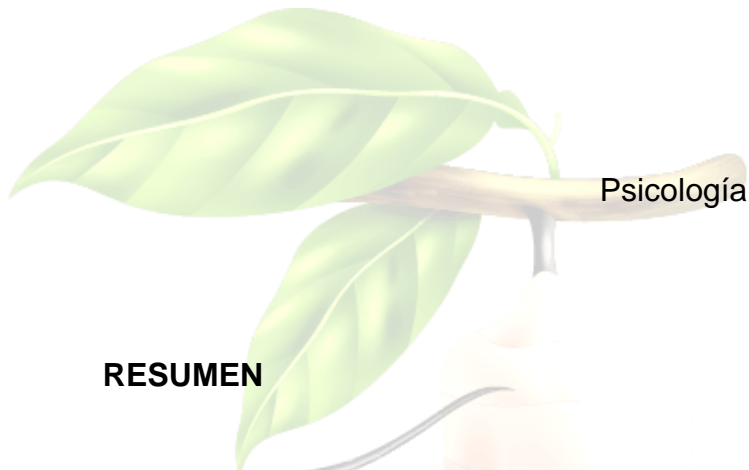


LA DESHUMANIZACIÓN MÉDICA Y HOSPITALARIA¹

FOR MEDICAL AND HOSPITAL DEHUMANIZATION



RESUMEN

A veces es necesario observar las distintas distinciones que marcan a la salud, y ver cómo esta incide en la conducta humana, como elemento de bienestar o su opuesto perjuicio.

PALABRAS CLAVE

Cultura, personalidad, violencia – hospitalaria, mala atención, salud mental, efectos psicológicos, lenguaje, salud pública, psicología de la salud.

¹ Issn: 2313-349X.

SUMMARY

Sometimes it is necessary to observe the various distinctions that mark to health and see how this affects human behavior, as part of welfare or its opposite prejudice.

KEYWORDS

Culture, personality, violence - hospital, poor care, mental health, psychological, language, public health, health psychology.

Creemos sólidamente, que todo es permisible para oprimir y controlar, en este caso el sistema de salud, ha sido partidario de estudios, que determinan distintos elementos; y a la vez contribuyen a mejorar, en términos de avances diferentes enfermedades.

Como en otros niveles, los sistemas, son solidarios de simplificar en protocolos los distintos procederes, y si es vital, para determinar acciones específicas; sin embargo, desde una perspectiva social y psicológica, esto ha afectado al paciente, a los familiares y la comunidad en general.

Permítanme empezar, no solo recordando lo significativo que es la salud² según la OMS. Es definitivo para todos los demás elementos, que se conjugan en un plano general, que es denominado calidad de vida.

² La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización

De acuerdo con la OMS la calidad de vida³

“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

La calidad de vida cuenta con tres elementos que no deben ser excluyentes:

- Dimensión física⁴
- Dimensión psicológica⁵
- Dimensión social⁶

El sentido estructural de la calidad de vida, se ve inmerso en estrategias, planes de acción, que conllevan a instrumentos para la prevención y protección de los derechos humanos, en materia de salud.

Es por eso que la calidad de vida, es un primer indicador de lo que sucede con la persona, y sus dimensiones, pueden ser una señal de aviso; es ahí cuando es necesario reconocer, las características de la misma para llegar al punto principal.

Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> consultado (16/02/2015)

³ http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida consultado (16/02/2015)

⁴ Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad. *Ibidem*

⁵ Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. *Ibidem*

⁶ Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. *Ibidem*

Dentro de las características de la calidad de vida se encuentran:

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

Como se puede conocer en cada aspecto, permiten establecer una condición de entrada a la situación general, que hoy embarga el territorio de la salud, en el ámbito hospitalario.

Según la OMS⁷

El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, por decirlo con todas las palabras, no es nuevo. En el plano internacional, se proclamó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, en cuyo preámbulo se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". También se afirma 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".

