Vol. 8. Gedisa: Barcelona.
- Desjarlais, M; Throop, M. (2011). *Nuevos problemas epistémicos*. Paidós: México.
- De Azúa; F. (2001). El Hospital. En: *Historias Médicas ¿Qué me pasa doctor?* Páginas de espuma, pag.12. 2001.
- De la Fuente, J; López, J. (2002). *Referentes de Salud Pública en México*. UNAM: México.
- De la Torre, J. (2008). *Dignidad humana y Bioética*. Comillas: Madrid.
- De Lora, P; Gascón, M. (2008). *Bioética: principios, desafíos, debates*. Alianza: Madrid.
- Del Llano, J. (1989). *Economía de la Salud*. Taurus: Madrid.
- Dessiato, M. (1998). *Nietzsche, crítico de la modernidad*. Monte Ávila. Caracas.
- Diccionario UNESCO de Ciencias Sociales. 1987. Planeta: Barcelona.
- Donoso, C. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. En: *Persona y Bioética*. 2014, Nº 18(2): 184-193.
- Dorland (2010). *Diccionario de Ciencias de la Salud*. Océano: Madrid.

Elósegui, M. (2004). Fundamentos de la bioética y necesidades actuales. En: *Cuadernos de Bioética*, nº 64, pág. 8-20. 2004.

Enciclopedia de Bioética, Coord.: Reich, W. (2003). 7ma. Edición, en español. Instituto Kennedy: Nueva York.

Fermoso, P (1989). *La fenomenología y sus anexos*. Tecnos: Madrid.

Fernández, A. (2007). *Problemas epistemológicos de la ciencia: crítica de la razón metódica*. El salvaje refinado: EUA.

FLACSO, Aut.Var. (1991). *Instructivo para transcripción de entrevistas en la investigación cualitativa*. Universidad de Chile: Santiago.

Foucault, M. (1979). *Omnes et singulatim*. Ciclo de Conferencias. Universidad de Stanford. USA.

Foucault, M. (1979). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI : Buenos Aires.

----- (1984). *La Microfísica del poder*. Siglo XXI : Buenos Aires

----- (2004). *Sobre la ilustración*. Tecnos : Madrid.

Gadamer, H. (1988). *El estado oculto de la salud*. Gedisa : Barcelona.

García, A. (2000). *La cuestión fenomenológica*. Heriwald: Madrid.

García, E. La empatía en la medicina. En : *Revista Latinoamericana de Patología Clínica*, nº 62-4:204-205, mar. 2014.

Gargantilla, P. (2011). *Breve historia de la medicina. Del chamán a la gripe A*. Nowtilus : Madrid.

Garrison, F. (2003) *Introducción a la Historia de la Medicina*. Calpe: Madrid.

Garza, R. (2002). *Bioética: la toma de decisiones en situaciones difíciles*. Trillas: Buenos Aires.

Gisbert J. *El secreto médico*. En: *Manual de Bioética General*. Polaino Lorente A. Director. (1997). Rialp: Madrid.

Giorgi, A. (1985). *Investigación Fenomenológica*. Duquesne: Pittsburg:

Goodstein, L; Nolan, T; Pfeiffer. (2001). *Planeación Estratégica Aplicada*. McGraw Hill: Bogotá.

Gómez, J; Velayos, C. (2005). *Bioética: perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Tecnos: Madrid.

- González, G. (2011). *El paradigma cualitativo de la investigación. Nuevos problemas*. Fondo de Cultura Económica: México.
- Giusti, R. (2015). *Del mal que te vas a morir. Auge y tragedia de la Salud en Venezuela*. Libros Marcados: Caracas.
- Gracia D. La deliberación moral en el método de la ética clínica. En: *Medicina Clínica*, nº 117, pág. 18-23. Octubre, 2001.
- Gracia, D. (1999). Prólogo a la cuarta edición de *Principios de Ética Biomédica*. Masson: Madrid.
- Gracia, D; Lázaro, J. (2009). *Introducción a la Medicina*. Hariadna: Madrid.
- Gracia, D. (1990). *Fundamentos de Bioética*. Eudema: Madrid.
- (2004). *Cómo arqueros al blanco*. El Búho: Bogotá.
- (2010). *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. El Búho: Bogotá.
- (2011). *Ética de los confines de la vida*. El Búho: Bogotá.
- (2013). *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. El Búho: Bogotá.
- Gruhl, M. (2009). *El arte de rehacerse: la resiliencia*. Sal Terrae: Cantabria.
- Grondin J. (2008) *¿Qué es la hermenéutica?* Herder: Barcelona.
- Gross, W. (2003). *Organización de los Servicios Hospitalarios*. Panamericana: Bogotá.
- Haas, J. (2003). *Algunos desafíos de la Bioética Personalista*. Heriwald: Madrid.
- Hall, R. (2008). *Bioética institucional. Problemas y prácticas en las organizaciones para el cuidado de la salud*. Fontamara: México.
- Heller, A. (2001). *Teoría de los sentimientos*. Fontamara: Barcelona.
- Hernández, D. (2000). Cultura y vida cotidiana. Apuntes teóricos sobre la realidad como construcción social. En: *Sociológica*, Año 15, Núm. 43, mayo-agosto 2000, 87-102.
- Herranz, G. (2006). *Comentarios del código de ética y deontología médica*. EUNSA: Pamplona.
- El hospital como organismo ético. En: *Cuadernos de Bioética*, vol. XIX, nº3, pp. 423-432, sept-dic. 2008.
- Hooft, P. (2005). *Bioética, derecho y ciudadanía*. Temis: Bogotá.

Husserl, E. (1998). *Problemas fundamentales de la fenomenología. Lecciones*. Edición homenaje UNAM: México.

Informe Belmont. En: *Perspectivas Bioéticas* (2004). Vol. 9. Gedisa. Barcelona: 34-52.

Jiménez, R. (1990). *Hegel: escritos sobre moralidad y eticidad*. Paidós: Barcelona.

Jolly, D; Gerbaud, T. (2001). *Tomorrow Hospital SHS Working Paper* n° 5. World Health Organization: Washington.

Jonsen, A. (2003). *Historia de la Bioética*. Anaya: Madrid.

Kant, I. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Ariel: Barcelona.

----- (2000). *Crítica de la razón práctica*. Trad. Aramayo, R. Alianza: Madrid.

Kelly, J. (2006). *Políticas públicas en América Latina. Teoría y Práctica*. IESA: Caracas.

Kottow, M. (2005). *Perspectiva de la Bioética*. Universidad de Chile: Santiago.

Laín, P. (1983). *Teoría y realidad del otro*. Alianza: Madrid.

----- (1998). *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Triascatela: Madrid.

Lakatos, I. (2001). *Historia de la Ciencia y sus reconstrucciones racionales*. Anaya: Madrid.

Lanz, R. (2004). *Razón y dominación. Contribución a la crítica de la ideología*. Publicaciones de la UCV: Caracas.

----- (2005). *Las palabras no son neutras*. Monte Ávila: Caracas.

----- Algunas pistas sobre el ocaso de la modernidad y otras cuestiones. En: *Materiales del Doctorado en Ciencias Sociales, mención Salud y Sociedad*. Universidad de Carabobo, pág. 1-70. 2010.

Leret, M. (2005). *Derecho, biotecnología y bioética*. Los libros de El Nacional: Caracas.

Lezama, J. (2002). *Antropología, bioética, ingeniería genética: análisis sobre algunos de los presupuestos antropológicos de la bioética*. UCAB: Caracas.

Lipovetsky, G. (2008). *El crepúsculo del deber*. Alianza: Madrid.

Lolas, F. (2008). *Bioética y Medicina*. Universidad de Chile: Santiago.

López, J. (2008). *Breve Historia de la Medicina*. Alianza: Madrid.

- López, J; Terrada, M. (2000). *Introducción a la Medicina*. Crítica: Barcelona.
- Lorda, P. (2009). *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Triascatela: Madrid.
- Lyotard J. (2004). *La condición postmoderna*. Cátedra: Madrid.
- Mastrolia, S. (2011). *El interés por la Bioética*. EDAF. Madrid.
- Mc Bridge, B. (1992). *El paciente sin estadísticas*. Rialp: Madrid.
- Málaga, H. (2005). *Salud Pública: un enfoque bioético*. Disinlimed: Caracas.
- Maldonado, C. (1995). Posibilidades de una fenomenología no eidética: las lecciones de 1910-11. En: *Areté*, revista de filosofía. Vol. VII, nº1, 1995, p.p. 45-98.
- Marcos, A. (2011). *Bioética y derechos humanos*. UNED: Madrid.
- Mardones, J. (1991). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales*. Anthropos: Barcelona.
- Martínez, M (2006). *Comportamiento humano. Nuevos métodos de investigación*. Trillas: México.
- (2013). *Nuevos paradigmas en la investigación*. Alfa: Caracas.
- Maturana, E; Varela, F. (1997). *La autopoiesis de las instituciones*. Dolmen: Santiago.
- Medina, M; Villaverde, C. (2010). *Historia de la Medicina*. Predios: Valencia.
- Menéndez, M; Vadillo, F. (2009). *El plan de comunicación hospitalario: herramienta de gestión sanitaria*. Editorial Club Universitario: Alicante.
- Monasterio, D. (2013). *La última frontera de la gerencia*. Geresco: Caracas.
- Moustakas, C. (1994). *Investigación fenomenológica*. Sage: California.
- Moratalla TD. Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. En: *Veritas*. Vol 2, nº17, p. 283. 2007.
- Morin, E. (1989). *Condenados a aprender*. Fondo de Cultura Económica: México.
- (1999). *Introducción al pensamiento complejo*, Gedisa, Barcelona.
- Moreno, A. (1998). *De camino a la trama. Temas epistemológicos*. El Estilete: Caracas.
- Nietzsche, F. (1992). *Así habla Zaratustra*. Alianza: Madrid.
- Nuland, S. (2008). *Cómo morimos*. Alianza Editorial: Madrid.

