

AUTONOMISMO Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA ¿UNA PAREJA DE HECHO?

*AUTONOMISM AND HUMANIZATION OF HEALTH CARE.
DOMESTIC PARTNERSHIP?*

*AUTONOMISMO E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
UMA PARCERIA DE FATO?*

Julián Solís García del Pozo*

RESUMEN

En los últimos tiempos se ha desarrollado una gran sensibilización por la humanización de la asistencia sanitaria. Esta humanización afecta las relaciones del personal sanitario con el paciente, así como las estructuras físicas de los centros sanitarios y la organización de la atención. Algunos autores han vinculado esta humanización de la medicina con la llamada bioética de los principios, y, en concreto, con la autonomía como principio bioético dominante. En este breve artículo se expresa la preocupación por el desarrollo de una probable exaltación de este principio (lo que se ha llamado autonomismo) vinculado a este movimiento de humanización de la asistencia.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS): humanización de la atención; autonomía personal; libertad; prestación de atención de salud; bioética; beneficencia.

DOI: 10.5294/PEBI.2018.22.2.5

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Solís García del Pozo J. Autonomismo y humanización de la asistencia sanitaria ¿una pareja de hecho? pers. bioét. 2018; 22(2): 263-270.

DOI: 10.5294/pebi.2018.22.2.5.

RECEPCIÓN: 2018-04-08

ENVÍO A PARES: 2018-04-19

APROBACIÓN POR PARES: 2018-06-02

ACEPTACIÓN: 2018-06-15

* orcid.org/0000-0002-8361-2090. Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Villarrobledo, España. jesolis@sescam.jccm.es

ABSTRACT

In recent times, a significant concern about the problem of the humanization of health care has been developed. This humanization affects the relationships of the health personnel with the patient as well as other issues such as the physical structures of the care centers and the organization of health system. This humanization of medicine has been linked to the so-called bioethical principlism, and specially to the principle of autonomy as a dominant bioethical principle. In this brief article, the author expresses the concern for the development of an exaltation of this principle (what has been called autonomism) linked to this movement of humanization of care.

KEYWORDS (SOURCE: DECS): Humanization of assistance; personal autonomy; freedom; delivery health care; bioethics; beneficence.

RESUMO

Nos últimos tempos, uma grande sensibilização pela humanização da assistência à saúde tem sido desenvolvida. Essa humanização afeta as relações do pessoal da saúde com o paciente, bem como as estruturas físicas dos centros de saúde e a organização do atendimento. Alguns autores vincularam essa humanização da medicina à chamada “bioética dos princípios” e, em particular, à autonomia como princípio bioético dominante. Neste breve artigo, expressa-se a preocupação pelo desenvolvimento de uma provável exaltação desse princípio (o que tem sido chamado de “autonomismo”) vinculado a esse movimento de humanização da assistência.

PALAVRAS CHAVE (FONTE: DECS): humanização da assistência; autonomia pessoal; liberdade; assistência à saúde; bioética; beneficência.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha surgido en los diferentes servicios de salud españoles un creciente interés hacia el tema de la humanización de la asistencia, con la aparición incluso de oficinas o departamentos dedicados específicamente a este fin. La preocupación por hacer de la asistencia sanitaria algo más “humano” es muy positiva. Sin embargo en muchas ocasiones, desde el punto de vista del profesional sanitario y especialmente del médico, queda poco claro el motivo de tal interés, precisamente en el momento actual, y en ocasiones no se logra percibir la importancia de este fenómeno para su práctica clínica habitual. El motivo de esto puede ser el hecho de que gran parte de los departamentos dedicados a la humanización de la asistencia tienen escasa relación con el clínico en su quehacer diario, y a la percepción de que las medidas adoptadas desde estos se concretan en iniciativas aisladas que no varían sustancialmente el tipo de asistencia prestada.