Teniendo en cuenta, la salud, es un derecho que comprende ciertos límites, que están enmarcados en protocolos, la ausencia o la negación del mismo, por parte del consejo o del grupo de médicos e internos en las áreas generales, especialidades,

⁷ OMS (2008) El derecho a la salud. Folleto informativo. N° 31. Printed at United Nations, Geneva ISSN 1014-5613. GE.08-41064-June 2008-6,570

no los exonera de sus conductas regulares. En especial, en un mundo globalizado, urbanizado y que aumenta en edad progresivamente.⁸

Según (OMS., p. 4) El derecho a la salud comprende algunas libertades. Tales libertades incluyen el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento, por ejemplo experimentos e investigaciones médicas o esterilización forzada, y a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.

Aún se ve médicos, que pasan documentación a sus pacientes para que firmen, sin ninguna explicación, no adecuan su lenguaje al del paciente, o familiares. Olvidando, que, no todos tienen el mismo nivel de escolaridad ni económico.

En el momento en que se les reitera, que el paciente debe leerlo; asume un disgusto voluntario, pues todo el mundo tiene derecho a leer, sobre lo que trata sus tratamientos y procedimientos, desde ambulatorios hasta quirúrgicos; y formular preguntas, así las crean innecesarias, se trata de su bienestar.

Para la (OMS., p. 4) Deben facilitarse servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. La no discriminación es un principio fundamental de los derechos humanos y es decisiva para el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud. Pero esto a veces es desdeñado.

Uno de los objetivos principales, que aún no se comprende, por parte de algunos países, es el soporte al adulto mayor, este es asistido como una persona común, que debe esperar igual horas, y ser tratado de la misma manera.

⁸ OMS (2008) Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca (p. 7). ISBN 978 92 4 356373 2 (Clasificación NLM: W 84.6). ISSN 1020-6760

Desde largas filas en todas las instancias, no solo en materia de salud, hasta su bienestar físico, se ve en desventaja. ¿Una enfermedad en término de dolor físico y emocional, se sobrelleva igual en adulto joven, que en un adulto mayor?

¿No requiere una mayor atención, desde urgencias hasta procedimientos?

Sin contar la historia de los medicamentos, que subyace en dobles etiquetas de fórmulas, una es la que apoya la EPS o el sistema de salud; y la otra, aquella, que les pasan a sus pacientes, para que cubran por su propia cuenta, en un lugar específico para ser comprado, todo con el fin de obtener un citado, mejor descuento, por la casa farmacéutica recomendada.

Existe alguna diferencia, no solo en términos biológicos, físicos o emocionales para las personas, o solo es algo abstracto, en tiempo real.

De acuerdo con la OPS, hay estrategias para mejorar la calidad de vida, de los adultos mayores⁹

Los objetivos principales que desean alcanzar entre los países la OMS que apliquen las estrategias son:

- El establecimiento de la salud de personas adultas en políticas públicas. Para ello se está promoviendo la formulación de leyes, reglamentos, y programas dirigidos a la atención del adulto mayor, no solo en el plano de salud, sino en todos los componentes de la vida.

⁹ La OPS cuenta con una serie de estrategias para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Estas estrategias están basadas en una serie de principios y lineamientos de las Naciones Unidas que son: la independencia, la participación, el cuidado, la autorrealización y la dignidad. Las mismas ya se están aplicando en varios países, incluyendo al Paraguay. http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678%3Aestrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255. Consultado (16/02/2015)

- Asegurar que estos planes y programas cuenten con los presupuestos correspondientes para llevarlos a cabo.
- Establecer la comparación entre los países, el intercambio de información, y experiencias exitosas para favorecer el desarrollo de los programas de salud.

Entonces, en su perdurable predominio, el médico, y el estudiante de medicina relega, esos aspectos. Dejando la carga completa a la enfermera de turno; y no se puede negar hace un excelente trabajo.

Pero cuando se trata de tratos dignos, lenguaje adecuado y atención para el adulto mayor, rebosa en ausencia, por parte del personal más importante, que a veces, ni siquiera se toma la molestia de mirar a sus pacientes.