- Nuño, J. (1993). *Escuchar con los ojos*. Monte Ávila: Caracas.
- Nuttin, J. (1980). *Teoría Relacional*. Paidós: México.
- Nogales, A. La empatía según Edith Stein y sus aplicaciones en enfermería en el contexto familiar. En: *Cultura de los cuidados, revista de enfermería y humanidades*. N°. 24, 2008, pag. 119-133.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. New York. 2005.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Ética de las Investigaciones Sociales. En: Documentos UNESCO. Universidad de Lima. 2007.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Concepción de la Salud*. Documentos OMS: Washington.
- Organización Mundial de la Salud (1960). *Funciones de Hospitales*. Resoluciones OMS: Washington.
- Organización Mundial de la Salud (1973). *El recurso humano sanitario*. Documentos OMS: Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (1976). *Declaración de Alma Ata*. Documentos OMS: Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Niveles de Atención en Salud*. Resoluciones OMS. Publicaciones OMS: Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Anual*. Documentos OMS: Washington.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS. (2012). *El consentimiento informado*. Consenso Panamericano: Washington.
- Paganini, J. Calidad y eficiencia en hospitales. En: *Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana* (OPS) n° 115 (6), pp. 35-49, dic. 1996.
- Pardo, J (2010). En torno a Hegel. En: *Atlántida*. Universidad de La Laguna. Vol. 4, n°17, p. 141-183. Marzo 2010.
- Parson, T. (1971). *El sistema de las sociedades modernas*. Heriwald: Madrid.
- Paz, O. (1990). *La otra voz. Poesía y fin de siglo*. Seix Barral: Barcelona.
- Pelluchon, C. (2009). *La autonomía vulnerable. Bioética y filosofía*. PUF: Paris.
- Pellegrino, M. (2000). *Métodos de la bioética*. Ariel: Barcelona.

- Pendleton, T. (2011). *Ciencia y desafío*. McGraw-Hill: México.
- Pérez, T. (2014). *La investigación sociomédica*. Uno más Uno: México.
- Pinha Ribeiro, H. (1993). *O Hospital: História e Crise*. Cortez Editora: Sao Paulo.
- Platón (1991). *La república o el estado*. 28ª edición. Espasa Calpe: Madrid.
- Poisson, J. (2008). *Bioética ¿El hombre contra el hombre?* Rialp: Madrid.
- Polaino, A. (1997). *Manual de Bioética General*. Rialp: Madrid.
- Porter, R. (2003). *Breve historia de la medicina*. Taurus: Madrid.
- Potter, V.R. (1981). *Bioética: un puente hacia el futuro*. Thomson: México.
- Procacci, G. (2001). *Historia General del Siglo XX*. Crítica: Barcelona.
- Punset, E. (2011). *Viaje al Optimismo*. Destino: Barcelona.
- Rawls, J. (1985). *Teoría de la justicia*, Fondo de Cultura Económica: México.
- Reich, W. (1993). *Enciclopedia de Bioética*. MacMillan: New York.
- Rieff, D. Hospitales: lo viejo y lo nuevo. En: *Letras libres*. Nº 114, p.p:42-51, julio, 2010.
- Ricoeur, P. (1975). *La metáfora viva*. Trotta: Madrid.
- (1996) *Si mismo como otro*. Siglo XXI: Madrid.
- (1999). *Teoría de la Interpretación*. Siglo XXI: México.
- (1999). *Lo Justo II*. Trotta: Madrid.
- (2003). *Caminos del reconocimiento*. Trotta: Madrid.
- (2004). *Finitud y culpabilidad*. Trotta: Madrid.
- (2005). *Sabiduría práctica*. Trotta: Madrid.
- Rodríguez, F. (2006). *Sujeto y Modernidad*. Fundacite: Ciudad Guayana.
- Rojas, W. (2008). *Historia de la Medicina*. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Rosales, L. (2009). *Gadamer: tiempo, cultura y horizonte*. EDAF: Madrid.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*. Suramericana: Bogotá.
- Rossi, A (1987). *Manual del Distraído*. Monte Ávila: Caracas.

- Rorty, R. (2009). *Ética para laicos*. Katz: Buenos Aires.
- Rubio, J. (1990). *El más difícil vivir*. DPPS: Sevilla.
- Ruiz, A. (2008). *Ética de la vida y la salud: su problemática biojurídica*. Universidad de Sevilla: Sevilla.
- Rusque, A. (2003). *De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa*. Vadell: Valencia.
- Salgüeiro, J. (2011). *Explicaciones sobre pensamiento*. Hoja 32: México.
- Savater, F (1988). *Ética como amor propio*. Mondadori: Barcelona.
- (1999). *Ética y ciudadanía*. Monte Ávila: Caracas.
- (2009). *La aventura del pensamiento*. Debolsillo: Bogotá.
- Siegler, P (2000). *Valores profesionales de la práctica médica*. Heriwald: Madrid.
- Serrano, J. (2007). *Nuevas cuestiones de bioética*. EUNSA: Pamplona.
- Shua, A, (2001). *Historias médicas*. Páginas de Espuma: Madrid.
- Shütz, A. (1972). *Fenomenología del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Paidós: Buenos Aires.
- (1979). *El problema de la realidad social*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Singer, P. (1997). *Repensar la vida y la muerte*. Paidós: Barcelona.
- Spaemann, R. (1993). *Personas*. EUNSA: Pamplona.
- Suárez, P. (2005). *Los desafíos sanitarios del siglo XXI*. UNAM: México.
- Taylor, S; Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Wiley: México.
- Tesch, B. (1990). *Ciencia y métodos de investigación*. Panamericana: Bogotá.
- Trías, E (2018). *La funesta manía de pensar*. Galaxia Gutenberg: Barcelona
- Tobar, F. Las funciones del hospital. En: *Hospital y Comunidad*, vol 2, nº 3-4, pág. 40-76, octubre, 1999.
- Tobar, F. (2007). *¿Qué es la economía de la salud?* Fundación Isalud: Buenos Aires.
- Torralba, F. (2005). *¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris*. Herder: Barcelona.

- Todorov, T (2011). *Vivir solos juntos*. Galaxia Gutenberg: Barcelona.
- Unamuno, M. (1982). *Diario íntimo* (póstumo). Alfaguara: Madrid.
- Valls, R. (2003). *Ética para la Bioética*. Gedisa: Barcelona.
- Van Manen, M. (2003). *Investigación y experiencia vivida*. Idea: Barcelona.
- Vattimo, G. (2010). *Adiós a la verdad*. Alfaguara: Madrid.
- Vélez, L. (2003). *Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte*. CIB: Medellín.
- Vélez, A; Ruiz, A; Torres, edit. (2013). *Retos y dilemas de los comités de ética en investigación*. Universidad del Rosario: Bogotá.
- Vignolo, J (2003). *El rapport: comunicación en salud*. Uno más Uno: México.
- Vilar, P. (1999). *Iniciación al vocabulario del análisis histórico*. Crítica: Barcelona.
- Villaverde, C. (2004). Bioética en Venezuela: un vuelo rasante por la moda y la escasez. En: *Asombro*, revista de filosofía de la Universidad de Carabobo, nº 1, pág.113-130. Marzo, 2004.
- (2010). *Historia de la Medicina. Aproximación Venezuela*. Predios: Valencia.
- Villena, F. (2009). *Bioética. Nuevos desafíos*. Celaya: Madrid.
- Vygotsky, L. (2010). *Pensamiento y lenguaje*. Paidós: Barcelona.
- Zubiri, X. (1992). *Sobre el sentimiento y la volición*. Taurus: Madrid.

ADENDA

Adenda 1: Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO, 2005.

Prefacio

En octubre de 2005, la Conferencia General de la UNESCO, ente adscrito a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), aprobó por aclamación la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Por primera vez en la historia de la bioética, los Estados Miembros se comprometían, y comprometían con ello a la comunidad internacional, a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética reunidos en un único texto. Al abordar los problemas éticos que plantean la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas en sus vertientes relacionadas con el ser humano, la Declaración, como se infiere del propio título, fundamenta los principios en ella consagrados en las normas que rigen el respeto de la dignidad de la persona, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Por el hecho de inscribir la bioética en los derechos humanos internacionales y de garantizar el respeto por la vida de las personas, la Declaración reconoce la interrelación existente entre la ética y los derechos humanos en el terreno concreto de la bioética. Junto con la Declaración, la Conferencia General de la UNESCO aprobó una resolución en la que instaba a los Estados Miembros a hacer todo lo posible para poner en práctica los principios enunciados en la Declaración y me invitaba a adoptar las medidas apropiadas para velar por la aplicación del texto, lo que comprende darle una difusión lo más amplia posible. Esta declaración universal constituye un primer instrumento, pensado para contribuir de forma tangible al conocimiento de la bioética y los derechos humanos en todo el mundo y a la comprensión de los principios que se enuncian, de forma que todo ser humano, dondequiera que se encuentre, pueda beneficiarse de los progresos de la ciencia y la tecnología dentro del respeto de los derechos y las libertades fundamentales de la persona.

Koïchiro Matsuura

Consciente de la excepcional capacidad que posee el ser humano para reflexionar sobre su propia existencia y su entorno, así como para percibir la injusticia, evitar el peligro, asumir responsabilidades, buscar la cooperación y dar muestras de un sentido moral que dé expresión a principios éticos,

Teniendo en cuenta los rápidos adelantos de la ciencia y la tecnología, que afectan cada vez más a nuestra concepción de la vida y a la vida propiamente dicha, y que han traído consigo una fuerte demanda para que se dé una respuesta universal a los problemas éticos que plantean esos adelantos,

Reconociendo que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales,

Resolviendo que es necesario y conveniente que la comunidad internacional establezca principios universales que sirvan de fundamento para una respuesta de la humanidad a los dilemas y controversias cada vez numerosos que la ciencia y la tecnología plantean a la especie humana y al medio ambiente,

Recordando la Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 11 de noviembre de 1997 y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 16 de octubre de 2003,

Tomando nota del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptados el 16 de diciembre de 1966, la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial del 21 de diciembre de 1965, la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer del 18 de diciembre de 1979, la Convención de las Naciones

Unidas sobre los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989, el Convenio de las Naciones Unidas sobre la Diversidad Biológica del 5 de junio de 1992, las Normas uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, la Recomendación de la UNESCO relativa a la situación de los investigadores científicos del 20 de noviembre de 1974, la Declaración de la UNESCO sobre la Raza y los Prejuicios Raciales del 27 de noviembre de 1978, la Declaración de la UNESCO sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras del 12 de noviembre de 1997, la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural del 2 de noviembre de 2001, el Convenio de la OIT (Nº 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes del 27 de junio de 1989, el Tratado Internacional sobre los Recursos Filogenéticos para la Alimentación y la Agricultura aprobado por la Conferencia de la FAO el 3 de noviembre de 2001 y vigente desde el 29 de junio de 2004, el Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC) anexo al Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial del Comercio y vigente desde el 1º de enero de 1995, la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública del 14 de noviembre de 2001 y los demás instrumentos internacionales aprobados por las Naciones Unidas y sus organismos especializados, en particular la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS),

