

CARTA A LA COMUNIDAD: DIGNIDAD, PODER Y RESPONSABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES: VICTOR RAYMUNDO JAUREGUI GUTIERREZ

1. ESCUELA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD ANÁHUAC QUERÉTARO.
2. DEPARTAMENTO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DEL RÍO, QUERÉTARO, MÉXICO.

Cada día, los profesionales de la salud toman decisiones que implican tocar cuerpos vulnerables, ejercer autoridad, limitar libertades y definir qué sufrimiento es aceptable. Estos debates suelen abordarse desde marcos legales, bioéticos o técnicos. Sin embargo, con frecuencia se pasa por alto una pregunta más profunda y previa: ¿qué concepción de la persona humana está sosteniendo nuestras decisiones clínicas y nuestras respuestas institucionales?

Estas preguntas no son ajenas a la práctica cotidiana de estudiantes y profesionales de la salud, sino que atraviesan cada interacción clínica, desde el primer contacto con el paciente hasta las decisiones más complejas al final de la vida.

Más allá de protocolos y normativas, toda práctica de salud se apoya explícita o implícitamente en una antropología. Es decir, en una idea de fondo sobre qué es una persona, qué valor tiene su cuerpo, quién puede decidir sobre ella y bajo qué condiciones se transmite en gestos cotidianos: cómo hablamos a los pacientes, cómo ejercemos la autoridad, cómo interpretamos el sufrimiento, cómo usamos el poder que nos otorgan nuestros roles profesionales.

Desde esta perspectiva, puede hablarse de una antropología moral profunda basada en tres pilares fundamentales: la dignidad del otro, la responsabilidad moral personal y el límite al uso del poder. Cuando estos tres elementos se interiorizan realmente, y no solo se declaran, cabe esperar que generen menos violencia estructural y más relaciones de cuidado genuino.



Figura 1. Tres pilares de la antropología moral en la práctica clínica.

En el primer pilar, interiorizar la dignidad del otro implica reconocer que ninguna persona es un medio para los fines de otra. El cuerpo del paciente no es un objeto clínico, ni un recurso terapéutico, ni una propiedad institucional: es siempre un cuerpo personal, con historia, límites y sentido propio. En contextos de violencia, esta dignidad se quiebra de forma explícita: la persona es reducida a cosa o a función.

Esto se manifiesta de forma cotidiana en prácticas aparentemente inocuas: cuando hablamos de "el o la de la cama 3", "la puérpera" o "el viejito", el lenguaje deja de nombrar a una persona y comienza a designar un objeto clínico. No se trata solo de una cuestión semántica: cuando el lenguaje despersonaliza, la intervención se deshumaniza, y el riesgo de ejercer poder sin límites aumenta.

El segundo pilar es la responsabilidad moral personal. En sistemas complejos como los sanitarios, es fácil diluir la responsabilidad en protocolos, comités o jerarquías, y refugiarse en expresiones como "así lo indica el procedimiento" o "yo solo seguí instrucciones". Sin embargo, ninguna estructura sustituye la conciencia individual.

Cada profesional decide cómo mira, cómo toca, cómo habla, cómo calla y cómo actúa. Asumir responsabilidad moral es aceptar que el contexto influye, pero no absuelve; que el rol no elimina la capacidad de decidir; y que el daño nunca puede justificarse únicamente por eficiencia, presión institucional o utilidad.

El tercer pilar es el límite al uso del poder. Todas las disciplinas de la salud operan necesariamente en escenarios de asimetría: entre quien sabe y quien no, quien cuida y quien depende, quien decide y quien espera, como cuando la persona se encuentra en situación de enfermedad y no comprende plenamente lo que ocurre o no puede negarse.

La violencia, en todas sus formas, florece precisamente cuando estas asimetrías no tienen límites claros. Una cultura sanitaria sana no es la que niega el poder, sino la que lo reconoce, lo regula, lo supervisa y lo somete a criterios éticos estrictos.

Este texto sostiene que muchos de los dilemas más graves de la práctica clínica contemporánea no se originan en fallas técnicas, sino en una concepción empobrecida de la persona humana. Esto nos lleva a la pregunta central: ¿estamos formando profesionales capaces de sostener la dignidad del otro incluso cuando el sistema es injusto, los recursos son limitados y el sufrimiento es real?

Aceptar los límites de nuestra acción no significa resignarnos ni normalizar el daño. Significa reconocer que no todo problema tiene solución definitiva, pero sí puede enfrentarse de formas más humanas o deshumanizantes.

La tarea de las ciencias de la salud no es eliminar el sufrimiento a cualquier costo, sino acompañarlo sin eliminar a la persona que sufre, entendiendo el sufrimiento como experiencia de vulnerabilidad. No es resolver todos los dilemas, sino evitar convertir la vulnerabilidad en criterio de descarte.

Tal vez el mayor fracaso de las ciencias de la salud no sea técnico, sino moral: haber aprendido a intervenir cada vez más sobre los cuerpos sin preguntarnos con la misma profundidad qué tipo de humanidad estamos produciendo en la práctica clínica. Formar una cultura profesional donde la dignidad no sea un concepto abstracto, sino una práctica cotidiana en la forma de tocar, de escuchar, de poner límites, de ejercer autoridad y de asumir responsabilidad, puede ser una de las formas más profundas y realistas de resistencia ética en un mundo atravesado por la violencia.