



Persona y Bioética

ISSN: 0123-3122

bioetica@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana

Colombia

Cuéllar Sáenz, Zoilo

La trascendencia del acto humano en la medicina como acto humano humanizante

Persona y Bioética, vol. 8, núm. 23, mayo -diciembre, 2004, pp. 34-43

Universidad de La Sabana

Cundinamarca, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83202305>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LA TRASCENDENCIA DEL ACTO HUMANO EN LA MEDICINA COMO ACTO HUMANO HUMANIZANTE

Zoilo Cuéllar Sáenz, MD*

RESUMEN

En la actual dinámica global de profundas transformaciones sociales surge una nueva concepción de la medicina, que responde a una desvirtuación del carácter objetivo absoluto del pensamiento científico y a la reivindicación de la subjetividad del acto médico. Al hacer el reconocimiento de un actuar personal menos objetivo y más subjetivizado, en el cual radica la realidad del médico y del paciente, dicho acto trasciende en un acto humano humanizante, esencia de la profesionalización, lo cual exige de un médico que sea técnico, altamente productivo y naturalmente eficaz, a la vez que mucho más humano y más presente en la relación médico-paciente.

PALABRAS CLAVE: transformación social, acto médico, objetividad, subjetividad, humanización.

ABSTRACT

In the present global dynamics of deep social transformations, a new concept of medicine is arising in response to a distortion of the absolute objective nature of scientific thought by depriving it from its virtue^(), and from the vindication of the subjectivity of the medical act. In recognizing the existence of a less objective and more subject-oriented^(**) or "subjectivized" personal behavior, where the doctor-and-patient reality lies, this act goes beyond simple medical action and it is transformed into a humanizing human act, the essence of professionalization. This requires a physician to be not only technically skilled, highly productive and, of course very efficient, but at the same time much more human, more present and more available in the doctor-patient relation.*

KEY words: social transformation, medical act, objectivity, subjectivity, humanization.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se aspira a sustentar la tesis de que el acto médico, al reconocer un actuar personal menos objetivo y más *subjetivizado*, en el cual radica la realidad del médico y del paciente, trasciende hacia un *acto humano humanizante*, esencia de la profesionalización médica.

Se parte de la actual dinámica global de profundas transformaciones sociales, donde las profesiones en general y la medicina en particular han significado una

crisis en sus relaciones, a la luz del ejercicio profesional y de su enseñanza. Esto se corresponde, plano por plano, con la actuación humana en circunstancias muy especiales de demanda social, científica, tecnológica y económica, entre otras.

De lo anterior se deduce una nueva concepción de la medicina, la cual responde a una desvirtuación del carácter objetivo y absoluto del pensamiento científico y a la reivindicación de la subjetividad en el propio método científico, cuyo marco de referencia comienza a dar muestras de tener límites borrosos, al validarse la incertidumbre, la improbabilidad, la irreversibilidad y el azar, ya no como excepciones sujetas a control, sino

* Médico oftalmólogo. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana
E-mail: zoilo.cuellar@unisabana.edu.co

como constituyentes inherentes a la naturaleza que nos acoge. Es, pues, en dicha reivindicación donde subyace el rescate de la persona humana¹.

Así mismo, se señala la emergencia de una nueva relación más horizontal entre el médico y el paciente y esta se contextualiza en un ámbito donde los aspectos defensivos y normativos, la nueva comunicación y la calidad de los medios informativos, la globalización y la relación con el individuo y la comunidad exigen de un médico que sea técnico, altamente productivo y naturalmente eficaz, y a la vez más humano y más presente en la relación médico-paciente.

RECONOCIMIENTO DE UN CAMBIO CONCEPTUAL

No cabe duda de que la sociedad contemporánea asiste a una transformación de sus dinámicas y paradigmas, de una manera no solo acelerada, sino fundamental. Dicha sociedad es depositaria de un doble carácter, que se concreta en dos tipos de realidades omnipresentes, según las cuales, por un lado, se presenta una cultura material (compuesta de individuos que modifican su entorno) y, por otro, se da una pluralidad de realidades de conciencia, alojadas en las mentes de los individuos que la integran, en la medida en que se advierte una emergencia de niveles variados de complejidad, dentro de los cuales la información y las decisiones se conjugan en diversidad de presiones y libertades, en todos los órdenes sociales (Navarro, 1996).