Tomando nota asimismo de los instrumentos internacionales y regionales relativos a la bioética, comprendida la Convención para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a la aplicación de la medicina y la biología – Convención sobre los derechos humanos y la biomedicina del Consejo de Europa, aprobada en 1997 y vigente desde 1999, junto con sus protocolos adicionales, así como las legislaciones y reglamentaciones nacionales en materia de bioética, los códigos de conducta, directrices y otros textos internacionales y regionales sobre bioética, como la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial relativa a los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos, aprobada en 1964 y enmendada sucesivamente en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000, y las Guías éticas internacionales para investigación biomédica que involucra a seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, aprobadas en 1982 y enmendadas en 1993 y 2002, *Reconociendo* que esta Declaración se habrá de entender de modo compatible con el derecho internacional y las legislaciones nacionales de conformidad con el derecho relativo a los derechos humanos,

Recordando la Constitución de la UNESCO aprobada el 16 de noviembre de 1945,

Considerando que la UNESCO ha de desempeñar un papel en la definición de principios universales basados en valores éticos comunes que orienten los adelantos científicos y el desarrollo tecnológico y la transformación social, a fin de determinar los desafíos que surgen en el ámbito de la ciencia y la tecnología teniendo en cuenta la responsabilidad de las generaciones actuales para con las generaciones venideras, y que las cuestiones de bioética, que forzosamente tienen una dimensión internacional, se deben tratar como un todo, basándose en los principios ya establecidos en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, y teniendo en cuenta no sólo el contexto científico actual, sino también su evolución futura,

Consciente de que los seres humanos forman parte integrante de la biosfera y de que desempeñan un importante papel en la protección del prójimo y de otras formas de vida, en particular los animales,

Reconociendo que, gracias a la libertad de la ciencia y la investigación, los adelantos científicos y tecnológicos han reportado, y pueden reportar, grandes beneficios a la especie humana, por ejemplo aumentando la esperanza de vida y mejorando la calidad de vida, y *destacando* que esos adelantos deben procurar siempre promover el bienestar de cada individuo, familia, grupo o comunidad y de la especie humana en su conjunto, en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana y en el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales,

Reconociendo que la salud no depende únicamente de los progresos de la investigación científica y tecnológica sino también de factores psicosociales y culturales,

Reconociendo asimismo que las decisiones relativas a las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas pueden tener repercusiones en los individuos, familias, grupos o comunidades y en la especie humana en su conjunto,

Teniendo presente que la diversidad cultural, fuente de intercambios, innovación y creatividad, es necesaria para la especie humana y, en este sentido, constituye un patrimonio común de la humanidad, pero *destacando* a la vez que no se debe invocar a expensas de los derechos humanos y las libertades fundamentales,

Teniendo presente también que la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales,

Reconociendo que la conducta científica y tecnológica poco ética ha tenido repercusiones especiales en las comunidades indígenas y locales,

Convencida de que la sensibilidad moral y la reflexión ética deberían ser parte integrante del proceso de desarrollo científico y tecnológico y de que la bioética debería desempeñar un papel predominante en las decisiones que han de tomarse ante los problemas que suscita ese desarrollo,

Considerando que es conveniente elaborar nuevos enfoques de la responsabilidad social para garantizar que el progreso de la ciencia y la tecnología contribuye a la justicia y la equidad y sirve el interés de la humanidad,

Reconociendo que una manera importante de evaluar las realidades sociales y lograr la equidad es prestando atención a la situación de la mujer,

Destacando la necesidad de reforzar la cooperación internacional en el ámbito de la bioética, teniendo en cuenta en particular las necesidades específicas de los países en desarrollo, las comunidades indígenas y las poblaciones vulnerables,

Considerando que todos los seres humanos, sin distinción alguna, deberían disfrutar de las mismas normas éticas elevadas en la investigación relativa a la medicina y las ciencias de la vida,

La Conferencia General, proclama los siguientes principios y *aprueba* la presente Declaración.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos

Disposiciones generales

Artículo 1. Alcance

1. La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.
2. La Declaración va dirigida a los Estados. Imparte también orientación, cuando procede, para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.

Artículo 2. Objetivos

Los objetivos de la presente Declaración son:

- a) proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética;
- b) orientar la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas;
- c) promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos;

- d) reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta Declaración y respeten la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales;
- e) fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto;
- f) promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo;
- g) salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras;
- h) destacar la importancia de la biodiversidad y su conservación como preocupación común de la especie humana.

Principios

En el ámbito de la presente Declaración, tratándose de decisiones adoptadas o de prácticas ejecutadas por aquellos a quienes va dirigida, se habrán de respetar los principios siguientes.

Artículo 3. Dignidad humana y derechos humanos

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 4. Beneficios y efectos nocivos

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.

Artículo 5. Autonomía y responsabilidad individual

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 6. Consentimiento

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.
2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Las excepciones a este principio deberían hacerse únicamente de conformidad con las normas éticas y jurídicas aprobadas por los Estados, de forma compatible con los principios y disposiciones enunciados en la presente Declaración, en particular en el Artículo 27, y con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.
3. En los casos correspondientes a investigaciones llevadas a cabo en un grupo de personas o una comunidad, se podrá pedir además el acuerdo de los representantes legales del grupo o la comunidad en cuestión. El acuerdo colectivo de una comunidad o el consentimiento de un dirigente comunitario u otra autoridad no deberían sustituir en caso alguno el consentimiento informado de una persona.

Artículo 7. Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento

De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:

- a) la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación;
- b) se deberían llevar a cabo únicamente actividades de investigación que redunden directamente en provecho de la salud de la persona interesada, una vez obtenida la autorización y reunidas las condiciones de protección prescritas por la ley, y si no existe una alternativa de investigación de eficacia comparable con participantes en la investigación capaces de dar su consentimiento. Las actividades de investigación que no entrañen un posible beneficio directo para la salud se deberían llevar a cabo únicamente de modo excepcional, con las mayores restricciones, exponiendo a la persona únicamente a un riesgo y una coerción mínimos y, si se espera que la investigación redunde en provecho de la salud de otras personas de la misma categoría, a reserva de las condiciones prescritas por la ley y de forma compatible con la protección de los derechos humanos de la persona. Se debería respetar la negativa de esas personas a tomar parte en actividades de investigación.

Artículo 8. Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.

Artículo 9. Privacidad y confidencialidad

La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos.

Artículo 10. Igualdad, justicia y equidad

Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.

Artículo 11. No discriminación y no estigmatización

Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.

Artículo 12. Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo

Se debería tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo. No obstante, estas consideraciones no habrán de invocarse para atentar contra la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance.

Artículo 13. Solidaridad y cooperación

Se habrá de fomentar la solidaridad entre los seres humanos y la cooperación internacional a este efecto.

Artículo 14. Responsabilidad social y salud

1. La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.
2. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:
 - a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano;
 - b) el acceso a una alimentación y un agua adecuadas;

- c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente;
- d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo; y
- e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Artículo 15. Aprovechamiento compartido de los beneficios

1. Los beneficios resultantes de toda investigación científica y sus aplicaciones deberían compartirse con la sociedad en su conjunto y en el seno de la comunidad internacional, en particular con los países en desarrollo. Los beneficios que se deriven de la aplicación de este principio podrán revestir las siguientes formas:

- a) asistencia especial y duradera a las personas y los grupos que hayan tomado parte en la actividad de investigación y reconocimiento de los mismos;
- b) acceso a una atención médica de calidad;
- c) suministro de nuevas modalidades o productos de diagnóstico y terapia obtenidos gracias a la investigación;
- d) apoyo a los servicios de salud;
- e) acceso a los conocimientos científicos y tecnológicos;
- f) instalaciones y servicios destinados a crear capacidades en materia de investigación;
- g) otras formas de beneficio compatibles con los principios enunciados en la presente Declaración.

2. Los beneficios no deberían constituir incentivos indebidos para participar en actividades de investigación.

Artículo 16. Protección de las generaciones futuras

Se deberían tener debidamente en cuenta las repercusiones de las ciencias de la vida en las generaciones futuras, en particular en su constitución genética.

Artículo 17. Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad

Se habrán de tener debidamente en cuenta la interconexión entre los seres humanos y las demás formas de vida, la importancia de un acceso apropiado a los recursos biológicos y genéticos y su utilización, el respeto del saber tradicional y el papel de los seres humanos en la protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

Aplicación de los principios

Artículo 18. Adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas

1. Se debería promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular las declaraciones de todos los conflictos de interés y el aprovechamiento compartido de conocimientos. Se debería procurar utilizar los mejores conocimientos y métodos científicos disponibles para tratar y examinar periódicamente las cuestiones de bioética.
2. Se debería entablar un diálogo permanente entre las personas y los profesionales interesados y la sociedad en su conjunto.
3. Se deberían promover las posibilidades de un debate público pluralista e informado, en el que se expresen todas las opiniones pertinentes.

Artículo 19. Comités de ética

Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a:

- a) evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos;
- b) prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos;
- c) evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración;
- d) fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.

Artículo 20. Evaluación y gestión de riesgos

Se deberían promover una evaluación y una gestión apropiadas de los riesgos relacionados con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas.

Artículo 21. Prácticas transnacionales

1. Los Estados, las instituciones públicas y privadas y los profesionales asociados a actividades transnacionales deberían procurar velar por que sea conforme a los principios enunciados en la presente Declaración toda actividad que entre en el ámbito de ésta y haya sido realizada, financiada o llevada a cabo de cualquier otra manera, en su totalidad o en parte, en distintos Estados.
2. Cuando una actividad de investigación se realice o se lleve a cabo de cualquier otra manera en un Estado o en varios (el Estado anfitrión o los Estados anfitriones) y sea financiada por una fuente ubicada en otro Estado, esa actividad debería someterse a un nivel apropiado de examen ético en el Estado anfitrión o los Estados anfitriones, así como en el Estado donde esté ubicada la fuente de financiación. Ese examen debería basarse en normas éticas y jurídicas que sean compatibles con los principios enunciados en la presente Declaración.
3. Las actividades de investigación transnacionales en materia de salud deberían responder a las necesidades de los países anfitriones y se debería reconocer que es importante que la investigación contribuya a la paliación de los problemas urgentes de salud a escala mundial.
4. Al negociar un acuerdo de investigación, se deberían establecer las condiciones de colaboración y el acuerdo sobre los beneficios de la investigación con la participación equitativa de las partes en la negociación.
5. Los Estados deberían tomar las medidas adecuadas en los planos nacional e internacional para luchar contra el bioterrorismo, así como contra el tráfico ilícito de órganos, tejidos, muestras, recursos genéticos y materiales relacionados con la genética.