En esto incide la madurez emocional¹⁰. Por curioso que suene, hay una ausencia de formación de recursos humanos en salud mental y en atención para las comunidades, por parte de estos personales, debido a que se quedan, con solo el conocimiento impartido en las academias.

Según la OMS (p. 246) en el 2000, las personas de 60 años o más en América Latina y el Caribe representaban 8 por ciento de la población total, aproximadamente 1 de cada 12 personas. Se estima que para el 2025, el 14 por ciento serán habitantes mayores de 60 años, es decir 1 de cada 7 personas en la Región. En números absolutos aumentarán de 42 millones en el 2000 a 1000 millones en el 2025.

Frente al crecimiento de las poblaciones, se desestima sus necesidades; y hay enfermedades asociadas a trastornos psíquicos; y discapacidades para el desempeño de sus roles. Lo cual conlleva a un trato e intervención, que hay que

¹⁰ Klein (OC., 1963) refiere... La madurez emocional significa que estos sentimientos de pérdida pueden ser contrarrestados hasta cierto punto por la capacidad de aceptar sustitutos y que las fantasías infantiles no perturban la vida emocional adulta. Poder disfrutar de los placeres que están a nuestro alcance en cada momento vital se relaciona con una relativa libertad de resquemores y envidia.

evaluar de acuerdo con factores de cultura, género y equidad, aunque el último tiende a ser supuesto.

Eso quiere decir que en un entorno X, el médico y el estudiante debe evaluar todas las dimensiones, en proporción a la calidad de vida de un paciente, pero lo que se visualiza, es un énfasis u omisión de la problemática psicosocial, cómo si no incidiera de forma positiva, incluso en el bienestar o recuperación de alguien. La evaluación, se la confina a otras instancias; y en cambio, se dedican exclusivamente al uso de su tecnología más cercana, por estar al tanto del contenido de sus redes sociales¹¹.

Aunque todo el mundo requiere tiempos y espacios, donde encontrar un elemento que lo divierta, eso es razonable e indispensable, hay decepción, cuando la atención de un médico, al que se le pregunta por algo, se encuentra en deleite con sus compañeros, hablando de su domingo próximo, en vez de aclarar en su espacio, al paciente o al familiar sobre su procedimiento.

Es común que desconozca, quien fue su paciente hace 5 minutos atrás, cuando se le entrega un documento. Es habitual no recordar todo, pero sin ese nivel de

¹¹ Además de la falta de concentración por la actividad cotidiana, también un médico puede sufrir entre otras cosas. Lo siguiente: La mujer, médico de urgencias, acababa de terminar una guardia el 24 de diciembre en el hospital donde trabaja cuando sintió un intenso dolor en su muñeca. Al llegar a su casa y ver todas las felicitaciones navideñas en su celular, empezó a contestarlas una por una en lugar de descansar el dolor de muñeca. Luego de pasar 6 horas enviando mensajes, comenzó a tener dolor en el dedo pulgar. http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2014/03/140326_whatsapp_whatsappitis_tendinitis_rg. Consultado (16/02/2015)

escucha básica en su entorno, como puede determinar, elementos tan significativos en procedimientos, si deja de lado, que llenó su registro médico.

Según Klein (OC., 1963, *Ibíd.*) El equilibrio depende de nuestra comprensión de la variedad de nuestros impulsos y sentimientos contradictorios y de nuestra capacidad de resolver estos conflictos internos... (*Ibíd.*) El equilibrio no significa evitar conflictos; implica la fuerza para tolerar emociones dolorosas y poder manejarlas. Si disociamos excesivamente las emociones dolorosas, restringimos la personalidad y provocamos inhibiciones variadas.

Pero que equilibrio, puede haber en los pacientes, si los servicios y cuidados son insuficientes y ¿cómo eso puede mejorar su calidad de vida? Si no hay un respeto por los deseos del paciente, a veces ni se les escucha, o se les cree aquello que refieren; y deambulan de un lugar a otro, como un juguete sin dignidad, ni sentido de pertenencia, así este o no afiliado; pues cabe señalar, que en ocasiones no se les cree sobre sus síntomas; y solo cuando es tarde, se les detecta las enfermedades, que pudieron haber sido prevenidas o tratadas a tiempo.

