

## **UN DISCURSO DISCIPLINARIO EN CRISIS: DIGNIDAD HUMANA Y PRAXIS MÉDICA A FINALES DEL SIGLO XX<sup>1</sup>**

Zully Vílchez<sup>2</sup>

---

**Resumen:** Se despliega una mirada sobre el saber y la práctica médica desde finales del siglo XX abordando su discurso desde la ética principialista basada en la autonomía de las personas, en el principio de no maleficencia, de beneficencia y de justicia sustentados en la dignidad humana. El objetivo general es describir las características del saber y de la práctica médica de finales del siglo XX que generan el discurso de esta disciplina para lo cual se emplea una metodología de análisis de contenido de textos teóricos de varios autores. Se examina la influencia del progreso económico y científico tecnológico en el desarrollo de una praxis médica biologicista, avasalladora, poco humanitaria, fragmentaria con un discurso hegemónico que objetualiza cada vez más al enfermo. Se propone una práctica más centrada en los derechos de los enfermos que, sin dejar de lado los avances de la ciencia, tenga la virtud de transformar la práctica médica en una praxis de calidad, ética, y que reconozca la subjetividad del enfermo como eje de su accionar.

**Palabras claves:** saber médico, praxis médica, discurso disciplinario, ética médica.

### **A Disciplinary Speech in crisis: Dignity Humana and Medical Praxis at the end of century XX**

**Summary:** A glance unfolds on the knowledge and the medical practice from midcentury XX approaching its speech from the principialista ethics based on the autonomy of the people, in the principle of nonslander, sustained charity and justice in the human dignity. The general mission is to describe the characteristics of the knowledge and of it practices it medical of half-full of century XX that generate the speech of this discipline for which a methodology of analysis of theoretical text content of several authors is used. The influence of technological the economic and scientific progress in the development of one stands out praxis medical biologicista, overwhelming, humanitarian, little fragmentary with a hegemonic speech that objetualiza more and more to the patient. One sets out practices but centered in the rights of the patients whom, without leaving of side the advances of science, it has the virtue to transform practices it medical in one praxis of quality, ethics, and that recognizes the subjectivity of the patient like axis of his to drive.

**Key words:** to know, medical praxis, disciplinary speech, ethical medical.

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el VI Congreso de Investigación de la Universidad de Carabobo "La investigación en el siglo XXI: Oportunidades y Retos. Octubre, 2008

<sup>2</sup> Médica especialista en Medicina Interna y Salud Ocupacional. Doctorando de la III Cohorte del Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Carabobo. Profesor Asistente de la Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social. Universidad de Carabobo. Email: [zullyvilchez@gmail.com](mailto:zullyvilchez@gmail.com) . Calle El Cambur, ·89-71. Urb. El Trigal. Valencia. Estado Carabobo. Venezuela.

### **Introducción.-**

Como médico clínico muchas veces me he asombrado ante el afán que desplegamos los médicos en nuestra práctica profesional, en la que tratamos de hacer el bien a toda costa, aun en contra de la voluntad del paciente, amparados en la idea del deber de curar, concibiendo a ese otro como objeto, carente de sentido, voluntad y existencialidad, incapaz de tomar parte en el no tan fácil proceso de reconstruir su salud perdida.

Años después, y desde la visión de las ciencias sociales, me doy cuenta de la necesidad de ampliar el paradigma desde el cual el profesional de la salud se acerca al binomio salud-enfermedad, en el que debemos considerar no solo los aspectos anatomopatológicos, fisiopatológicos, biológicos del individuo que en su condición de enfermo se coloca frente a nosotros, sino también aprehenderlo integralmente desde su subjetividad y desde los condicionantes sociales que determinan este proceso, asumiéndolo como un sujeto de derechos legítimos y corresponsable en la gestión de su salud, que demanda un médico adecuadamente formado desde el punto de vista académico y con una praxis de calidad, eficiente, integradora y ética. El presente trabajo tiene como objetivos revisar el saber y la práctica médica imperantes desde finales del siglo XX, su discurso evidenciado en símbolos y en un poder hegemónico de gran reconocimiento social, así como el impacto de esta práctica en la dignidad humana y en los derechos de los enfermos, describir los diversos conflictos éticos generados por dicha práctica médica, para finalmente presentar una aproximación a una praxis más humana. El abordaje metodológico empleado es el análisis de contenidos teóricos citados.