Promoción de la Declaración

Artículo 22. Función de los Estados

1. Los Estados deberían adoptar todas las disposiciones adecuadas, tanto de carácter legislativo como administrativo o de otra índole, para poner en práctica los principios enunciados en la presente Declaración, conforme al derecho internacional relativo a los derechos humanos. Esas medidas deberían ser secundadas por otras en los terrenos de la educación, la formación y la información pública.
2. Los Estados deberían alentar la creación de comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas, tal como se dispone en el Artículo 19.

Artículo 23. Educación, formación e información en materia de bioética

1. Para promover los principios enunciados en la presente Declaración y entender mejor los problemas planteados en el plano de la ética por los adelantos de la ciencia y la tecnología, en particular para los jóvenes, los Estados deberían esforzarse no sólo por fomentar la educación y formación relativas a la bioética en todos los planos, sino también por estimular los programas de información y difusión de conocimientos sobre la bioética.
2. Los Estados deberían alentar a las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales, así como a las organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y nacionales, a que participen en esta tarea.

Artículo 24. Cooperación internacional

1. Los Estados deberían fomentar la difusión de información científica a nivel internacional y estimular la libre circulación y el aprovechamiento compartido de los conocimientos científicos y tecnológicos.
2. En el contexto de la cooperación internacional, los Estados deberían promover la cooperación científica y cultural y llegar a acuerdos bilaterales y multilaterales que permitan a los países en desarrollo crear las capacidades necesarias para participar en la creación y el intercambio de conocimientos científicos y de

las correspondientes competencias técnicas, así como en el aprovechamiento compartido de sus beneficios.

3. Los Estados deberían respetar y fomentar la solidaridad entre ellos y deberían también promoverla con y entre individuos, familias, grupos y comunidades, en particular con los que son más vulnerables a causa de enfermedades, discapacidades u otros factores personales, sociales o ambientales, y con los que poseen recursos más limitados.

Artículo 25. Actividades de seguimiento de la UNESCO

1. La UNESCO deberá promover y difundir los principios enunciados en la presente Declaración. Para ello, la UNESCO solicitará la ayuda y la asistencia del Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB) y del Comité Internacional de Bioética (CIB).

2. La UNESCO deberá reiterar su voluntad de tratar la bioética y de promover la colaboración entre el CIGB y el CIB.

Disposiciones finales

Artículo 26. Interrelación y complementariedad de los principios

La presente Declaración debe entenderse como un todo y los principios deben entenderse como complementarios y relacionados unos con otros. Cada principio debe considerarse en el contexto de los demás principios, según proceda y corresponda a las circunstancias.

Artículo 27. Limitaciones a la aplicación de los principios

Si se han de imponer limitaciones a la aplicación de los principios enunciados en la presente Declaración, se debería hacer por ley, en particular las leyes relativas a la seguridad pública para investigar, descubrir y enjuiciar delitos, proteger la salud pública y salvaguardar los derechos y libertades de los demás. Dicha ley deberá ser compatible con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

Artículo 28. Salvedad en cuanto a la interpretación: actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.

Ninguna disposición de la presente Declaración podrá interpretarse como si confiriera a un Estado, grupo o individuo derecho alguno a emprender actividades o realizar actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.

** Aprobada por aclamación por la Trigésima Tercera Sesión Plenaria de la Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el 19 de octubre de 2005. Documento que rige en la mayoría de los países que lo suscriben en lo atinente a derechos humanos y bioética.*

Adenda 2: Modelo Sinóptico de Entrevista en Densidad*

Usted ha sido(a) seleccionado(a) para realizar una entrevista en densidad (ED) para el trabajo de tesis doctoral denominado “Razón y Significado del Hospital como Escenario Bioético”. En virtud de su conocimiento e interés por el tema de tesis, usted responderá y suscribirá los planteamientos de la ED en forma libre y dichas respuestas deberán ser consignadas, vía digital, al investigador, posterior a las sesiones en densidad programadas de mutuo acuerdo con el investigador.

Propósitos:

Objetivo General

Generar conocimientos a partir de las experiencias de quienes trabajan en el hospital en la atención a personas, desde lo predominantemente clínico y administrativo, hasta conjugar la posibilidad del hospital como escenario bioético.

Objetivos Específicos

- IV. Describir la naturaleza histórica y funcional del hospital reconocido como espacio para tratar la enfermedad y restablecer la salud.
- V. Reconocer la irrupción de la bioética como espacio de conocimiento interdisciplinar de interés a la evolución del hospital.
- VI. Construir, desde las experiencias de las personas que protagonizan la gestión de atención hospitalaria diaria a otras personas (pacientes), la razón y el significado del hospital como escenario bioético.

Entrevista en Densidad (ED) / Dimensiones Interrogativas:

- 1) Va al hospital diariamente a trabajar. ¿Qué significados otorga a su experiencia intrahospitalaria vivida en la sinergia: personas que atienden personas?
- 2) Su experiencia cotidiana en el hospital posibilita la atención a personas y lo hace desde un nivel de conciencia donde construye una realidad social humanizadora. En el hospital puede intervenir en el cuerpo de la persona hospitalizada. ¿Qué suscribe de esa interrelación?
- 3) Como profesional sanitario dentro del hospital teje relaciones que implican deberes y derechos con otras personas que requieren cuidados. ¿Qué representa la responsabilidad de cumplir con la indicación y/o administración de tratamientos al paciente dentro del hospital?

Breviario de dudas en despeje:

Sinergia: se le otorga el sentido de acción para realizar una función.

Humanizadora: que propende a la acción solidaria, de ayuda, en beneficiar a otro ser humano.

Teje: se le adscribe un sentido de forjar, unir, sostener en buen talante, con otra o un conjunto de personas.

Intervenir: aquí una acepción más amplia que no sólo incluye la clásica función de intervenir: la intervención quirúrgica, sino que comprende acciones consideradas de la cotidianidad de un hospital, respecto al cuerpo de la persona-paciente. Desde lavar al cuerpo, hasta una cura, hasta llegar a cualquier procedimiento en la relación clínica que se establece en el nosocomio.

Interrelación: el sentido que aquí se subraya es la relación entre dos personas, en el denominado pacto de cuidados que se realiza en el hospital; o la conjugación de los verbos curar y cuidar.

Indicación y/o administración: en la dinámica hospitalaria el profesional médico indica la terapéutica y el personal de enfermería administra el medicamento indicado al paciente. En ambos casos cobra pertinencia la interrogante en tanto se requiere de la representación que significa para uno u otro profesional sanitario.

** Presentada y avalada por la Junta Directiva del Instituto Hospital Oncológico Miguel Pérez Carreño. 19/8/2016, hospital donde se seleccionaron a los actores-protagonistas que fueron entrevistados.*

Adenda 3: Instructivo de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) para las transcripciones de las entrevistas*

Instrucciones Generales Validadas

- 1) Toda entrevista debe ser transcrita lo más fielmente posible, considerando básicamente, el sentido de las preguntas y respuestas.
- 2) La primera línea del documento debe ir como sigue: Ciudad (Bogotá, Santiago de Chile, Montevideo, Caracas); Mujer/Hombre; Rangos de edad teniendo en cuenta el concepto de ciclo vital propuesto por Erick Erikson por contemplar el desarrollo psicosocial de las personas. Solo se contemplan a partir de los 12 años por ser la etapa en que se inicia a configurar un sentido de identidad. Aspecto que tiene estrecha relación con la autonomía de las personas y por ende con la posibilidad de pedir por parte de un profesional de la salud un asentimiento y consentimiento según sea el caso luego de definir la capacidad de las personas. Las edades se agruparán de la siguiente manera:
 - a. 12 a 18 años – adolescentes (AC)
 - b. 18 a 40 años – juventud (JV)
 - c. 40 a 65 años – adultez (AD)
 - d. 65 años y más – vejez (VZ)
- 3) **Especificar:**
 Si quien habla es el entrevistados o el entrevistado. Diferenciar, si quien responde es hombre o mujer.
 Espacio entre cada hablante si fuere necesario. No olvidar los puntos donde sean requeridos.
 Identificar a los distintos/as entrevistados/as con un número y/o código.
 Identificar brevemente las condiciones en las que se desarrolló el diálogo.
 Colocar la(s) fecha (s) en que se efectuó la entrevista.
- 4) **Protocolo:**
 - a) Entrevistado: Pregunta Nº. Entrevistado 1: respuesta. Entrecomillado. Entrevistado 2: respuesta.
 - b) El texto de las preguntas y respuestas debe estar separado por un espacio interlineal en blanco.
 - c) Las palabras o frases ininteligibles (que no se escuchen bien), de no poder ser consultado el entrevistado, deben ser reemplazadas por tres puntos entre paréntesis.
 - d) Se debe respetar la puntuación y la acentuación, además de la ortografía en general. Recordar que el corrector de ortografía pasa por alto las palabras homónimas que se diferencian por el acento, por lo tanto, es necesario hacer una revisión del texto en forma minuciosa.
 - e) Después de cada párrafo (ya sea pregunta o respuesta) finalizar con punto aparte, o con tres puntos, en caso de corte, o interrupción.
 - f) La entrevista no debe tener negritas, salvo titulaciones o por expresa excepción, ni subrayados.
 - g) Tipo de letra, Arial o Times New Roman. Tamaño de letra: 12
 - h) La descripción de cada entrevista debe reportarse en su integridad como expresión del trabajo investigativo de recolección de datos.
 - i) Se deben eliminar los monosílabos del entrevistado que intervienen en las respuestas y permitir que éstas queden expresadas en toda su extensión. Por ej. Ya, Si, etc.
 - j) Los modismos en general y las palabras pa., na., re, P.D., u otras acortadas deben escribirse tal como suenan considerando sólo las acentuaciones y puntuaciones si correspondiera.
 - k) Las interrupciones o silencios cortos del/la entrevistado/a se deben señalar con tres puntos; "...".
 - l) Cuando se produzca un silencio largo por parte del entrevistado, sea al comienzo de una respuesta o en el transcurso de ésta, se debe señalar con la palabra "silencio" entre paréntesis. Por ej. (silencio) de igual manera cuando haya risas. Por ej. (risas)
 - m) Todas las preguntas deben ir con sus respectivos signos de interrogación al principio y al final de la pregunta, excepto aquellas intervenciones (que no son preguntas) del entrevistado entre respuestas o en medio de una. Así mismo, las interjecciones o énfasis deber ir con signos de exclamación.