Independientemente de los motivos sociales o políticos que han podido provocar este interés, el que escribe estas líneas ve con alegría, pero a la vez con cierta preocupación, el desarrollo de determinadas ideas en el ámbito de la asistencia sanitaria. Es motivo de alegría el hecho de que se da más relevancia a la provisión de una asistencia más humanizada. Preocupación, porque hay autores que confunden esta humanización de los cuidados y de la asistencia con determinadas visiones de la bioética y, principalmente, con la exaltación del principio de autonomía de la voluntad. No me refiero con esta expresión al debido respeto por la autonomía del paciente, sino a una particular visión de las relaciones humanas y de la ética, que mejor podríamos llamar “autonomismo”. El presente artículo solo pretende poner en

SE TRATA DE QUE LOS PROFESIONALES
SANITARIOS NO SOLO SEAN BUENOS
TÉCNICOS EN SU TRABAJO, SINO QUE ADEMÁS
DESARROLLEN HABILIDADES QUE PERMITAN
RELACIONARSE CON LOS PACIENTES DE UNA
FORMA QUE SE CORRESPONDA CON SU
DIGNIDAD DE PERSONA HUMANA.

evidencia estas preocupaciones desde el punto de vista de un profesional médico sin especiales conocimientos filosóficos, y que no tiene más pretensiones que dar una visión personal sobre este fenómeno.

¿QUÉ SIGNIFICA LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA?

Lo primero que debemos intentar exponer es qué significa este término o qué se pretende expresar con él. Es muy difícil poder hacerlo de forma adecuada ya que mediante él se intenta designar una multiplicidad de acciones y de ideas que, en general, quieren hacer del trato con el enfermo o con el asistido una relación más cálida y más personal. Como se indica en el plan de humanización de la comunidad de Madrid, la palabra “humanizar” la empleamos para “expresar el deseo de que algo sea bueno, se ajuste a la dignidad humana, responda a la dignidad de las personas” (1). Se trata de que los profesionales sanitarios no solo sean buenos técnicos en su trabajo, sino que además desarrollen habilidades que permitan relacionarse con los pacientes de una forma que se corresponda con su dignidad de persona humana. Este objetivo, que es deseable en toda

LA MEDICINA EN SU CONJUNTO ES UNA ACTIVIDAD QUE SURGE EN RESPUESTA AL DRAMA HUMANO CAUSADO POR LA ENFERMEDAD. DESDE TIEMPOS REMOTOS SE HA INTENTADO ALIVIAR EL SUFRIMIENTO DE PERSONAS, Y, EN OCCIDENTE, A PARTIR DE LA EXPANSIÓN DEL CRISTIANISMO, LA ATENCIÓN MÉDICA SE EXTENDIÓ A ENFERMOS INCURABLES Y MORIBUNDOS, AUN A SABIENDAS DE QUE NO IBAN A SOBREVIVIR POR SUS HERIDAS O SU PROCESO MORBOSO.

relación humana, es mucho más importante en el caso de una persona en estado de enfermedad, por tanto, especialmente vulnerable y, en muchos casos, asustada y desconcertada.

Pero ¿por qué se habla precisamente tanto en el momento actual de humanización? Cabe pensar que la asistencia que prestamos no es humanizada o no lo ha sido hasta ahora. Me es difícil admitir que la respuesta humana ante el sufrimiento y la enfermedad fuera primariamente una actividad “deshumanizada”. La enfermedad ha acompañado a los seres humanos durante su historia, y las sociedades humanas no han tenido más remedio que enfrentarse a ella desde tiempos remotos (2). Hay datos que podrían indicar que desde los albores de la humanidad, sociedades prehistóricas cuidaban y enterraban a sus muertos (3). La medicina en su conjunto es una actividad que surge en respuesta al drama humano causado por la enfermedad. Desde tiempos remotos se ha intentado aliviar el sufrimiento de personas, y, en Occidente, a partir de la expansión del cristianismo, la atención médica se extendió a enfermos incurables y moribundos, aun a sabiendas de que no iban a sobrevivir por sus heridas o su proceso morboso (4).