¿Qué ocurre con la afectación emocional de todo ese tiempo? ¿Con el trato de esa persona, como si se le hiciera un gran favor por recibirle? Cuando se deben disponer de tratamientos y adaptarlos a las necesidades de los pacientes.

¿Es seguro para una persona tener una afiliación?, ¿los agentes podrán brindarle lo que requiere?, cuidarle lo mayor posible de los efectos colaterales de los psicofármacos, o darle prioridad a sus atenciones, para disminuir o mejorar su deterioro psicofísico.

Cada valor cambia, cuando se involucra el tener, más en aparentar que ser; y es cuando la ética puede ser subjetiva. Porque en principio, puede responder a otras

demandas más agradables. Ante el gran aumento de pacientes, hay que liberar la mayor cantidad posible, al menor consumo; y eso incluye hasta el lenguaje, palabras que inciden de manera efectiva, que no tienen gran costo, pero cuestan emitirlas.

Quiero dejar manifiesto, que las discriminaciones, omisiones e iniquidades, no ocurren en todos los casos; pero existen esos profesionales, que van circulando en hospitales, y forman estudiantes, con las mismas características.

No solo debemos abstraernos, en ese elemento, *el profesional*, sino también el tipo de atención, *frente a los servicios e instalaciones*.

En algo concuerdo con Fromm (1983, p., 76).

Parto de la consideración que el hombre es mucho más destructivo y cruel que el animal. El animal no es sádico, no es hostil a la vida. Pero la historia humana es un documento de la inimaginable crueldad y la extraordinaria destructividad del hombre.

Hay pacientes que se mueren, en el cuarto de urgencias, porque el cirujano no va ese día. O en sus camas de recuperación, porque el médico especialista, no tiene programado ir un día, y si va a hacer un procedimiento, un cirujano va un día a evaluar, el anesthesiólogo con suerte al siguiente, han pasado pacientes días, sin que un anesthesiólogo, los vea para programar su cirugía.

Errar es común, pero jugar con la dignidad y el bienestar de una persona es delicado. Eso es terriblemente desconsolador, especialmente, cuando debe esperar

tiempos prolongados, para cirugías que requieren mayor atención y prevención en tiempos, sin contar, la seguridad de la misma¹².

Todos los servicios, bienes e instalaciones, deben estar disponibles; y ser accesibles, aceptables y de buena calidad (OMS., 2008, p. 5):

- Cada Estado debe tener disponibles un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud y centros de atención de la salud públicos.
- Deben ser físicamente accesibles (deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los niños, los adolescentes, las personas de edad, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables), y también desde el punto de vista económico, sin discriminación alguna. La accesibilidad también comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información relacionada con la salud en forma accesible (para todos, incluidas las personas con discapacidad), pero sin menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- Los establecimientos, bienes y servicios de salud también deben comportar respeto hacia la ética médica y sensibilidad para con los requisitos de género y ser culturalmente apropiados. En otras palabras, deben ser aceptables desde el punto de vista *médico y cultural*.
- Por último, deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.

La ausencia de profesionales, especialistas en los cuartos de urgencias, generales, entristece y desesperanza al paciente.

¹² OMS 2008. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. A pesar del costo eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. A menudo el tratamiento quirúrgico es el único que puede mitigar discapacidades y reducir el riesgo de muerte por afecciones comunes. Se calcula que cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos.

Por muy buen trabajo, que desempeñen las enfermeras, en estabilizar, ese se mantiene mortificado e incluso *desea morir*, o cae en depresiones, que continúan pasando por ello. Es peor, si es un adulto mayor.

¿Qué se le puede decir a un adulto mayor, cuándo esta angustiado entre su dolor, sus enfermedades de base; y la falta de atención oportuna, a los procedimientos requeridos, cuando dice que prefiere morir, a continuar con todo esa ceremonia de burocracia?