### **Una Práctica Y Saber Socialmente Reconocidos.-**

La Medicina como disciplina detenta un discurso y un poder de gran reconocimiento social a través de la historia. Si hurgamos un poco en los antecedentes de la profesión podemos ver que su origen está muy ligado a lo religioso, siendo equiparable su labor a la del sacerdote, pero mientras este sana los males espirituales acto para lo cual fue facultado por teólogos representantes de Dios en la tierra, el médico repara el cuerpo aquejado de algún mal o enfermedad, respaldado y capacitado para ello por todo un cuerpo de conocimientos académicos adquiridos en institutos reconocidos, estudios médicos organizados como tales desde que esta profesión adquirió el rango de ciencia a mediados del siglo XIX. *Profesión*, es una palabra ligada al ámbito de lo religioso que

significa *profesar, consagrarse a, dedicarse a*, y esa consagración se hace con verdadera vocación buscando la excelencia y la virtuosidad en su desempeño, por eso en las sociedades pre modernas solo se tenían como verdaderas profesiones el sacerdocio, el derecho y la medicina, el resto eran catalogadas como *oficios u ocupaciones* dado que requerían del desarrollo de una técnica de cuyo dominio y destreza manual dependían de manera tal, que, en caso de impericia, eran objeto de sanciones civiles o penales (Gracia, 2002).

La Medicina, en cambio, al igual que el sacerdocio y el derecho, solo podía ser objeto de sanciones morales, hecho por el cual hasta nuestros días, ha gozado de una cierta protección que lo ha librado de ser sujeto de sanciones penales, la única sanción aplicable era el *deshonor*. Así vemos, que en el caso de la disciplina medica solo los cirujanos eran y son objeto de sanciones penales por impericia o negligencia, siendo así desde la Antigüedad, no olvidemos que la cirugía como tal se catalogaba como oficio, dado que requería de una destreza manual y del dominio de una técnica que en sus inicios era ejercida por los barberos de las sociedades medievales, a diferencia de los clínicos, quienes practicaban el arte de curar, *ars médica*, lo cual ejercían con virtuosismo, dedicación y profunda abnegación, sin que mediara el cobro de tarifas específicas por tal función, solo recibían *honorarios*, eran objetos de honor, acto que los acercaba a la estatura sacerdotal y no pocas veces al Dios mismo (Gracia, D. 2002).

¿Cuándo cambio todo? ¿Cuándo se dejó de percibir al médico como amigo, consejero, guía familiar no solo en lo relacionado a la salud – enfermedad sino a los diversos aspectos de la vida familiar y comunitaria, verdadera autoridad moral con voz y voto inequívoca en los distintos aspectos de la vida social? ¿Cuál es el papel que han jugado al respecto el avance científico con su racionalidad instrumental y el desarrollo económico en la atención de la salud?

Desde finales del siglo XX hemos asistido a una praxis médica que cuestiona, cada vez más, la sensibilidad, el trato humanitario y la vocación de servicio, el comportamiento ético de los profesionales de la medicina. La razón científica instrumental, por un lado y la tecnología médica en un desarrollo continuo y de características asombrosas, por el otro, amenazan con dar al traste con conceptos como la *sacralidad de la vida* y la

*dignidad de las personas*, auspiciado, todo ello, por el poder económico que obedece cada vez más a las razones del mercado.