Si ahora surge con fuerza este movimiento de humanización puede ser básicamente por dos motivos. El primero es

que lo que era inicialmente una actividad humana se ha “deshumanizado” con el tiempo. Si esto es así, lo que hay que buscar es en qué punto del camino recorrido ha pasado esto. El segundo motivo podría referirse más bien a que hemos descubierto ahora una faceta que previamente existía pero que no hemos hecho consciente hasta el momento actual. Si esto es así, también habría que preguntarse el motivo de esta nueva consciencia. Es posible que el interés por el tema sea una combinación de ambos motivos: una pérdida de valores humanos en la asistencia sanitaria por un lado, unida a una mayor sensibilidad en la percepción de este problema.

Es curioso que en este tema de la humanización se suele aludir principalmente a dos tipos de pacientes, a saber: ancianos y pacientes crónicos, por un lado, y pacientes de unidades de cuidados paliativos, por el otro. Esto, no obstante, no debería ser obstáculo para que el trato durante la actividad clínica sea acorde con la dignidad del paciente y humanizado en cualquier circunstancia. Se han aducido varios elementos que han contribuido a esta pérdida de humanización en el trato (5): la aparición de un modelo en el que se transforma a la persona en su enfermedad; la desatención de la vivencia de enfermedad; el prestar atención a la eficiencia, efectividad y eficacia en la gestión sanitaria; la tecnificación del proceso asistencial, y el aumento del número de agentes

intervinientes en dicho proceso. Durante el siglo XIX y principios del XX hemos asistido a una cada vez mayor profesionalización de la medicina, acompañada de un importante desarrollo en los conocimientos técnicos, lo que ha favorecido la desmembración de la asistencia en numerosas especialidades que han provocado la pérdida de protagonismo de aquellos médicos con formación más generalista.

En cualquier caso, el intentar revertir esta situación es un reto para el sistema sanitario y para la sociedad en su conjunto, porque implica no solamente a los profesionales sino a la misma organización del sistema, así como replantear el papel de las especialidades y sociedades médicas, trabajar más en equipo y apoyarse en la medida de lo posible mucho más en especialidades de perfil generalista y en el médico de familia como base de todo el sistema. Esto involucra a la planificación sanitaria y a las estructuras, incluso físicas, en las que se tiene que desarrollar la relación entre el médico y el enfermo que solicita la asistencia.

Por otra parte, estos mismos elementos han hecho surgir entre los profesionales sanitarios la conciencia del enorme daño que puede producirse de no cambiar esta tendencia. El gran desarrollo de la bioética, tanto en el terreno académico como asistencial, puede enmarcarse también en esta nueva sensibilidad.

AUTONOMÍA Y LIBERTAD

Desde que Beauchamp y Childress escribieran su obra *Principles of biomedical ethics* (6), los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia se han popularizado, y para muchos clínicos son los pilares fundamentales en los que se asienta la ética médica.

Desde entonces, el principio de autonomía ha ido ganando en relevancia como eje principal de las decisiones. Durante mi vida profesional he podido comprobar que son pocos los profesionales de la medicina que conocen otras corrientes en bioética que no sea la de los principios aquí enunciados. La bioética personalista, que tiene su fundamento en el concepto de persona y su dignidad, es desconocida para muchos clínicos, y a pesar del esfuerzo realizado desde algunas instituciones académicas, encuentra obstáculos para su conocimiento y difusión (7). El fundamento en la noción de persona puede dar sentido profundo al respeto por las decisiones de cada ser humano concreto, con una base filosófica más sólida y coherente, y evita los problemas derivados del “autonomismo” tomado como patrón ético principal. Gran parte del problema que ha llevado a esta situación es la urgencia, por parte de los agentes sanitarios, de la toma de decisiones. Según el Diccionario de la Real Academia Española, ética es la parte de la filosofía que trata del bien y del fundamento de sus valores, y también el conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida (8). El establecimiento de una conducta dirigida a un bien que pueda regir la conducta exige el conocimiento profundo del ser humano y una seria reflexión. Pero lo difícil de ciertas situaciones clínicas hace deseable tener un método fácil de toma de decisiones ante casos clínicos complejos, y aquí es donde la aplicación de unos principios sencillos ha tenido un gran éxito aún a costa de ocultar el fundamento filosófico sobre el que deben asentarse los valores y las normas morales.