El adulto mayor está abandonado, y mal atendido, por personas que desconocen como los afectan a nivel emocional, y así sucesivamente, continúa el círculo de dolor, con sus familiares que lo ven padecer por todo.

La falta de comunicación y la omnipotencia de los profesionales, son un verdadero riesgo, para la salud mental de cualquier paciente. Perjudica la calidad de vida de un ser humano, sin contar la violación de sus derechos humanos.

(OMS., 2008, p., 7) Los derechos humanos son interdependientes e indivisibles y están relacionados entre sí, lo cual significa que el no reconocimiento del derecho a la salud a menudo puede obstaculizar el ejercicio de otros derechos humanos, por ejemplo el derecho a la educación o al trabajo, y viceversa.

La OMS utiliza un baremo empleado, para determinar el impacto de las distintas enfermedades es el AVAD (o DALY, abreviatura en inglés), una medida reconocida, para calcular la carga total de la enfermedad. La medida AVAD/DALY o “años de vida ajustados por discapacidad”

En América Latina y el Caribe¹³, con una esperanza de vida al nacer de 72,9 años, más de 80% de las personas que nacen, vivirán más allá de los 60 años; y un 40% sobrepasará los 80 años de edad.

Argumento por el cual, frente a este crecimiento, los expertos deben reconocer, una concordancia en el servicio, un aumento progresivo manifiesto, prescindir de un posible maltrato, violencia verbal o discriminación.

Sin referir que la depresión, indistintamente de las enfermedades de base, puede ser el problema mental, más frecuente en los adultos mayores.

Se calcula que hasta 30% de los mayores de 65 años tienen depresión, en sus diversas formas de presentación, los niveles de intervención son de 15% a 25% para atención primaria, alrededor de 10% para los hospitalizados con enfermedad aguda, hasta 50% para los hospitalizados por cualquier causa y entre un 15% y 37% para las instituciones. (OMS, 2009, p., 245)

Que significa la no discriminación en salud

(OMS., 2008, pp. 9-10) La no discriminación y la igualdad son principios fundamentales de los derechos humanos y elementos decisivos del derecho a la salud. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (párrafo 2 del artículo 2) y la Convención sobre los Derechos del Niño (párrafo 1 del artículo 2) se enuncian los siguientes motivos no exhaustivos de discriminación: raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, discapacidad, nacimiento o cualquier otra condición social. De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "otra índole" puede incluir el estado de salud (por ejemplo VIH/SIDA) o la orientación sexual. Los Estados tienen la obligación de prohibir y eliminar la discriminación en todas sus formas y garantizar a todos el acceso a la atención sanitaria y los factores determinantes básicos de la salud en condiciones de igualdad. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (art. 5) también proclama que los Estados deben prohibir y eliminar la discriminación racial y garantizar el derecho de toda persona a la salud pública y la asistencia médica.

¹³ OMS 2009. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe.

Es por eso, que nos acercamos a un punto importante, independientemente del temperamento o personalidad del profesional dispuesto, ausente, presente/ausente, plantear elementos, que deben ser interesantes, nos exigen respuestas específicas. Porque hay personas, que desconocen el pacto en la salud mental.

El Pacto se otorga a la salud mental, que a menudo ha sido desatendida, la misma consideración que a la salud física. Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12¹⁴

El tema de la salud, como se menciona, es un problema de políticas, planes y legislación; pero a la vez, un compromiso de respeto, comunicación entre las partes, que brindan el servicio; y las que la reciben, frente a sus deberes y derechos, no solo explícitos por la institución, sino por los que internacionalmente abarcan y no afecten ni la salud física ni mental, principalmente del paciente y sus derechos humanos.

Según la OMS¹⁵ Uno de cada diez pacientes ingresados sufre algún daño evitable. A raíz de ello. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y representantes del sector sanitario de los países miembros anunciaron la creación de un programa para reducir el número de enfermedades, daños y muertes que se registran entre los pacientes cuando se encuentran recibiendo cuidados médicos en un centro hospitalario.