* Instructivo General Validado: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires. 2009.

Adenda 4: Observatorio de Bioética de Carabobo (OBIC)*

Resumen de proyecto

1.- PROYECTO

Observatorio de Bioética de Carabobo (OBIC)

2.- CONCEPTO

El Observatorio de Bioética de Carabobo es un espacio visor proactivo destinado a la recopilación, difusión, consultoría e investigación documental y experiencial en Bioética, con énfasis en la bioética clínica en hospitales y centros ambulatorios, así como en el ámbito universitario.

3.- ACTIVIDAD

Desarrollo de programa de estudio, difusión, promoción, consultoría e investigación en el campo de la Bioética.

4.- PROBLEMÁTICA

- a) La ausencia de espacios para el tratamiento interdisciplinario de los conflictos y dilemas que conlleva la inobservancia del respeto a la dignidad humana en las relaciones sanitarias, en un contexto de predominio exclusivamente clínico y administrativo de la dinámica intrahospitalaria, así como la ausencia de valoraciones de justicia sobre el uso de la terapéutica biotecnológica en la persona que es paciente.
- b) El desconocimiento de la bioética como nueva disciplina de las ciencias de la salud y su repercusión en problemáticas sanitarias en las comunidades.
- c) La ausencia de espacios visores que analicen con pertinencia social las realidades sanitarias y medioambientales que afectan la calidad de vida de las comunidades.
- d) La inexistencia en la región de programas sistemáticos de formación de pre y postgrado en Bioética.
- e) El escaso desarrollo de los comités de bioética en hospitales y centros de salud, así como en los centros de investigación.
- f) El precario andamiaje para la investigación en temas relacionados con la disciplina Bioética.

5.- OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Crear un espacio participativo donde estimular el desarrollo de la bioética como disciplina de trascendente repercusión en la sociedad.

5.2. Objetivos Específicos

- 1) Recopilar y analizar información relacionada con el campo de la bioética desde un ángulo interdisciplinario, con énfasis en la red de hospitales y centros ambulatorios del estado Carabobo.
- 2) Promover y organizar actividades de promoción y difusión de la bioética en la red hospitalaria y ambulatoria de Carabobo.
- 3) Desarrollar líneas de investigación en el ámbito bioético.
- 4) Editar publicaciones que contribuyan al estudio y divulgación de la bioética.
- 5) Fomentar posibilidades de formación en Bioética en la Universidad de Carabobo.
- 6) Cooperar en la conformación y consultoría de los comités de Bioética hospitalarios y de investigación en el medio universitario.

6.- ACTIVIDADES

- a) Elaboración y puesta en marcha del sistema visor de la bioética en Carabobo.
- b) Ciclo regular de charlas divulgativas en comunidades de trabajo sanitario, tomando como eje referencial la red hospitalaria y ambulatoria de Carabobo.
- c) Ciclo regular de charlas divulgativas en espacios interuniversitarios con profesores y estudiantes.
- d) Formulación de propuesta de programa de formación en Bioética para estudiantes de pregrado universitario, en ciencias de la salud.

- e) Elaboración de proyectos de formación de Diplomados Comunitarios en Bioética y Diplomados en Bioética Clínica.
- f) Edición y Divulgación en las comunidades intrahospitalaria, ambulatorias y universitarias, de material didáctico sobre la Bioética: *La cartilla de la bioética. Bioética breve*.
- g) Conformación del Anuario de Bioética de Carabobo, como registro histórico de utilidad para instituciones científicas y sociales del estado.
- h) Fomentar la creación de comités de Bioética en centros de salud de Carabobo, en concordancia con la solicitud de OMS-OPS. Elaboración de la guía de conformación, tomando en cuenta las peculiaridades de cada centro de salud en Carabobo.
- i) Preparación de las primeras Jornadas Interdisciplinarias de Bioética en Carabobo. Julio de 2010.

7.- LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- 1) El aborto como proceso de inequidad y realidad actual de salud pública en Carabobo.
- 2) Los cuidados paliativos en el paciente terminal en los hospitales, centros de salud y geriátricos de Carabobo.
- 3) La legislación biosanitaria en Venezuela. Nuevas normas a raíz de una nueva carta magna. Los derechos humanos. Los derechos de los pacientes. El consentimiento informado. Los derechos del profesional de la salud. Objeción de conciencia en la práctica sanitaria.
- 4) El derecho de las personas a un servicio de calidad en salud. Repercusiones bioéticas del gasto en las instituciones sanitarias de Carabobo.
- 5) Las enfermedades de la violencia y su raíz social. Prejuicios y responsabilidades.
- 6) Las dificultades de acceso al medicamento para el paciente portador de enfermedades crónico-degenerativas.
- 7) La negación de la medicina preventiva en el modelo biomédico imperante. Enfoque bioético de la Medicina Preventiva.
- 8) El desierto divulgativo y formativo de la Bioética en Carabobo.

8.- RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Prof. Gladys Díaz de López. Jefe del Departamento. Prof. Aleida González de Tellería. Coordinadora de Extensión. Prof. Amalix Flores. Coordinadora de Investigación.

9.- COORDINADOR RESPONSABLE

Prof. Carlos Villaverde. Coordinador de la Cátedra de Historia de la Medicina y facilitador del Módulo de Bioética del Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Correo: carlosvillave@gmail.com

10.- SEDE DEL PROYECTO

Complejo Docente-Asistencial Bárbula. Pabellón 10. Diagonal al Instituto Oncológico Hospital Miguel Pérez Carreño. Municipio Naguanagua. Estado Carabobo.

* Proyecto admitido y avalado por el Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

Adenda 5: Código de Nuremberg*

1. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario de sujeto humano. Esto significa que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar consentimiento; su situación debe ser tal que pueda ser capaz de ejercer una elección libre, sin intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción u otra forma de constreñimiento o coerción; debe tener suficiente conocimiento y comprensión de los elementos implicados que le capaciten para hacer una decisión razonable e ilustrada. Este último elemento requiere que antes de que el sujeto de experimentación acepte una decisión afirmativa, debe conocer la naturaleza, duración y fines del experimento, el método y los medios con los que será realizado; todos los inconvenientes y riesgos que pueden ser esperados razonablemente y los efectos sobre su salud y persona que pueden posiblemente originarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad para asegurarse de la calidad del consentimiento residen en cada individuo que inicie, dirija o esté implicado en el experimento. Es un deber y responsabilidad personales que no pueden ser delegados impunemente.
2. El experimento debe ser tal que dé resultados provechosos para el beneficio de la sociedad, no sea obtenible por otros métodos o medios y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.
3. El experimento debe ser proyectado y basado sobre los resultados de experimentación animal y de un conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otro problema bajo estudio, de tal forma que los resultados previos justificarán la realización del experimento.
4. El experimento debe ser realizado de tal forma que se evite todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño.
5. No debe realizarse ningún experimento cuando exista una razón a priori que lleve a creer el que pueda sobrevenir muerte o daño que lleve a una incapacitación, excepto, quizás, en aquellos experimentos en que los médicos experimentales sirven también como sujetos.
6. El grado de riesgo que ha de ser tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de ser resuelto con el experimento.
7. Deben realizarse preparaciones propias y proveerse de facilidades adecuadas para proteger al sujeto de experimentación contra posibilidades, incluso remotas, de daño, incapacitación o muerte.
8. El experimento debe ser realizado únicamente por personas científicamente cualificadas. Debe exigirse a través de todas las etapas del experimento el mayor grado de experiencia (pericia) y cuidado en aquellos que realizan o están implicados en dicho experimento.
9. Durante el curso del experimento el sujeto humano debe estar en libertad de interrumpirlo si ha alcanzado un estado físico o mental en que la continuación del experimento le parezca imposible.
10. Durante el curso del experimento el científico responsable tiene que estar preparado para terminarlo en cualquier fase, si tiene una razón para creer con toda probabilidad, en el ejercicio de la buena fe, que se requiere de él una destreza mayor y un juicio cuidadoso de modo que una continuación del experimento traerá probablemente como resultado daño, discapacidad o muerte del sujeto de experimentación.

** Código publicado el 20 de agosto de 1947, tras la realización del Juicio de Nuremberg, al final de la segunda guerra mundial. Responde a las deliberaciones y argumentos por las que fue enjuiciada la jerarquía nazi y algunos médicos por el tratamiento inhumano que dieron a prisioneros de los campos de concentración. Es un documento de principios éticos que se le otorga valor pionero en la lucha por los derechos humanos y la irrupción de la bioética en el mundo.*

Adenda 6: Informe Belmont

PRINCIPIOS ÉTICOS Y DIRECTRICES PARA LA PROTECCION DE SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN*

La investigación científica ha producido grandes beneficios sociales. También ha planteado algunos dilemas éticos difíciles. Los reportes de abusos contra sujetos humanos que participaron en experimentos médicos, especialmente durante la Segunda Guerra Mundial dirigieron la atención pública hacia estos dilemas. Durante los Juicios de Crímenes de Guerra en Nuremberg, el Código de Nuremberg se redactó como un conjunto de normas para juzgar a físicos y científicos que condujeron experimentos biomédicos en prisioneros de campos de concentración. Este código se convirtió en el prototipo de códigos posteriores que trataron de asegurar que las investigaciones que incluyan seres humanos se lleven a cabo de una manera ética. Los códigos consisten en reglas, algunas generales, otras específicas, que guían a los investigadores o a los inspectores de investigaciones en su trabajo. Frecuentemente, las reglas no son adecuadas para cubrir situaciones complejas, en ocasiones entran en conflicto y a menudo son difíciles de interpretar o aplicar. Un conjunto de principios éticos más amplios proporcionará una base sobre la cual las reglas específicas se puedan formular, criticar e interpretar. En esta declaración se identifican tres principios o conceptos generales establecidos que se relacionan con las investigaciones que incluyen sujetos humanos. Otros principios también pueden ser adecuados. Sin embargo, estos tres principios son amplios y están redactados a un nivel general que deberá ayudar a científicos, sujetos, inspectores y personas interesadas a entender las consideraciones éticas inherentes a la investigación que incluya sujetos humanos. El objetivo es proporcionar un marco analítico que dirija la resolución de problemas éticos originados por investigaciones que incluyan sujetos humanos. Esta declaración consiste en una distinción entre investigación y práctica, una disertación de tres principios éticos básicos y notas acerca de la aplicación de estos principios.