¹ Se debe entender aquí que, al hablar de persona humana, se pretende destacar la unidad sustancial (materia y espíritu) del hombre (hombre y mujer), el cual es fin en sí mismo, además de ser relacional y racional.

Aspectos vinculantes tales como la comunicación actual, los flujos de información y la tecnología han pasado a convertirse en aspectos fuertes del tipo de sociedad hipercompleja que involucra un ámbito material, así como un proceso mental colectivo, cuyas intenciones de formulación llegan a su nivel de aplicación muchas veces diluido, transformado y sin control por parte de quienes las formularon. La sociedad no solo se piensa a sí misma, sino que, además, pone en acción sus propios proyectos, más allá del plano individual, nivel que, a su vez, también se involucra en ambos aspectos (mental y ejecutorio), pero que queda a expensas de la emergencia de actuaciones sociales no predecibles y únicamente observables a partir de sus modos recurrentes (Navarro, 1996).

A la par, se advierte aquí que la actual sociedad, lejos de ser uniforme y homogénea en características meramente humanas, es un espectro de universos globalizados y a su vez regionalizados, donde lo local juega un papel notable, pero que determina y es determinado por lo global. Se trata de una sociedad civil, tanto local como global, cuya construcción (y la construcción de su civilidad) se da (y consiste) en el cuidado mismo de la vida, más allá del planteamiento de simples estrategias políticas, comunicativas o de otro orden, a las cuales trasciende (Maldonado, 2002).

En la especie humana, "la selección natural ya no opera" (Maldonado, 2002, p. 226) y se ha transformado en un factor "endógeno", que amenaza la vida desde el interior de la propia vida social, la cual "no es algo que vaya de suyo y (que nos obliga a) esforzarnos por todos los medios en cuidarla y hacerla posible" (Maldonado, 2002, p. 226). Este riesgo ha dejado de



pertenecer al nivel individual y se ha proyectado o ha superado el nivel de lo colectivo, a pesar de nodos específicos de violencia y brotes aislados de control.

Por lo tanto, la sociedad actual no solo se piensa a sí misma, no solo se dirige en espasmos de emergencia constante hacia el desarrollo y la realización de su propia vida, sino que, además, su propia existencia depende de las condiciones internas de cuidado y protección, más allá de la aplicación de los derechos humanos, a nivel global, o de sus estrategias correspondientes, a nivel local.

Es esta fragilidad interna la que promueve la necesidad de reivindicar los aspectos éticos esenciales de todos los tipos posibles de relación. Dentro de este planteamiento, la relación médico-paciente, con sus pretensiones de universalidad, participa de uno de los vínculos globales cuya realización (o no) promueve (o deteriora) el cuidado de tal fragilidad, tanto en lo individual como en lo general. Se trata de una relación que se ha "horizontalizado"² y ha dejado de desarrollarse de un modo lineal y jerárquico. La medicina, en el ámbito macro, y el médico, en el micro, ya no controlan todos los aspectos. Es más, en innumerables ocasiones se ven controlados por fuerzas externas que los superan y les imponen paradigmas cuya aceptación va, también, más allá de su voluntad. Se ha perdido la plena autonomía en ambos niveles, en los cuales alguna vez se influyó (o por lo menos así se creía). Probablemente, en gran parte de los casos aún dispongan de movilidad y de espacio, a pesar de los obli-

gados eventos de acción médica "defensiva" en respuesta a un halo de desconfianza (médico-legal) que se cierne a su alrededor.