¹⁴ Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. (pp. 12-13)

¹⁵ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr76/es/> 27 de octubre de 2004 | Ginebra/Washington. Consultado (13/02/2015)

El programa, denominado “Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes”, busca disminuir las consecuencias negativas, de los cuidados médicos, según dijo en un comunicado el director general de la OMS, Lee Jong-Wook. “La mejor manera de proteger los avances en salud, hasta ahora obtenidos, consiste en mejorar la seguridad del paciente, en dispensarios y hospitales”.

Eso quiere decir, que este tema le atañe a toda la comunidad, desde los adultos mayores, hasta jóvenes y niños, que requieren atención, en materia de salud y cuidados hospitalarios.

De acuerdo, con un estudio de la OMS, los efectos negativos derivados de la mala atención de salud son, en muchos casos, otras enfermedades, infecciones intrahospitalarias, traumatismos o muerte.¹⁶

La Alianza se crea dos años después de que la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 2002, aprobara una resolución en la que invitaba a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a establecer y consolidar sistemas científicos de vigilancia de los medicamentos, del equipo médico y la tecnología.

¹⁶ El estudio explica que en el mundo existe un índice de efectos adversos de entre el 3,5% y el 16,6% del número de pacientes hospitalizados. En promedio, uno de cada diez pacientes ingresados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte. Y esta situación es mucho más grave en los países en desarrollo, donde millones de niños y adultos sufren problemas crónicos de salud o discapacidades que hubieran podido evitarse, cuando no mueren, debido a errores médicos, transfusiones de sangre sin garantías, medicamentos falsificados o de calidad inferior a la norma y, sobre todo, prácticas inseguras realizadas en condiciones de trabajo precarias. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr76/es/> 27 de octubre de 2004 | Ginebra/Washington. Consultado (13/02/2015)

Pero ¿qué es seguridad del paciente?¹⁷ Que es una cirugía¹⁸ y datos importantes sobre la seguridad de la cirugía (OMS., 2008, p. 5):

- Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias.
- La tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5–5%.
- En los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica.
- El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos.
- Los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados.

Como diría Aristóteles “habiendo, pues, tres diferencias de bienes, unos que se dicen externos, otros que consisten en el alma, y otros en el cuerpo”

Eso es lo preocupante del tema, las actuaciones no se ven, en concordancia con lo que en las estrategias y protocolos indican, o deben seguirse, por el bienestar o mejora de la calidad de vida de las personas, no solo hay un perjuicio, a nivel físico sino mental.

Las investigaciones orientadas, a mejorar la seguridad del paciente, tienen por objeto encontrar soluciones, que permitan mejorar la seguridad de la atención; y prevenir posibles daños a los pacientes.

¹⁷ La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. <http://www.who.int/patientsafety/es/> Consultado (16/02/2015)

¹⁸ OMS 2008 Cirugía mayor es todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor. (p. 4)

Eso conlleva un ciclo de investigación que comprende las siguientes facetas (OMS., 2008, p. 4):

- Determinar los daños¹⁹
- Entender las causas²⁰
- Encontrar soluciones²¹
- Evaluar el impacto²²

Algunos gobiernos promueven un sistema²³, basado en esos aspectos, pero aun así no se les da prioridad a los adultos mayores:

- **Acceso:** Tiene que ver con la posibilidad de que un paciente pueda acceder a un servicio de salud, que no le demoren su consulta, que le den la cita oportunamente, que le atiendan, que tenga un carne de seguridad, que alguien responda por su seguridad en salud, en situaciones difíciles, ya sea por el estado de las carreteras o por la distancia, proporcionan condiciones para que usted, quien sea un usuario, llegue efectivamente a tener acceso a la salud.
- **Calidad:** Es directamente lo que tiene que ver con el paciente; es el requisito y la condición en su atención médica, clínica, de diagnóstico, de intervención o de tratamiento de ser necesario.
- **Eficiencia:** Tiene que ver con todos los mecanismos de gestión, es como ser eficientes, como ser eficaces, como conjugar todos los recursos en salud para que las

¹⁹ **Determinar los daños:** La determinación de los problemas e incidentes que ocurren en la atención sanitaria consiste en estimar el número de pacientes que sufren daño o pierden la vida por causa de la atención sanitaria. Consiste también en identificar cuáles son los eventos adversos registrados (por ejemplo, errores de medicación, infecciones nosocomiales, etc.). Esta información es esencial para aumentar la sensibilización sobre el problema y determinar prioridades. Sin embargo, sólo es el primer paso.