A. Distinción Entre Práctica e Investigación

Para saber qué actividades deben someterse a inspección para la protección de los sujetos humanos de la investigación, es importante distinguir entre investigación biomédica y de comportamiento por un lado y la práctica de terapia aceptada por el otro. Esta distinción entre investigación y práctica es vaga, en parte porque con frecuencia ambas ocurren al mismo tiempo (como en la investigación diseñada para la evaluación de una terapia) y en parte porque a las desviaciones notables de la práctica normal a menudo se les llama "experimental" cuando los términos "experimental" e "investigación" no están definidos con claridad. Como regla general, el término "práctica" se refiere a intervenciones diseñadas solamente para acentuar el bienestar de un paciente o cliente y con expectativas razonables de éxito. El propósito de la práctica médica o de comportamiento es proporcionar diagnóstico, tratamiento preventivo o terapia a individuos particulares. En contraste, el término "investigación" se refiere a una actividad diseñada para probar una hipótesis, lograr conclusiones y en consecuencia desarrollar o complementar el conocimiento general (expresado, por ejemplo, en teorías, principios y declaraciones de relaciones). La investigación se describe generalmente en un documento formal que establece un objetivo y una serie de procedimientos diseñados para alcanzarlo.

Cuando un médico se aparta significativamente de la práctica normal o aceptada, la innovación, por sí misma, no constituye una investigación. El hecho de que el procedimiento sea "experimental" en el sentido de que es nuevo, no ha sido probado o es diferente, no lo coloca automáticamente en la categoría de investigación. Sin embargo, los procedimientos de este tipo, radicalmente nuevos, deberían ser objeto de investigación formal en sus primeras etapas para determinar si son seguros y efectivos. De ahí la responsabilidad de los comités médicos, por ejemplo, de insistir en que una innovación significativa conlleve un proyecto de investigación formal. La investigación y la práctica se pueden llevar a cabo juntas cuando la investigación está diseñada para evaluar la seguridad y eficacia de una terapia. Esta necesidad no ocasiona ninguna confusión sobre si la actividad requiere inspección. La regla general es que, si hay un elemento de investigación en una actividad, esa actividad debe someterse a inspección como protección para los sujetos humanos.

B. Principios Éticos Básicos

La expresión "principios éticos básicos" se refiere a aquellos conceptos generales que sirven como justificación básica para los diversos principios éticos y evaluaciones de las acciones humanas. Entre los principios básicos aceptados generalmente en nuestra tradición cultural, tres son particularmente

apropiados a la ética de investigaciones que incluyen sujetos humanos: los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia.

1. Respeto a las Personas

El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y, segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida. Una persona autónoma es una persona capaz de deliberar acerca de sus metas personales y de actuar en el sentido de tales deliberaciones. Respetar la autonomía significa dar valor a las opiniones y elecciones de personas autónomas al mismo tiempo que se evita obstruir sus acciones, a menos que éstas sean claramente en detrimento de otros. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar las decisiones de esa persona, negar a un individuo la libertad de actuar según sus decisiones o retener información necesaria para hacer una decisión, cuando no existen razones apremiantes para ello. Sin embargo, no todos los seres humanos son capaces de hacer decisiones propias. La capacidad para hacer decisiones propias madura en el transcurso de la vida del individuo y algunos individuos pierden esta capacidad total o parcialmente debido a enfermedad, incapacidad mental o circunstancias que limitan su libertad severamente. Las personas inmaduras o incapacitadas pueden requerir protección en lo que se refiere al respeto que merecen mientras estén incapacitadas.

Algunas personas necesitan protección completa, al punto de excluirlas de actividades que puedan lastimarlos; otras personas requieren escasa protección más allá de asegurarse que participan en actividades por su propia voluntad y con conciencia de las posibles consecuencias adversas. La cantidad de protección suministrada debe depender del riesgo de daño y la probabilidad de beneficio. La decisión de que algún individuo carece de autonomía deberá evaluarse periódicamente y variará en situaciones diferentes. En la mayoría de los casos de investigación incluyendo sujetos humanos, el respeto a las personas exige que los sujetos participen en la investigación voluntariamente y con información adecuada. Sin embargo, en algunas situaciones la aplicación del principio no es obvia. La inclusión de prisioneros como sujetos de investigación proporciona un ejemplo instructivo. Por un lado, parecería que el principio de respeto a las personas exige que no se prive a los prisioneros de la oportunidad de participar en la investigación voluntariamente. Por otro lado, en las condiciones de una prisión pueden ser obligados sutilmente o influenciados indebidamente para participar en actividades de investigación para las que no accederían en otras condiciones. En este caso, el respeto a las personas exigiría que se protegiera a los prisioneros. Permitir que los prisioneros participen "voluntariamente" o "protegerlos" presenta un dilema. En la mayoría de los casos difíciles, el respeto a la persona, demandado por el propio principio de respeto, implica un equilibrio entre exigencias conflictivas.

2. Beneficencia

El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término "beneficencia" se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. Para los propósitos de este documento, beneficencia se entiende en un sentido más fuerte, como obligación. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: (1) no hacer daño; y (2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. El mandamiento Hipocrático "no hacer daño" ha sido un principio fundamental de la ética médica por muchos años. Claude Bernard lo extendió al campo de la investigación diciendo que uno no debe lastimar a una persona, no importa qué beneficios pudiera traer a otros. Sin embargo, aún el evitar daño requiere saber qué es dañino, y en el proceso de obtener esta información las personas pueden exponerse al riesgo de daño. Más aún, el Juramento Hipocrático exhorta a los médicos a beneficiar a sus pacientes "de acuerdo a su conocimiento". Aprender qué beneficiará realmente puede requerir exponer personas a riesgos. El problema planteado por estas cuestiones está en decidir cuándo se justifica buscar ciertos beneficios a pesar de los riesgos involucrados y cuándo se deben ignorar los beneficios a causa de los riesgos. Las obligaciones de beneficencia afectan tanto a los investigadores individuales como a la sociedad en general, porque se extienden tanto a proyectos de investigación particulares como a la institución de la investigación en su

totalidad. En el caso de proyectos particulares, los investigadores y miembros de sus instituciones están obligados a planear el incremento de beneficios y la reducción del riesgo que pudiera ocurrir como resultado de la investigación. En el caso de la investigación científica en general, los miembros de la sociedad están obligados a reconocer los beneficios y riesgos a largo plazo que puedan resultar del desarrollo del conocimiento y del desarrollo de nuevos procedimientos médicos, psicoterapéuticos y sociales.

El principio de beneficencia con frecuencia tiene una función bien definida y justificada en muchas áreas de investigación que incluyen sujetos humanos. Un ejemplo es la investigación que incluye niños. Entre algunos de los beneficios que sirven para justificar investigaciones que incluyen niños, aun cuando el propio sujeto de investigación no sea el beneficiario directo, se halla el de encontrar medios efectivos para tratar enfermedades infantiles y promover un desarrollo saludable. La investigación también hace posible que se evite el daño que pueda resultar de la aplicación de prácticas de rutina previamente aceptadas que cuando se someten a una investigación más profunda resultan ser peligrosas. Pero el papel del principio de beneficencia no siempre es tan preciso. Por ejemplo, aún perdura el problema ético de investigaciones que presentan un riesgo mayor al que se considera mínimo sin prospecto inmediato de beneficio directo para los niños involucrados. Algunos opinan que tal investigación no debe permitirse, mientras otros hacen notar que este límite eliminaría muchas investigaciones que prometen grandes beneficios para los niños en el futuro. Aquí también, como en todos los casos difíciles, las diferentes exigencias bajo el principio de beneficencia pueden entrar en conflicto y forzar decisiones difíciles.

3. Justicia

¿Quién debe recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad? Esto es una cuestión de justicia, en el sentido de "justicia en la distribución" o "lo que se merece". Una injusticia ocurre cuando un beneficio al que una persona tiene derecho se niega sin razón válida o cuando se impone una responsabilidad indebidamente. Otra manera de interpretar el principio de justicia es que los iguales deben tratarse con igualdad. Sin embargo, esta idea requiere explicación. ¿Quién es igual y quien no lo es? ¿Qué consideraciones justifican una distribución que no sea equitativa? Casi todos los comentaristas aceptan que las distinciones basadas en experiencia, edad, carencia, competencia, mérito y posición algunas veces constituyen criterios que justifican un tratamiento diferente para propósitos diferentes. Es necesario entonces explicar en cuales respectos se debe tratar a la gente con igualdad. Existen varias fórmulas, generalmente aceptadas, de modos justos de distribuir las responsabilidades y los beneficios. Cada fórmula menciona alguna propiedad apropiada, de acuerdo a cuáles responsabilidades y beneficios deberán ser distribuidos.

Estas fórmulas son (1) se debe dar a cada persona una participación igual, (2) se debe dar a cada persona una participación de acuerdo a su necesidad individual, (3) se debe dar a cada persona una participación de acuerdo a su esfuerzo individual, (4) se debe dar a cada persona una participación de acuerdo a su contribución social y (5) se debe dar a cada persona una participación de acuerdo a su mérito. Por muchos años las cuestiones de justicia se han asociado con prácticas sociales, tales como castigo, impuestos y representación política. Hasta hace poco, estas cuestiones no se habían asociado con la investigación científica. Sin embargo, se han vislumbrado desde las primeras reflexiones sobre ética de la investigación que incluye sujetos humanos. Por ejemplo, durante el siglo 19 y a principios del siglo 20, la responsabilidad de servir como sujetos de investigación caía generalmente en pacientes pobres, mientras los beneficios de cuidados médicos mejorados iban principalmente a pacientes privados. Subsecuentemente, la explotación de prisioneros forzados como sujetos de investigación en campos de concentración Nazi fue condenada como una injusticia particularmente flagrante. En este país, en la década de 1940, el estudio sobre sífilis de Tuskegee usó campesinos negros pobres para estudiar el curso de una enfermedad sin tratamiento que de ninguna manera está confinada a esa población. Para no interrumpir el proyecto, estos individuos fueron privados de un tratamiento que había demostrado ser efectivo, mucho después de que ese tratamiento se puso al alcance de la población en general. Sobre este fondo histórico, puede verse como los conceptos de justicia se relacionan con la investigación que incluye sujetos humanos. Por ejemplo, la selección de sujetos de investigación necesita ser examinada cuidadosamente para determinar si algunas clases sociales (pacientes de beneficencia, minorías raciales o étnicas particulares o personas confinadas a instituciones) están siendo seleccionadas

sistemáticamente, simplemente por estar disponibles fácilmente, su posición comprometida o su fácil manipulación, en lugar de ser seleccionadas por razones directamente relacionadas con el problema de estudio. Finalmente, siempre que una investigación financiada con fondos públicos dé como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas sólo a aquellas personas que puedan pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de contarse entre los beneficiarios de las aplicaciones subsecuentes de la investigación.