¿Cómo, pues, se reivindica al médico y a la medicina? ¿Están destinados a ceder su autonomía científica y su libertad ante las exigencias tácitas de un sistema social de una complejidad notablemente elevada? ¿De qué modo se puede superar este escollo y transformar el vínculo que le ha sido sustituido? Es necesario hablar de los recursos con los que cuentan para que, del mismo modo, se pueda plantear la posibilidad de tal superación y promover un ejercicio médico profesional que va más allá de lo meramente científico e instrumental.

Todos esos cambios se manifiestan a través de la gran dificultad que se suscita al buscar una identidad propia y a través de la misma crisis que, en torno a sus fines, afronta la medicina, contrastados estos con la aparente quietud clásica de su concepción que hasta hace muy pocos años se mantenía (Sarmiento, 2002). Tal transformación se ve impulsada, por un lado, por la gran cantidad de cambios socioculturales que impelen una dinámica diferente a las relaciones y que acometen solicitudes tácitas y explícitas comprometiendo al médico en la expresión de sus intereses³, y, de otro, por el surgimiento de una gran inquietud respecto a

² Con este término se pretende hacer gráfica la imagen del movimiento desde el aspecto jerárquico o vertical al colaborativo y participativo u horizontal.

³ A pesar de las exigencias personales, el médico ve la necesidad frontal de ser competente no solo en los aspectos tecnológicos, sino, en especial, en procura de un desempeño más amable (como condición de ser-amado) y más centrado en el paciente y su bienestar. Las instituciones, además, han iniciado procesos de calidad donde, a pesar de las solicitudes económicas, también se ven exigidas en lo que respecta a la ética (a pesar de tratarse esto de una respuesta más a las amenazas de la legislación) y han iniciado la conformación de comités que requieren un cumplimiento acorde con el juramento hipocrático.



los enormes avances tecnológicos, que prometen una mayor aproximación a la solución de los problemas médicos más importantes, disminuyen las incapacidades de la antigua práctica y fortalecen ideales otrora utópicos. Estos acelerados cambios tecnológicos se ven, paradójicamente, diezmados en términos de lo local, en virtud de las grandes limitantes económicas propias de determinados contextos, que colocan a la medicina entre dos aguas: un ejercicio profesional a la usanza clásica, enfrentado a las exigencias sociales contemporáneas. Esto lleva al viejo paradigma a hacer parte de una nueva visión.

Los factores considerados como los principales impulsores del nuevo paradigma de la medicina (Sarmiento, 2002) son: las coordenadas biológicas de la investigación contemporánea, aspecto vinculado directamente con la necesidad de una objetividad profunda; la transformación de la comunidad humana moderna, con aspectos etnográficos, sociales, éticos y de salud que han venido cambiando y han demandado cada vez más certezas de la medicina y la ciencia en general; el incremento del arsenal farmacológico y el aumento de los recursos terapéuticos, cuya industria se apoya en investigaciones supuestamente imparciales; el crecimiento de la capacidad de comunicación e información, lo cual incide directamente en las opiniones tanto de galenos como de personas del común, y la interferencia directa de la sociedad en el conjunto de resultados de la investigación científica.

Más allá de la simple *interferencia*, parece ser que se puede hablar de una *interacción* entre la sociedad (la cual influye en la objetividad científica) y los investigadores, que a su vez transforman a la propia sociedad, en la medida en que esta última acopia los resultados

de tales investigaciones, muchas veces con referentes ambiguos e intereses creados por otras instancias sociales. Además, el término *interferencia* suscita la idea de ruptura y bloqueo y ya que existe un enlace sociedad-tecnología mediante un continuo de integración recíproca, un concepto como el de *interacción* permite comprender cómo tanto objetividad como subjetividad se encuentran atenuadas y desplazadas hacia los términos medios del espectro que los separa.