La visión mecanicista de la vida proporcionada por el paradigma cartesiano, ha influido notablemente en el pensamiento médico y por ende en el modelo biomédico, así, Capra, F. (1999) al respecto expresa que:

(...) el cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes; la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular; la tarea del médico es intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico (p.135).

Textos como este, ilustran con gran precisión el hacer del médico de esta época tecnológica, quien desde un paradigma racionalista instrumental causalista, simplista, mecanicista, empirista, actúa, cual mecánico, examinando las partes dañadas o malfuncionantes para ejercer una acción sanadora que restituya el daño de las partes enfermas solamente y en forma aislada, fragmentando así su visión del ser humano al tratar solo las partes.

Con esta praxis médica se objetiva, cosifica al ser humano, su dignidad humana, que ostenta solo por el hecho de ser persona, es vulnerada, soslayada, al ser el blanco de un discurso médico pleno de poder, hegemónico, normalizador y vigilante de las conductas humanas como *el panóptico* explicado por Foucault (1997), pasando a ser su conciencia moral, discurso en fin en el que la sensibilidad y el encuentro interhumano no tienen lugar, el enfermo pierde la dignidad que le confiere su naturaleza humana capaz de razón y de conciencia, al ser fragmentado en cuerpo y pensamiento, *res extensa* y *res cogitans*, descritos por Descartes quien proponía una visión dualista del ser humano como persona (cfr. Andorno, 1998: 65).

Esta fragmentación de la concepción del ser humano, no como persona con una dignidad intrínseca, que esta por encima de cualquier precio, un fin en sí mismo, sino, como cuerpo y razón, favorece que el cuerpo humano se vuelva un objeto exterior sobre

el cual se puede ejercer un dominio, reificándolo, el hombre en su dimensión corporal, es asimilado a las cosas, y es visto como algo técnico, con criterios de eficacia y utilidad (Andorno, 1998).

Cada día, los sentidos del médico, sus ojos, sus oídos, su tacto a través de las manos se distancian más del paciente, el médico en su hacer objetivador, se aleja de lo simbólico, y con ello del error y de la incertidumbre, que vehiculizada por la intersubjetividad de la relación médica pudiese contaminar su acción plagándola de afecto, introduciendo la posibilidad de condicionantes sociales en la enfermedad o lo que es peor la influencia de vivencias emocionales o psicológicas sufridas por el paciente y que cada vez más se cree son capaces de desencadenar enfermedad orgánica al alterar el equilibrio del *todo humano* que cual *cosmo* tiene conexión integrada y permanente con las variables socioeconómicas, culturales, religiosas, ecológicas y espirituales de su entorno. Según el psiquiatra Laing “Desaparece la vista, el oído, el sabor, el tacto y el olfato y junto con ello se van también la estética y el sentido ético, los valores, la calidad y la forma, esto es, todos los sentimientos, los motivos, el alma, la conciencia y el espíritu. Las experiencias de esta índole han sido desterradas del reino del discurso científico” (cfr. Capra, 1999: 57).

De esta forma, la tendencia de la práctica médica desde mediados del siglo XX, en medio del capitalismo devenido a raíz de las prácticas económicas neoliberales, globalizadoras y profundamente mercantilizadas impuesta por los países más desarrollados, es a la mecanización y fragmentación del cuerpo humano, llevada al extremo a través de la hiperespecialización del saber médico, siendo altamente tecnificada, biologicista y medicalizada, objetivada, cada vez más distanciada del enfermo que ha pasado de ser un ser que sufre a ser un usuario o consumidor del servicio médico, que responde a intereses del mercado, es la época de los grandes emporios privados de salud.

Esto naturalmente ha traído consecuencias negativas en la relación médico-paciente, y diversos problemas éticos, principalmente la vulneración de los derechos de los enfermos.