C. Aplicaciones

Las aplicaciones de los principios generales de la conducta de investigación nos llevan a considerar los siguientes requisitos: consentimiento informado, evaluación de riesgo/beneficio y la selección de sujetos de investigación.

1. Consentimiento Informado

El respeto a las personas requiere que se dé a los sujetos, en la medida en que sean capaces, la oportunidad de elegir lo que les sucederá. Esta oportunidad se proporciona cuando se satisfacen las normas adecuadas para obtener un consentimiento informado. Mientras la importancia del consentimiento informado es indiscutible, la controversia persiste sobre la naturaleza y la posibilidad de un consentimiento informado. Aun así, existe un acuerdo general de que el proceso de consentimiento informado puede ser analizado comprendiendo tres elementos: información, comprensión y voluntad.

Información

La mayoría de los códigos de investigación establecen puntos específicos de declaración que tienen por objeto asegurar que se proporcione suficiente información a los sujetos. Estos puntos generalmente incluyen: el procedimiento de la investigación, sus propósitos, riesgos y beneficios anticipados, procedimientos alternos (cuando se incluye terapia) y una declaración ofreciendo al sujeto la oportunidad de hacer preguntas y retirarse en cualquier momento de la investigación. Se han propuesto otros puntos incluyendo cómo seleccionar sujetos, la persona responsable de la investigación, etc. Sin embargo, el simple hecho de mencionar los puntos no responde la pregunta de cuál deberá ser la norma para juzgar qué cantidad y qué clase de información se debe proporcionar. Una norma que frecuentemente se invoca en la práctica médica, específicamente la información proporcionada comúnmente por médicos en el campo o en la oficina, es inadecuada, ya que la investigación se realiza precisamente cuando no existe un entendimiento común.

Otra norma, actualmente popular en casos de negligencia profesional, requiere que el médico revele la información que personas razonables desearían saber para hacer una decisión con relación a su tratamiento. Esto también parece insuficiente ya que el sujeto de investigación, siendo en esencia voluntario, puede desear saber considerablemente más acerca de los riesgos que tomará que los pacientes que se ponen en las manos de un médico para un tratamiento necesario. Pudiera ser que la norma del "voluntario razonable" se debiera proponer de la siguiente manera: la amplitud y naturaleza de la información deberá ser tal que las personas, sabiendo que el procedimiento no es necesario para su tratamiento o tal vez tampoco comprendido completamente, puedan decidir si desean participar en el avance del conocimiento. Aun cuando se anticipe algún beneficio directo para ellos, los sujetos deberán entender claramente el rango del riesgo y la naturaleza voluntaria de su participación. Un problema especial de consentimiento se plantea cuando el informar a los sujetos de algún aspecto pertinente a la investigación puede invalidar la investigación. En muchos casos, es suficiente indicar a los sujetos que se les invita a participar en un proyecto de investigación del cual no se revelarán algunos puntos hasta que la investigación haya concluido. En todos los casos de investigación que involucren declaración incompleta, la investigación es justificada sólo si es claro que (1) la declaración incompleta es realmente necesaria para lograr los objetivos de la investigación, (2) dentro de la información retenida no existen riesgos que no sean mínimos para los sujetos y (3) existe un plan adecuado para informar a los sujetos, cuando sea apropiado, y para participar a los sujetos los resultados de la investigación. Nunca debe retenerse la información sobre riesgos con el propósito de facilitar la cooperación de los sujetos y siempre

se deben dar respuestas verdaderas a preguntas directas sobre la investigación. Se debe tener cuidado en distinguir casos en los cuales la investigación se invalidaría con una declaración completa, de los casos en los cuales la declaración completa simplemente incomodaría al investigador.

Comprensión

La manera y el contexto en que se comunica la información son tan importantes como la información misma. Por ejemplo, presentar la información de manera desorganizada y rápida, dejando poco tiempo para consideraciones o reduciendo las oportunidades para hacer preguntas, puede afectar adversamente la habilidad del sujeto para hacer una elección informada. Como la habilidad del sujeto para entender es una función de inteligencia, razonamiento, madurez y lenguaje, es necesario adaptar la presentación de la información a las capacidades del sujeto. Es responsabilidad de los investigadores asegurarse que el sujeto ha comprendido la información. Aun cuando siempre existe una obligación de asegurarse que la información sobre riesgo a sujetos sea comprendida completa y adecuadamente, cuando los riesgos son más serios, la obligación es mayor. En ocasiones puede ser adecuado hacer una prueba de comprensión ya sea oral o escrita. Puede ser necesario hacer arreglos especiales cuando la comprensión es severamente limitada --por ejemplo, por causas de inmadurez o incapacidad mental. Cada clase de sujetos que pudiera ser considerada como incompetente (bebés y niños menores, pacientes incapacitados mentalmente, los desahuciados y los comatosos) deberá ser considerada de acuerdo a sus propias condiciones. Sin embargo, aún para estas personas el respeto exige que se les dé la oportunidad de elegir, en la medida en que sean capaces, su participación en la investigación. La oposición de estos sujetos a participar deberá respetarse, a menos que la investigación signifique recibir una terapia que no estaría a su alcance de otra forma.

El respeto a las personas también exige que se solicite el permiso de otras personas para proteger a los sujetos contra daños. De esta manera se respeta a las personas reconociendo sus deseos y mediante el uso de terceras personas para protegerlos de daños. Las terceras personas escogidas deberán ser aquellas que estén en las mejores condiciones de entender la situación del sujeto incompetente y actúen en el mejor interés de esa persona. La persona autorizada para actuar en nombre del sujeto debe tener la oportunidad de observar la investigación cuando se lleve a cabo para tener ocasión de retirar al sujeto de la investigación si considera que tal acto es en el mejor interés del sujeto.

Calidad de Voluntario

La aceptación de participar en una investigación constituye un consentimiento válido sólo si se ha hecho voluntariamente. Este elemento del consentimiento informado exige condiciones libres de coerción y de influencia indebida. La coerción ocurre cuando una persona presenta intencionalmente a otra una amenaza evidente de daño para lograr su consentimiento. En contraste, la influencia indebida ocurre a través de una oferta de recompensa excesiva, injustificada, inapropiada o deshonesto u otra proposición, para obtener el consentimiento. También, persuasiones que ordinariamente serían aceptables pueden ser influencias indebidas si el sujeto es especialmente vulnerable. Las presiones injustificables ocurren usualmente cuando personas en posiciones de autoridad o que ejercen influencia --especialmente donde existe la posibilidad de sanciones-- insisten en un curso de acción de parte de un sujeto. Sin embargo, existe un continuo de factores con influencia y es imposible establecer con precisión donde termina la persuasión justificable y comienza la influencia indebida. Pero puede decirse que la influencia indebida incluye acciones como manipulación de la elección de una persona a través de una influencia controladora de un familiar cercano y la amenaza de retirar servicios médicos a los cuales el individuo no tendría derecho de otra manera.

2. Evaluación de Riesgos y Beneficios

La evaluación de riesgos y beneficios requiere una serie de datos relevantes, incluyendo, en algunos casos, medios alternos de obtener los beneficios que se buscan en la investigación. Así, la evaluación presenta una oportunidad y una responsabilidad de reunir información sistemática y amplia acerca de la investigación propuesta. Para el investigador significa examinar si la investigación propuesta está diseñada de manera adecuada. Para el comité de inspección, es un método de determinar si los riesgos

que presentará a los sujetos son justificados. Para los presuntos sujetos, la evaluación les ayudará a determinar si desean participar.

Naturaleza y Gama de Riesgos y Beneficios

La exigencia de que la investigación se justifique en base a una evaluación favorable de riesgos y beneficios está íntimamente relacionada con el principio de beneficencia, del mismo modo que la exigencia moral de que se obtenga consentimiento informado se deriva primordialmente del principio de respeto a las personas. El término "riesgo" se refiere a la posibilidad de que ocurra daño. Sin embargo, cuando se usan expresiones como "bajo riesgo" o "alto riesgo", como regla general se refieren (también ambiguamente) a la probabilidad de sufrir un daño y la severidad (magnitud) del daño previsto. El término "beneficio" se usa en el contexto de la investigación para referirse a algo de valor positivo relacionado con salud o bienestar. A diferencia de "riesgo", "beneficio" no es un término que expresa probabilidades. El riesgo se contrasta adecuadamente con la probabilidad de beneficios y los beneficios se contrastan con daños más que con riesgos de daño. Así pues, las llamadas evaluaciones riesgo/beneficio se refieren a las probabilidades y magnitudes de posibles daños y beneficios previstos. Se necesitan tomar en cuenta muchas clases de posibles daños y beneficios. Existen, por ejemplo, riesgos de daño psicológico, daño físico, daño legal, daño social y daño económico y los correspondientes beneficios. Mientras que los más probables tipos de daños a los sujetos de investigación son psicológicos, dolor físico o lesión, no se deben ignorar otros tipos. Los riesgos y beneficios de la investigación pueden afectar a sujetos individuales, a las familias de los sujetos y a la sociedad en general (o grupos especiales de sujetos en la sociedad). Los códigos y las reglas federales publicadas hace algún tiempo han requerido que los riesgos a los sujetos sean menores que la suma de los beneficios previstos para el sujeto, si los hay, más el beneficio previsto para la sociedad por el conocimiento logrado mediante la investigación. Al considerar estos diferentes elementos, los riesgos y los beneficios que afectan al sujeto de investigación normalmente tendrán importancia especial. Por otra parte, algunos intereses aparte de los del sujeto pueden en ocasiones ser suficientes por sí mismos para justificar riesgos en la investigación, siempre y cuando los derechos de los sujetos se hayan protegido. Así, la beneficencia exige que protejamos a los sujetos contra el riesgo de daño y también que consideremos la pérdida de beneficios importantes que podrían obtenerse de la investigación.