Adicionalmente, la pretensión de perfección propia de la tecnología actual se encuentra en un punto de lo científico en el cual la objetividad se pone en entredicho. Una controversia entre Albert Einstein y Rabindranath Tagore el 14 de julio de 1930, citada por Ilya Prigogine (Prigogine, 1982), ilustra cómo la única manera de describir la naturaleza es haciéndolo desde adentro, lo que termina con un determinismo duro y señala que lo natural contiene elementos de azar e irreversibilidad, mientras que lo artificial es determinista y reversible. Con ello se sustenta la necesidad de un nuevo y diferente diálogo entre la naturaleza y el hombre, y se argumenta que, si se tiene en cuenta al hombre inserto dentro de la naturaleza, las verdades humanas se convierten en verdades de esta. Al respecto señala Tagore que “el mundo separado de nosotros no existe; es un mundo relativo que depende, para su realidad, de nuestra conciencia” (Prigogine, 1997, p. 42).

Por su parte, Roger Penrose (1999) procura dejar al descubierto las limitaciones de la inteligencia artificial. Gran parte de su esfuerzo se centra en establecer las razones que desde la propia física sustentan su tesis. Su principal conclusión, en contraposición a las pretensiones científicas de la aceptación de un mundo gobernado en todo detalle por leyes matemáticas precisas,

consiste en que un universo tal *no da cabida a* la conciencia y, por lo tanto, “no es un universo en lo absoluto”. Advierte que el fenómeno de la conciencia es el único que puede “conjurar un presunto universo ‘teórico’ a la existencia real” (Penrose, 1999, pp. 554-555).

Así las cosas, parece que la ciencia reconoce, aun en el seno de sus corrientes *duras*, la interacción entre sujeto y objeto, donde el sujeto se ve afectado por la observación, independientemente del tipo o la clase de extensión perceptiva utilizada, lo que desvirtúa así la pretensión de objetividad absoluta que hasta hace algunos años todavía era requerida por la propia medicina.

El conocimiento científico, que se ha entregado a la labor de la predicción, por ese mismo camino ha logrado desarrollar respuestas que en verdad han favorecido a la humanidad. La ciencia y su método tienen un lugar privilegiado en la madurez de nuestras sociedades. Aun así, es imposible establecer una frontera que indique dónde comienza la ciencia y dónde termina la sociedad. De hecho, tampoco es posible determinar claramente quién es subsidiaria de quién. Es un intercambio recíproco de intereses, preguntas, respuestas y críticas, cuyo ascenso promueve un proceso evolutivo indudable.

Tal conocimiento, que pretendió para sí un objetivismo que lo hubiera hecho poseedor de la verdad última, ve con asombro cómo, en el último cuarto de siglo, aquellas verdades fundamentales de la ciencia, cuyo particular paradigma de predictibilidad y de certidumbre que otrora alcanzara la pretendida universalización, se reducen a escombros al aparecer nuevas evidencias que dan razón de la incertidumbre y de la

impredictibilidad como lo frecuente en la naturaleza, mientras aquel paradigma inicial se constituye en la excepción, limitado casi a fenómenos recreados artificialmente y generalmente descontextualizados por requerir circunstancias y condiciones de aislamiento casi siempre ausentes en la realidad.

Así, es necesario sostener que no puede desligarse la objetividad de la subjetividad, ya que al “sujeto” cognoscente le es imposible dejar de lado su ser (unidad sustancial) para apreciar los fenómenos “desde afuera” (aunque así pretenda manifestarlo, extendiendo sus sistemas de percepción). Se diría más bien que se trata de una objetividad relativa, para distinguirla del “allá afuera” como objetividad absoluta. En esencia, el ser humano se encuentra dentro de la realidad y, por ende, independientemente de la modalidad de conocimiento que utilice para aproximarse a ella, la propia cognición hace parte de una misma dimensión humana, de una misma persona humana.

Esa realidad “no tiene ningún sentido... sin referencia a mí... que soy persona (y que) queda afectada *en cuanto realidad* por esa condición personal” (Marías, 1987, p. 46). Se trata, pues, del reconocimiento de una realidad *radicada* en la propia persona, persona que a la vez se constituye por múltiples dimensiones con-temporáneas y se instala en su actuar de un modo *futurizo* (Marías, 1987), en acto y potencia permanentes.