El hecho es que, en los últimos años, el principio de autonomía ha pasado a ocupar el papel preponderante que previamente podría haber ocupado el de beneficencia, como supuesta respuesta al paternalismo médico ante-

rior, a mediados del siglo XX. He querido diferenciar el autonomismo del respeto debido a toda persona y a sus legítimas decisiones y, por tanto, a su autonomía. Lo que entiendo por autonomismo es una exaltación del principio de autonomía que lo convierte en el patrón ético principal de toma de decisiones en la práctica clínica. Según esta visión, y de forma simplificada, lo que es bueno es muchas veces difícil de establecer en la práctica, y puede variar según la visión de cada individuo concreto y en cada situación específica. Así, el autonomismo postula que sería mejor que cada individuo pueda decidir de forma “autónoma” lo que es mejor para él según sus propias convicciones y circunstancias. De esta manera se identifica la actitud buena (o si queremos correcta) con la decisión autónoma del paciente.

El problema del autonomismo tal y como lo he descrito es doble. En primer lugar, ha convertido el respeto debido a la autonomía del paciente en un nuevo credo en el que el bien se define por la decisión autónoma y, por tanto, de forma relativa a cada individuo y circunstancia. En palabras de Elio Sgreccia, al comentar los principios formulados por Beauchamps y Childress: “la formulación de los principios sin una fundamentación ontológica y antropológica hace que estos se vuelvan estériles y confusos” (9). En la práctica, esta ausencia de fundamentación ha facilitado un relativismo moral, y ha posibilitado la idea de que el bien moral consistiría, “no en hacer cosas buenas o malas, sino en hacerlas libremente” (10). Desde el punto de vista del autonomismo, sería inútil el seguirse preguntando por el bien y por la existencia de un comportamiento verdaderamente ético, ya que no tiene sentido la búsqueda de lo bueno al relativizarse de esta manera. En el fondo, si el bien es relativo, el concepto de humano también lo es ya que si se tuviera una idea de lo que es la naturaleza humana

claramente consolidada, cabría saber lo que es bueno o malo según esa misma naturaleza. Por tanto, podemos estar asistiendo en los últimos años a una relativización del concepto de humano.

El otro problema es que se identifica autonomía con libertad; sin embargo, a mi parecer, estos son conceptos relacionados pero no idénticos. Los animales tienen también cierto grado de autonomía que está ordenada a su propia subsistencia, aunque la autonomía de movimientos de un animal actúa empujada por su instinto y, consecuentemente, con heteronomía. Por tanto, la diferencia entre el animal y el humano en este terreno no es simplemente una diferencia de grado en una característica por lo demás común. Elegir en un momento determinado una cosa u otra puede depender de apetencias, sensaciones, percepciones u opiniones. Pero elegir libremente supone algo más. Supone salir y trascenderse a uno mismo para buscar lo bueno, lo correcto, y una vez percibido quererlo y elegirlo. Estoy de acuerdo con Abellán Salort cuando dice:

Es pues, evidente que la relación de la autonomía con la libertad no es de identidad (no son lo mismo), sino de dependencia, en la medida que un acto libre pasa por ser autónomo y esto aunque no todos los actos autónomos de un ser autónomo como la persona son necesariamente libres. Solo aquellos orientados hacia el bien se convierten en actos humanos, porque la autonomía orientada a la realización del bien deviene en libertad (11).

Si eliminamos la búsqueda del bien como idea de lo que es realmente virtuoso, deshacemos el concepto de libertad tal y como lo hemos expuesto. La autonomía

humana está, por tanto, dirigida a esta adhesión libre. Por ello el autonomismo, al asumir una identificación entre cualquier decisión autónoma, la decisión libre y la decisión correcta subvierte el sentido auténtico de la libertad humana.

HUMANIZACIÓN Y AUTONOMÍA

Hay autores que vinculan el principio ético de autonomía a una verdadera humanización de la asistencia (12, 13). Se diferencian así los modelos antiguos con el modelo humanístico actual que respeta las decisiones del paciente. De esta manera, el médico sería alguien que ofrece de forma “neutra” diferentes posibilidades de actuación. Pero entre los problemas de esta visión figuran que el enfermo está claramente condicionado en sus decisiones por su propia condición de enfermedad, y que el médico es alguien con conocimientos técnicos que puede ayudar al paciente en su toma de decisiones, y, además, es una persona que tiene sus propias convicciones, autonomía y voluntad, que también son dignas de respeto.