La Evaluación Sistemática de Riesgos y Beneficios

Comúnmente se dice que los beneficios y los riesgos deben "equilibrarse" y mostrar que están en "proporción favorable". El carácter metafórico de estos términos dirige la atención hacia la dificultad de hacer juicios precisos. Sólo en raras ocasiones se podrá disponer de técnicas cuantitativas para el examen minucioso de registros de investigación. Sin embargo, la idea de análisis de riesgos y beneficios sistemáticos y no arbitrarios debe seguirse en cuanto sea posible. Este concepto requiere que las personas que deciden sobre la justificación de la investigación sean minuciosas en la acumulación y evaluación de información acerca de todos los aspectos de la investigación y consideren alternativas sistemáticamente. Este procedimiento hace que la evaluación de la investigación sea más rigurosa y precisa, al mismo tiempo que hace que la comunicación entre los miembros del comité de inspección esté menos sujeta a mala interpretación, información incorrecta y juicios conflictivos. Así, primero debe haber una determinación de la validez de las presuposiciones de la investigación, después debe distinguirse la naturaleza, probabilidad y magnitud de riesgo con tanta claridad como sea posible.

El método de calcular riesgos deberá ser explícito, especialmente cuando no hay alternativa al uso de categorías tan vagas como riesgo bajo o leve. También se deberá determinar si los estimados de la probabilidad de daño o beneficios de un investigador son razonables, de acuerdo a hechos conocidos u otros estudios disponibles. Finalmente, la evaluación de la justificación de la investigación deberá reflejar cuando menos las consideraciones siguientes: (i) El tratamiento brutal o inhumano de sujetos humanos nunca se justifica moralmente. (ii) Los riesgos deben reducirse a aquellos necesarios para lograr el objetivo de la investigación. Se debe determinar si es realmente necesario usar sujetos humanos. Tal vez el riesgo nunca pueda ser totalmente eliminado, pero con frecuencia puede reducirse mediante el uso de procedimientos alternos estudiados cuidadosamente. (iii) Cuando la investigación involucra un riesgo significativo de deterioro serio, los comités de inspección deben ser extraordinariamente estrictos en la justificación del riesgo (generalmente estudiando la posibilidad de beneficio para el sujeto o, en algunos

casos raros, asegurándose de que la participación sea voluntaria). (iv) Cuando se involucran poblaciones vulnerables, también deberá demostrarse que su participación es justificada. Estas decisiones se componen de un conjunto de variables que incluyen la naturaleza y el grado del riesgo, las condiciones de la población particular involucrada y la naturaleza y el nivel de los beneficios previstos. (v) Los riesgos y beneficios pertinentes deben ser detallados minuciosamente en documentos y procedimientos usados en el proceso de obtención del consentimiento informado.

3. Selección de Sujetos

Así como el principio del respeto a las personas encuentra su expresión en la exigencia de consentimiento y el principio de beneficencia en la evaluación de riesgos/beneficios, el principio de justicia sostiene las exigencias morales de que existan procedimientos y resultados justos en la selección de sujetos. La justicia se relaciona con la selección de sujetos de investigación a dos niveles: el social y el individual. La justicia individual en la selección de sujetos requiere que los investigadores muestren imparcialidad: o sea que no deben ofrecer investigación potencialmente beneficiosa sólo a algunos pacientes que estén a su favor o bien seleccionar sólo personas "indeseables" para investigaciones que implican riesgos. La justicia social exige que se marque una distinción entre clases de sujetos que deben o no deben participar en un tipo particular de investigación, basándose en la habilidad de los miembros de esa clase de soportar responsabilidades y en la conveniencia de aumentar las responsabilidades de personas que ya las tienen. De este modo, puede considerarse un asunto de justicia social que exista un orden de preferencia en la selección de clases de sujetos (adultos antes que niños) y que algunas clases de sujetos potenciales (enfermos mentales confinados o prisioneros) puedan involucrarse como sujetos de investigación sólo bajo ciertas condiciones. Pueden surgir injusticias aparentes en la selección de sujetos, aun cuando los individuos se seleccionen imparcialmente por los investigadores y se traten adecuadamente durante la investigación.

En algunos casos, la injusticia surge de prejuicios sociales, raciales, sexuales y culturales establecidos en la sociedad. Así, aun cuando los investigadores traten a sus sujetos de investigación adecuadamente y aun cuando los comités de inspección tengan cuidado de asegurarse que los sujetos se seleccionen correctamente dentro de una institución particular, de todos modos, pueden aparecer patrones sociales injustos en la distribución de responsabilidades y beneficios de la investigación. Aun cuando las instituciones o los investigadores no puedan resolver un problema arraigado en la sociedad, pueden considerar una distribución justa al seleccionar sujetos de investigación. Algunas poblaciones, especialmente las institucionalizadas, ya llevan a cuestras responsabilidades en muchas formas debido a sus enfermedades y condiciones ambientales. Cuando se propone una investigación que presenta riesgos y no incluye un componente terapéutico, se debe invitar primero a que acepten estos riesgos de investigación a personas de clases menos incomodadas, excepto cuando la investigación está directamente relacionada con las condiciones específicas de las clases involucradas. Asimismo, aún cuando los fondos públicos para investigación pueden seguir la misma ruta que los fondos públicos para tratamiento médico, parece injusto que la población dependiente de cuidados médicos constituya un grupo preferido para elegir sujetos de investigación, si es aparente que la población con más recursos recibirá los beneficios. Un caso especial de injusticia resulta de la participación de sujetos vulnerables. Ciertos grupos, como minorías raciales, los de pocos recursos económicos, los seriamente enfermos y los institucionalizados, pueden ser requeridos constantemente como sujetos de investigación debido a su disponibilidad en lugares donde se conducen investigaciones. Por razón de su estado dependiente y su frecuentemente comprometida capacidad de consentimiento libre, deben ser protegidos del peligro de verse envueltos en investigaciones solamente por la conveniencia administrativa o porque sean fáciles de manipular como resultado de su enfermedad o condición socioeconómica.

** Informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de América. 30 de septiembre de 1978. Rige como documento histórico y de marco bioético para entender las regulaciones de la participación de seres humanos en la investigación experimental de los Estados Unidos.*

Adenda 7: Declaración de Helsinki*

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas

Introducción

Es misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración: «La salud de mi paciente será mi empeño principal», y el Código internacional de Ética Médica declara que «cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente».

La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad. En la práctica médica actual, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos implican riesgos. Esto rige especialmente en la investigación biomédica. El progreso médico se basa en la investigación que, en salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración: «La salud de mi paciente será mi empeño principal», y el Código internacional de Ética Médica declara que «cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente». La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad. En la práctica médica actual, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos implican riesgos. Esto rige especialmente en la investigación biomédica.

El progreso médico se basa en la investigación que, en última instancia, debe apoyarse en parte en la experimentación realizada en personas. En el campo de la investigación biomédica, debe efectuarse una diferenciación fundamental entre la investigación médica en la cual el objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para los pacientes y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y que carece de utilidad diagnóstica o terapéutica directa para la persona que participa en la investigación. Deben adoptarse precauciones especiales en la realización de investigaciones que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados en la investigación.

Puesto que es esencial que los resultados de las pruebas de laboratorio se apliquen a seres humanos para obtener nuevos conocimientos científicos y ayudar a la humanidad enferma, la Asociación Médica Mundial ha preparado las siguientes recomendaciones como guía para todo médico que realice investigaciones biomédicas en personas. Esta guía debería revisarse en el futuro. Debe destacarse que las normas tal como se describen constituyen únicamente una guía para los médicos. Los médicos no quedan exonerados de las responsabilidades penales, civiles y éticas que recogen las leyes de sus propios países.

I. Principios básicos

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.

3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.
5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguarda de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
7. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.
8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.
11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.
12. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

II. Investigación médica combinada con asistencia profesional (Investigación clínica)

1. En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico, si a juicio del mismo ofrece una esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
3. En cualquier estudio clínico, todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, debe tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.
4. La negativa del paciente a participar en un estudio jamás debe perturbar la relación con su médico.
5. Si el médico considera esencial no observar el consentimiento informado, las razones concretas de esta decisión deben consignarse en el protocolo experimental para conocimiento del comité independiente.

6. El médico podrá combinar investigación médica con asistencia profesional, con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos médicos, únicamente en la medida en que la investigación médica esté justificada por su posible utilidad diagnóstica o terapéutica para el paciente.

III. Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas (Investigación biomédica no clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en personas, es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación biomédica.
2. Las personas participantes deben ser voluntarios, o bien personas sanas o pacientes cuya enfermedad no esté relacionada con el protocolo experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas.
4. En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.

** Adoptada por la décimo octava Asamblea Médica Mundial, celebrada en Helsinki, capital de Finlandia, en junio de 1964, y enmendada por la vigésima novena Asamblea Médica Mundial, efectuada en Tokio, Japón, en octubre de 1975; por la trigésima quinta Asamblea Médica Mundial, realizada en Venecia, Italia, en octubre de 1983 y la cuadragésima primera Asamblea Médica Mundial, de Hong Kong, en septiembre de 1989.*



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Doctorado en Ciencias Sociales
Mención Salud y Sociedad

CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Doy mi consentimiento para la realización de una entrevista a mi persona, al ciudadano Carlos Villaverde, portador de la cédula de identidad N° 8.537.684, quien cursa estudios en el programa de Doctorado de Ciencias Sociales, mención Salud y Sociedad, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, y cuyo contenido de entrevista formará parte de su trabajo de investigación de tesis doctoral titulado "Razón y Significado del Hospital como Escenario Bioético".

Declaro que se me ha informado debidamente de la intención del investigador en la realización de la referida tesis doctoral, así como de su propósito de contribuir con el conocimiento sobre la temática de estudio. Se me han explicado, y así lo entiendo, sobre las preguntas de la referida entrevista y doy conformidad con el entendimiento que hago a plenitud de las mismas. El investigador responsable queda comprometido de garantizar la confidencialidad absoluta de la información obtenida y que respetará en todo momento la integridad y la buena fe que se desprende de mi participación en la investigación como persona entrevistada, sujeta de derechos.

Declaro que se me ha informado que la participación es del todo voluntaria y que puedo retirarme o no responder alguna pregunta de la entrevista, cuando así lo considere conveniente a mis intereses particulares.

Declaro finalmente que no tengo ningún conflicto de interés con el propósito de la investigación que se adelanta y que participo libre y voluntariamente en dicha investigación.

Es auténtico, en Valencia, a los ____ días del mes de _____

Nombre y apellido / CI:

Código de Participante:

Firma:

** Modelo de Consentimiento Informado suscrito por los participantes de la investigación.*