Es precisamente por eso por lo que, en el proceso del conocimiento científico, se debe tener presente la “relatividad” de la objetividad buscada y la constante presencia del factor incertidumbre, a pesar de la disciplina y del rigor que ejerza al desarrollar dicho proceso. Se puede sí contar con bases fuertes

para tomar decisiones acertadas. Se pueden sí predecir muchos de los eventos posteriores que coincidan con las circunstancias estudiadas. Pero si la verdad científica es susceptible de ser modificada, reinterpretada, revalorizada y cuestionada, y de ser perfectible y complementable, se debe reconocer un proceso humano de conocimiento, que no es lo conocido, y que solo se trata de aproximaciones a la realidad desde su propia persona.

El médico (y con él la medicina), inscrito en ambos ámbitos y persona humana en toda su plenitud, se encuentra en soberana crisis, ya que, por un lado, ha de dar cuentas exactas de sus avances y elevar sus capacidades al máximo posible⁴, pero, por otro, se le exige cada vez más un humanismo serio, a veces a expensas de su propia humanidad. Responde a demandas y solicitudes sociales y económicas y se ve exigido desde el ámbito de los avances científicos. Además, no logra ese ideal de objetividad frente a la gran mayoría de los problemas que afronta. De hecho, en ocasiones la clásica figura del médico frío y calculador queda igual de estática y envejecida que aquellas estampas de médicos clásicos en sus respectivos retratos de museo.

Efectivamente, en este profesional, como en cualquier otro, existe un alto grado de subjetividad y particularidad que no le permite universalizar algunos estándares y que, al atravesar campos emocionales, culturales y sociales particulares, hace del tipo de conocimiento

⁴ Se destaca en este punto una faceta nueva del ejercicio profesional, mediante la cual el galeno ha de dar respuesta exacta de su actuación ante los requerimientos jurídicos, a pesar de constatar en la misma ley que el médico tiene una actuación de medio y no de resultado. Se exige así un ejercicio instrumental preciso, injustamente liberado de su carácter humano.

que utiliza un conocimiento un poco menos confiable (lo que no quiere decir desconfiable).

EL NUEVO ACTO MÉDICO

A la luz de las dinámicas sociales contemporáneas y de la situación del hombre dentro de una realidad personal y radical, es importante destacar cómo las profesiones en general y la medicina en particular se encuentran en un ámbito diferente, donde la sociedad se convierte en el principal agente de cambio y las profesiones, subsidiarias del mismo. Estas responden, de una u otra manera, no solo en cuanto a los recursos que se requieren para la solución de sus problemas, sino, predominantemente, respecto al tipo de problemas que ahora deben resolver.

Así, la medicina afronta ahora varios aspectos emergentes, cuyo dominio aún no es bien comprendido. La sociedad actual es una sociedad que tiende a ser pensante y reflexiva, a pesar de que en sus dinámicas se advierte, en general, impulsividad e impredecibilidad. De hecho, como se mencionaba previamente, la ilusión de predecir con certeza y precisión el comportamiento futuro (próximo y lejano) ha sido desvirtuada por los más recientes desarrollos físico-matemáticos (Penrose, 1999). Solo en los sistemas simples, esta predicción es medianamente posible, mientras que en los sistemas complejos (y toda sociedad lo es) dicha precisión incluso emborrona la certeza y la comprensión del futuro (Ruano Gómez, 1997). En este orden de ideas, la comprensión de los cambios de este tipo de sistemas se hace a través de la aproximación al entendimiento de las *condiciones iniciales* y a la contingencia de las *simetrías recursivas* entre niveles de escala (Kosko, B., 1995).



Es una sociedad en la que, en virtud de sus novedosas formas de comunicación, el tiempo y la distancia han dejado de participar predominantemente en la toma de decisiones (y, por supuesto, en el desarrollo de las acciones correspondientes). Una sociedad que se ha transformado en altamente compleja y que constantemente mantiene en su seno diversos niveles de complejidad. A nivel local se descubren sociedades que desarrollan ciertos aspectos considerados de avanzada, en la misma medida en que otras mantienen un estatus de atraso importante. A pesar de ello, las dinámicas son aceleradas, y de manera persistente se evidencia la emergencia de novedades en todos los ámbitos.