Pienso, como se ha apuntado previamente, que lo específicamente humano son los actos orientados hacia el bien, y, por tanto, los actos libres, que presuponen autonomía pero que no se agotan en ella. Yo puedo no ser autónomo en muchas circunstancias. Vivo en sociedad, las circunstancias de mi vida me influyen poderosamente, y mis sentimientos y emociones están presentes en los momentos más importantes de mi vida. Pero esto no me impide aspirar a lo mejor, lo perfecto, de buscarlo y de adherirme a ello. Pero si lo bueno no existe, si lo que existe es simplemente la capacidad de decidir sin

dejarme influir, estoy rechazando la búsqueda que más me puede humanizar.

La relación médico-paciente es de las pocas relaciones humanas en las que dos personas, en el uso pleno de su libertad, y en la medida de sus posibilidades, están encaminadas a encontrar la mejor actuación para resolver los problemas de salud del paciente, con respeto por sus ideas y sus decisiones, con información precisa y veraz, a fin de convertir esta relación en una auténticamente humana, en un marco de confianza entre las dos personas. Pero para que esta relación pueda darse de forma fructífera debe suponerse que el uso de la autonomía debe estar dirigido por una libertad que busca el bien en todos los ámbitos de la vida. En última instancia, si queremos “humanizar” las actividades de los individuos debemos seguir orientando nuestra capacidad de reflexión hacia la grandeza de la libertad humana, y, por tanto, hacia la grandeza y dignidad del ser humano mismo.

Humanizar las relaciones de los agentes sanitarios con el resto de la población es promover el diálogo, el encuentro, en un clima de ayuda y de profundo respeto hacia la dignidad de las personas, lo que supone respeto por su autonomía y libertad. Pero no el fomento de un autonomismo vacío de contenido que promueve la idea de que lo bueno y lo malo podemos establecerlo con nuestras propias decisiones. Esta pretensión autonomista sobre el bien y el mal es tan antigua como la humanidad, y no es más que la nueva versión del primer pecado de los hombres que viene precedida por esta advertencia de Dios: “pero del árbol del conocimiento del bien y del mal no comerás, porque el día que comas de él, morirás” (Gn 2,17).

 REFERENCIAS

1. Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Madrid; 2016.
2. López JM. La medicina en la historia. Madrid: La esfera de los libros; 2002.
3. Muñoz AM (coord.), Cabrera V, Fernández A, Ripoll S, Hernando A, Menéndez M, et al. Prehistoria. Tomo I. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2001.
4. Laín P. El médico y el enfermo. 2ª ed. Madrid: Triacastela; 2003.
5. Román B. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Med Paliat.* 2013;20:19-25. doi: 10.1016/j.medipa.2012.10.002.
6. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 2001.
7. López J. La bioética personalista en los planes de estudio universitarios. *Cuad Bioet.* 2013;24(80):79-90. Disponible en <http://aebioetica.org/revistas/2013/24/80/79.pdf>
8. Real Academia Española. Diccionario de la lengua Española. Edición del tricentenario. Actualización de 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=H3y8Ijj|H3yay0R> (visitado 2018 abr 3).
9. Sgreccia E. Manual de bioética I. Fundamentos y ética bioética. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2009.
10. Blázquez N. Bioética. La nueva ciencia de la vida. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2000.
11. Abellán JC. Bioética, autonomía y libertad. Madrid: Fundación Universitaria Española; 2006.
12. Coppolillo FE. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. *Arch Med Fam Gen.* 2013;10(1):45-50.
13. Molina J, Gallo J, Perelló C, García JA, Yoern M. La autonomía del paciente en la toma de decisiones como humanización de la relación de los profesionales con el paciente y la familia. En: Boladeras M (coord.). *Bioética del cuidar ¿qué significa humanizar la asistencia sanitaria?* Madrid: Tecnos; 2015. p. 169-180.