Según Lima Gómez, O (1993) connotado clínico venezolano al referirse a la práctica médica explicaba:

Nuestra profesión ha perdido su unidad, carente de ideas conceptuales sobre el hombre y sus enfermedades. Los médicos nos hemos aislado de la realidad del enfermo. Nos limitamos la mayoría de las veces a verlo y a medirlo. Ignoramos quien es y lo que nos tiene que decir de sus miserias y de sus sufrimientos. (...) nuestra formación general, venida a menos en un mundo de especialización, no nos permite ver la cruel amputación que se le ha hecho al hombre al considerar que su totalidad es aquello asequible a los instrumentos (p.144).

Así vemos como la relación médico-paciente, trato interhumano, deja de ser un encuentro para transformarse en algo formal mediatizado por una serie de intermediarios (enfermeras, camilleros, laboratoristas, equipos, etc.) y el paciente es fragmentado en una serie de partes que impiden ver su integralidad (Lima Gómez, O. 1993).

Citando de nuevo a Lima Gómez, O (Ibidem) este, refiriéndose a la crisis que afecta a la praxis médica a finales del siglo XXI, dice que:

(...) expresa las limitaciones del paradigma o modelo que caracteriza la medicina actual o que en todo caso es su rasgo predominante. No basta un paradigma o modelo *observacional* para estudiar al hombre y sus enfermedades. Se hace necesario introducir en la relación medicina-enfermedad, médico-paciente un paradigma *relacional*, en el cual el sujeto no sea exclusivamente pasivo y se de una interacción (p.145).

En otro orden de ideas, se hace necesario destacar la crisis sanitaria que afecta no solo a Venezuela sino a todos los países subdesarrollados: Centroamérica, Latinoamérica, África, la mayor parte del continente asiático, en ellos urgen reformas de los servicios de salud.

Los países desarrollados gozan de una mejor infraestructura sanitaria aunque no todos gozan de índices de salud óptimos, los mejores índices lo tienen países que han desarrollado sistemas nacionales públicos de salud. Las experiencias de privatización de la salud, propuestas por el Neoliberalismo, han sido costosas y han derivado en perversiones del sistema.

Así, en Venezuela, los servicios privados de salud, se han convertido en empresas florecientes, cada vez en aumento, que han *mercantilizado* el derecho a la salud, subvencionado todo por los erarios públicos, que le pagan a estas empresas, la prestación del servicio de atención de la salud de sus trabajadores públicos. Sólo los indigentes, los no insertos en el mercado laboral, o no protegidos debidamente por sus patronos acuden a la asistencia pública, que se ha deteriorado a niveles críticos, donde corren el riesgo de morir por la falta de insumos médicos quirúrgicos, por la carencia de equipos, o lamentablemente, lo cual tiene implicaciones éticas y deontológicas serias, por la no infrecuente ausencia del personal de salud, quienes al no laborar a dedicación exclusiva en un solo centro en el cual sean justa y dignamente remunerados de manera que puedan satisfacer sus necesidades personales de vida, deben compartir su horario con la prestación de servicios en centros privados de salud, lo que favorece una atención medica ineficiente, fragmentaria, poco humanitaria y de mala calidad.

El ejercicio médico en centros públicos y privados de atención sanitaria, aunque es más frecuente en los últimos por estar bien dotados desde el punto de vista de recursos tecnológicos y humanos, así como de insumos médico-quirúrgicos, comporta otros problemas que se describen a continuación.

El médico, en su afán científico, ha ido invadiendo e interviniendo el cuerpo humano, su hacer se ha instrumentalizado en la búsqueda de la exactitud con el auxilio de modernos instrumentos y equipos como resonadores, tomógrafos, video endoscopias, laparoscopias que han convertido al ser humano, objeto de su acción, en verdaderos templos de enfermedad que exigen su pronta intervención, medicalización, o reclusión institucional para vigilar su enfermedad, tal como ha descrito Jaspers (2003).

Se ejerce de esta forma, una medicina centrada en la enfermedad y hospitalización, biologicista, altamente costosa y que secuestra y aísla al enfermo de su núcleo familiar, ámbito este más propicio para su curación, acción esta que habitualmente es impuesta, no informada o inadecuadamente informada al enfermo, sin posibilidad de reclamo, negociación o al menos conversación, negándose cualquier asomo de autonomía del paciente.