Surge, pues, el problema de las nuevas tecnologías, que no son aplicables en todos los lugares o que demandan inversiones desproporcionadas en determinados estratos de la sociedad. Las diferencias se amplían y se acercan espasmódicamente. En esa misma medida, las demandas sociales se hacen heterogéneas. Por un lado, aparecen enfermedades nuevas y problemas resultantes del control de aquellas que en otros tiempos fueran devastadoras. Por otro, reaparecen enfermedades que en algún momento fueron controladas. Retoma inmensa importancia esta mixtura de problemas en relación con las posibilidades médicas globales y locales. El médico de hoy (y en particular el médico colombiano) se enfrenta, pues, a circunstancias excepcionalmente impredecibles e inciertas y se ve abocado a generar constantemente recursos novedosos que procuren una respuesta apropiada en cada contexto (Echeverri López, 2002).

Todo ello involucra al médico en una nueva forma de ejercer. Sus condiciones de contemporaneidad con los avances tecnológicos lo obligan a racionalizar sus conocimientos y extenderse en actos que, más que

reflexiones, le solicitan el cumplimiento de estándares. Sus “empleadores”, empresas dedicadas a la producción de salud, demandan de él un estricto ajuste a horarios y normas y le exigen producción en lugar de servicio. Los pacientes no son personas con dolencias, sino usuarios, y han de atenderse como clientes (Franco Agudelo, 2003). Este aspecto de “agresividad” sistémica amenaza con transformar al médico en un técnico, cuando no en un autómatas. El riesgo que corre es enorme si se tiene en cuenta que, hoy por hoy, las relaciones con los pacientes son del orden de lo humano y, precisamente ahora, la sociedad demanda con mayor ímpetu esa categoría en el sentido integral de la palabra. En definitiva, es en el desarrollo de un verdadero acto humano donde se puede encontrar la trascendencia propia de la profesión.

EL ACTO HUMANO

*“El espíritu humano es más fuerte
que cualquier medicina”⁵*

Al considerar al hombre como uno en su ser y uno en su obrar, se puede decir, sin temor a equivocarse, que su actuar tiene un aspecto interno o espiritual (inmanente), que moviliza su voluntad, y otro externo o acto causal. La voluntad se expresa externamente en el acto causal o causalidad y se materializa en el objeto de su acto. Dicho objeto se devuelve, por así decirlo, de manera transitiva hacia su ejecutor (o creador), proporcionándole la satisfacción o insatisfacción de lo actuado. En la medida en que dicho acto se dirige hacia su alteridad, se constituye en un nuevo aspecto, considerado trascendental en el acto humano. Se trata,

⁵ De la película *Awakenings*, escrita por Steve Zaillian (1990).



pues, del acto amoroso, en el cual se pretende ver realizado el bien en el otro.

El acto humano se compone a la vez de intención y acción propiamente dicha. En palabras de Joseph De Finance (1962, p. 408), “el acto externo sólo es lo que es cuando está animado por el acto interno, y este sólo se realiza al expresarse en el exterior”. Las consecuencias de los actos provocan, entonces, una serie de resultados desde lo material hasta lo espiritual, en tanto se exteriorizan hacia el mundo material y, por tanto, sus “productos” se convierten en efectos que responden a necesidades biológicas, económicas y de otras índoles. Este aspecto se corresponde con el trabajo, y su ejercicio también puede verse realizado en la prestación de algún servicio.

El trabajo no solo ostenta la finalidad de la productividad. En efecto, en la medida en que con él se puede prestar un servicio, por efectos de la transitividad se obtiene una satisfacción espiritual. Al implicar esfuerzo, renuncia y, en algunos casos, sufrimiento, promueve el desarrollo de las virtudes de la fortaleza y la templanza. Así mismo, al exigir duración, estimula la perseverancia.

Cuando dicho servicio se dirige hacia “el otro”, hacia el prójimo, en tanto persona humana, comporta un desarrollo comunitario interesante. Por un lado, se obtiene un resultado material determinado. Por otro, se generan una serie de respuestas internas o immanentes en quien ejecuta el acto, así como en quien lo recibe (paciente) y, por esta vía, se genera, igualmente, una espiral de efectos, tanto materiales como immanentes, los cuales se extienden hacia la sociedad en general. Este *triple efecto* se expande de manera que a quien se

sirve no es ya solo a un individuo, sino a la colectividad, incluido quien sirve. Más aún, ese “otro” es, además, una persona cuyas realidades se encuentran radicadas en sí mismo y demandan de su circunstancia un mejoramiento que involucre al médico y su actuar.

Ahora bien, toda acción ejecutada simplemente como cumplimiento de unas normas o guías, o de manera técnica para utilizar un término más directo, pueden implicar solo un objetivo productivo específico, del mismo modo que la simple intención o voluntad sin alcanzar la ejecución se traduce en actos románticos y etéreos. Es la justa armonía entre lo uno y lo otro lo que permite comprender el acto médico como acto humano y personal, el cual se establece como esencia y razón de la profesión.

LA TRASCENDENCIA DEL ACTO MÉDICO

Cada profesión tiene dominios propios, en los cuales ha de reconocerse principalmente un cuerpo de conocimientos. Además, cada profesional ha de tener una determinada autonomía intelectual para la toma de decisiones. Así, en medio de la incertidumbre propia de los problemas de salud, se hace necesario un juicio adecuado, basado en un conocimiento actualizado y en los recursos de la evidencia, dominio propio de la profesión médica, caracterizado por un contexto ético específico. En el caso de la medicina, su finalidad propia es el servicio a la humanidad, compromiso social inherente.

El médico, en tanto persona humana, desarrolla un acto voluntario, dirigido hacia el perfeccionamiento humano, en la expresión de su actividad médica específica, la cual se realiza materialmente en la intervención sobre otra persona humana, quien padece determinado pro-



blema o, lo que es más laudable, sobre quien todavía no lo ha padecido y se pretende evitar que le ocurra. Dicha actividad, a través de la transitividad, enriquece interiormente al propio médico. Existe una reciprocidad que determina la justificación plena de una actividad vocacional, científica y artística, esta última en tanto se crea y se expresa novedad frente a condiciones iniciales conocidas. Dicha creación se manifiesta a través del vínculo establecido entre el médico y el paciente y se realiza mediante la donación y el servicio. Tal vínculo se considera un acto de amor, cuya principal motivación es el beneficio de quien padece.

El amor se constituye, además, en una acción inmanente, que requiere causalidad hacia lo material. Su materialización pasa a través del respeto y el reconocimiento de la dignidad de quien padece y de sí mismo. Es aquí donde toma fuerza el aspecto profesionalizante de la medicina, de la mano de la humanización del acto médico, en contraposición con la desprofesionalización (o tecnificación) y la deshumanización correspondiente.

Así, el profesional, y particularmente el médico, se ve inscrito en un ámbito dentro del cual se toman decisiones que van más allá de la simple técnica con la cual se lleve a cabo tal raciocinio. Se trata específicamente de las decisiones que afectan directamente vidas humanas y, en consecuencia, pueden interferir o propiciar la realización de la felicidad de cada individuo. El bienestar y la disposición potencial de cada cual pueden verse determinados por decisiones que, en uno u otro momento, toma un profesional. Todo ello dentro de un contexto social que implica mayor información, menor jerarquía, más participación, menos distancia y mayor demanda.