En el nombre del bienestar, y en una acción medica francamente paternalista dada por una relación médico-enfermo vertical, se vulneran los derechos de los enfermos, el reconocimiento de su autonomía para decidir lo que hacen o no con su cuerpo.

Al fin y al cabo, el poseedor de la razón y de la verdad absoluta es el profesional de la medicina, cuyo aprendizaje validado y certificado, es ostentado en sinfín de *diplomas* y *títulos* a cual más especializado, que generalmente cuelgan en el ámbito privado de su consultorio, y que, en el sector público, se manifiestan en el discurso cargado de distancia, circunspección, formalidad al vestir, coronado por las *blanquísimas* y *asépticas batas* y con el *estetoscopio colgando del cuello*, que funcionando como *símbolos del poder*, son capaces de esterilizar cualquier sospecha de incertidumbre, error, subjetividad, que no serían cónsonas con la razón tecnocientífica que los sustenta.

Este accionar del médico se expresa en un discurso cargado de sentido y de intención que la sociedad recibe, analiza y reconstruye, devolviéndolo impregnado de reconocimiento y valorización como constructo social pleno de ideología y de poder hegemónico. Porque como dice Foucault, M. (1983): “(...) la medicina no es simplemente una técnica importante en esa vida y esa muerte de los individuos a la que las colectividades jamás son indiferentes; ella se convierte, en el marco de decisiones de conjunto, en un elemento esencial para el mantenimiento y el desarrollo de la colectividad (p.40)”.

El médico, como controlador y vigilante de la salud de la población, transforma su mirada, esta mirada que antes era escrutadora-*la mirada clínica*-es ahora *panóptica*. Ya no hay indagación sino vigilancia permanente por quien detenta un poder, el poder de controlar actitudes, comportamientos riesgosos a la salud, hasta incluso reñidos con la



moral, el médico actúa así como *ortopedista social*, el blanco de ese poder es el cuerpo, pero su control tiene implicaciones económicas importantes en la reproducción del capital, de allí su situación de privilegio social.

La actividad médica terapéutica actual es fuente frecuente de problemas de orden ético, quizás en parte por la excesiva objetivación del paciente, o por el desconocimiento de principios bioéticos relevantes en el ejercicio médico, como son: el principio de *beneficencia, de autonomía, de no maleficencia y de justicia* desarrollados por una disciplina de reciente auge como la Bioética (Durand, 1999).

Entre estos conflictos éticos vale la pena mencionar: problemas de *justicia distributiva* que tienen que ver primordialmente con la distribución de los recursos en salud, el *encarnizamiento terapéutico* que confronta el derecho a una muerte digna con el uso desmedido de equipos especiales para prolongar y mantener la vida de pacientes irrecuperables, de *consentimiento informado* paso previo necesario de cumplir para que las personas, en un ejercicio de su autonomía y con pleno uso de sus capacidades mentales, decidan si desean o no ser objetos de determinados tratamientos o sujetos de investigación, de *mala praxis* por impericia o negligencia médica, sin olvidar mencionar los aspectos referidos a la *pendiente resbaladiza* que suponen los adelantos en materia de Infertilidad, como son: la clonación, fertilización in Vitro, banco de semen, etc., y que deben ser abordados de forma multidisciplinaria.

Uno de los problemas éticos cotidianos en los espacios de salud es el atropello y vulneración de los derechos de los enfermos, hay un rechazo del personal médico acerca del deber de conocer y respetar dichos derechos, posiblemente porque estos impondrían límites a su poder disciplinario ya que implican el ejercicio de una relación médico-enfermo horizontal, consensuada, informada, en el marco del principio de autonomía del paciente y de la beneficencia y justicia por parte del médico, reconociéndose el derecho del enfermo a decidir sobre su cuerpo, al respeto de su intimidad, su pudor, al secreto médico, a su libertad de conducta, de profesión de fe, creencias políticas, en fin, al reconocimiento de su existencia como legítimo otro.