El médico ya no es aquel ser semisagrado, distante y omnipresente, que decidía, sin más, sobre aspectos trascendentales o banales de otros individuos. Es ahora un partícipe de los cambios sociales y, en ocasiones, subsidiario de demandas sociales claras y directas. Se enfrenta a aspectos cuyo marco de referencia se ha tornado borroso y, con mayor frecuencia, opuesto, mientras la exigencia social prevalece en el entorno de *la mejor decisión posible*. Es él quien sugiere, quien aclara y quien finalmente actúa específicamente ante determinado problema, pero en una persona humana, a quien se ha de beneficiar, a quien se le rescata su humanidad y a quien se humaniza en la medida en que se pretende su realización al alejarla de la enfermedad. Esto obliga al profesional a comprender extensivamente los múltiples aspectos que participan en cada caso y a dilucidar los aspectos que favorecen o no la acción benéfica final.

CONCLUSIÓN

En el desarrollo del ejercicio profesional, un componente de primer orden, frente a los desafíos modernos de las disciplinas, involucra los aspectos de la asistencia médica, así como aquellos momentos que tienen que ver con la aparición y el final de la vida⁶; aspectos

⁶ Aunque no es el propósito de este trabajo, la polémica actual sobre la eutanasia y todo lo concerniente a la dignificación de la terminación de la vida obligan a señalar que, en definitiva, afectar activa o pasivamente la vida de la Persona Humana que padece interfiere directa y transitivamente en la vida de la Persona Humana que actúa (o que se inhibe de hacerlo). La dinámica de esta reflexión exige una profundización seria y responsable, al estar atado el profesional a la misma realidad que vive su paciente. No es ya sólo el individuo distante... Él está anclado en la misma realidad, que, simplemente, se diferencia en los aspectos temporales y espaciales. La persona médica también muere y lo hace en el mismo instante en que su paciente lo hace, aun cuando no sea esto simultáneo...

tales como la investigación, y, especialmente, elementos de desarrollo comunitario de marcada trascendencia. Además, ya no es posible hablar de la salud individual como único objetivo. Aparece en la sala de atención médica un nuevo paciente: la comunidad. Una comunidad cada vez más exigente, cambiante y madura, que no permite ni acepta decisiones polarizadas y que se involucra en todas las dimensiones del nuevo profesional.

Es por ello por lo que el acto del médico trasciende, en la medida en que es un acto humano humanizante, es decir, la actuación médica proviene del propio carácter personal del médico, quien, además, reivindica la realidad vital del paciente, persona humana enaltecida por la donación médica presente y proyectada hacia un bien personal, cuyo beneficio también afecta (de vuelta) al médico. Esta es la esencia de la profesionalización. La consecuencia prevista apunta hacia la transformación de la profesión y la reivindicación del ejercicio médico para lograr una humanización desde la misma formación hasta el nivel de los eventos más tecnológicamente desarrollados de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- De Finance, Joseph. *Ensayo sobre el obrar humano*. Madrid, España, Ed. Gredos, 1966.
- Echeverri López, Esperanza. "La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades", revista *Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 1, No. 3, pp. 76-94, 2002.
- Franco Agudelo, Saúl. "Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia", revista *Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 2, No. 4: 58-69, 2003.
- Kosko, Bart. *Pensamiento borroso: la nueva ciencia de la lógica borrosa*, Barcelona, Grijalbo/Mondadori, 1995.
- Maldonado, C. E. *Filosofía de la sociedad civil*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores, 2002.
- Marías, Julián. *Antropología filosófica*, Ed. Alianza, primera reimpresión, 1987.
- Navarro, Pablo. *El fenómeno de la complejidad social humana*. Ensayo presentado para el curso de doctorado interdisciplinar en el área de Sistemas Complejos, de la Facultad de Informática de la UVP, 1996.
- Penrose, Roger. *La nueva mente del emperador*, Barcelona, Ed. Grijalbo/Mondadori, 1999.
- Prigogine, Ilya. *¿Tan solo una ilusión? Una exploración del caos al orden*, Barcelona, Ed. Tusquets, 1997.
- Ruano Gómez, Juan de Dios. "La predicción y la teoría del caos", revista *AEDEMO*, 1997. <http://www.aedemo.es/septiembre97/privado/caos.html>
- Sarmiento, Pedro J. "Medicina, entre crisis y paradigma", revista *Persona y Bioética*, No. 17: 85-108, 2002.