Según Rodríguez, F. (1996), esto estaría explicado porque la concepción del mundo y del hombre de la medicina tecnocrática, entraña *objetualización y reificación* del sujeto al despojarlo de su condición de ente crítico y autónomo, esta lógica se fundamenta en el *proceso de medicalización del cuerpo* que priva al sujeto del control de este, constituyéndose así en un *discurso racionalizador legitimante* de la situación que pauta sus relaciones con la salud estructuradas en torno a la *matriz saber-poder*: apropiación/no apropiación del saber, discurso de autoridad/discurso no autorizado, inclusión/no inclusión del habla, ausencia/presencia de la necesidad de ser dotado de sentido y por tanto legitimado en la condición de sujeto, interacción sujeto-objeto y de autonomía-dependencia .

#### **A manera de cierre.-**

Hemos recorrido brevemente los diversos problemas que confronta el ejercicio médico desde finales del siglo XX. El Neoliberalismo económico y la mercantilización junto con el progresivo desarrollo tecnológico desembocaron en una Medicina tecnocrática, instrumental, paternalista, hegemónica que han determinado un sin fin de problemas éticos. La relativamente reciente disciplina ética, basada en los derechos de los enfermos, dentro del marco de una relación médico-enfermo horizontal, consensuada, informada, regida por los principios de no maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia quizás podrían equilibrar los efectos nocivos de un ejercicio medicalizador, encarnizado, e inevitablemente tecnológico porque ¿como hacer de lado la inobjetable utilidad, eficiencia y certeza de los diferentes medios tecnológicos de diagnóstico y terapia para aspirar a la atención de nuestras dolencias, de nuestras demandas en salud? Requerimos, indudablemente, médicos bien formados académicamente, con una praxis eficiente, de visión integradora, de calidad, *buenos médicos*, conocedores de los avances de la ciencia y que sepan utilizar los beneficios que de ella se derivan para el bien del enfermo, pero equilibrados con un ejercicio de *médicos buenos*, donde además de imperar la lógica de no maleficencia y de respetar la autonomía de los pacientes, el médico se proponga hacer el bien y ser justo en su ejercicio profesional, direccionados por la práctica de la razón sensible, del amor, de la solidaridad, de la empatía, del reconocimiento del otro como sujeto de libertades y derechos, de la comprensión del sufrimiento del otro y de sus necesidades como parte que es de un todo familiar-comunitario-social.

## **Documentación Bibliográfica**

1. Andorno, R. (1998). Bioética y dignidad de la persona. Madrid: Tecnos,
2. Capra, F. (1999). El punto crucial: Ciencia, sociedad y cultura naciente. Argentina: Estaciones.
3. Durand, G. (1999). La Bioética. Centro Nacional de Bioética (Ed.). Ética en Medicina. Fundamentación. Modulo I. (pp. 181-202). Caracas: Universidad Central de Venezuela.
4. Foucault, M. (1983). El Discurso del Poder. Argentina: Folios.
5. Foucault, M. (1997). Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión (26<sup>a</sup> ed.).México: Siglo XXI.
6. Gracia, D. (2002). Profesión médica, investigación y justicia sanitaria\_(Reimp.). Bogota: Códice.
7. Jaspers, K. (2003). La práctica médica en la era tecnológica. (2<sup>da</sup>. Reimp.).Barcelona: Gedisa.
8. Lima Gómez, O. (1993). Antropología Médica. Rojas, C. (Comp.) Filosofía En La Medicina. (Pp. 143-151) Valencia: Universidad de Carabobo.
9. Rodríguez, Francisco. (1996). Alienación, Ideología y Poder en Salud. Ciudad Bolívar: Universidad de Oriente.