²⁰ **Entender las causas:** Una vez identificados los principales problemas, el paso siguiente consiste en entender las principales causas que favorezcan los eventos adversos que han perjudicado a los pacientes. Debido a la naturaleza compleja de la atención sanitaria, esos eventos no son consecuencia de una causa única. Por consiguiente, es necesario investigar para determinar los principales factores prevenibles en la cadena causal.

²¹ **Encontrar soluciones:** Para mejorar la seguridad del paciente se necesitan soluciones que aborden las causas fundamentales de la atención poco segura. Es necesario identificar soluciones eficaces para conseguir una atención más segura y prevenir posibles daños a los pacientes.

²² **Evaluar el impacto:** Aun cuando se hayan encontrado soluciones de eficacia demostrada en los entornos controlados, es importante evaluar los efectos, la aceptabilidad y la asequibilidad de las soluciones aplicadas en la vida real.

²³ Ministerio de protección social, Bogotá, diciembre 2007

atenciones sean efectivamente eficientes, como sobrevivimos todos en este sector, como hacer el sector más equilibrado, eficiente a prestadores, a aseguradores, al gobierno nacional, como con los recursos que tenemos hacemos eficientes una prestación de servicios.

Es muy curioso este proceso, tiene mayor prioridad, al acceso de las citas si no es afiliado a una EPS²⁴, sino un particular, lo cual incrementa el costo.

¿Qué pasa cuando llega a la consulta?, se encuentra a veces con una recepción arbitraria, completamente abusiva, producto del agotamiento o de su personalidad, para atender personas, que van en una condición de dolencia, indistintamente, si es privado o público. El tiempo de espera, puede oscilar entre una hora hasta 6, esperando ser atendido de manera ambulatoria.

Con respecto a la calidad, un dolor específico, que puede diagnosticar un médico en el extranjero o cualquier médico de cualquier país ajeno a la institución, a simple vista, no puede ser visto por el grupo de expertos, que consideran que el dolor, es simulado. Que requiere de medicación *mínima como analgésico*, que en la mayoría de los casos, es el medicamento por excelencia.

Aun a pesar de requerir exámenes y otorgarlos, viene la violencia verbal, porque no es necesario otorgarlos. Ha habido pacientes, que cuando les han descubierto un cáncer, ya está en fase terminal, por no querer darle la orden, para un examen más detallado.

Cuando ya requiere una intervención, es porque el dolor es crónico y se ingresa por urgencias; sin embargo, los tiempos en la evaluación; y las dudas frente a

²⁴ Entidad promotora de salud.

diagnósticos, que pudieron prevenirse, fueron recursos completamente inexistentes.

La salud pública, está llena de daños asociados a la atención sanitaria²⁵, incidentes relacionados con la seguridad del paciente²⁶, errores²⁷, infracciones²⁸ y riesgos²⁹, por parte principalmente, de los médicos.

Aunque siguen normas y estándares de sus instituciones operativas, aun así, no se deben dispensar de su falta de compromiso, frente a cada suceso, con los pacientes; y lo que acontece posterior, a su mala ejecución.

El tema de la calidad de vida, es algo evidentemente manifiesto, en todos los consultorios, clínicas, hospitales, no todos los expertos concuerdan, con esta mala atención; no obstante, sus funciones deben ser redirigidas a reconocer, que sin el paciente no asumirían su rol, son los unos tan necesarios, como los otros.

De ahí que la prevención, no sea relevante en muchos aspectos, evitaría que pasaran, por todos estos procesos.

²⁵ **daño asociado a la atención sanitaria** es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente. (OMS., 2009, p.16)

²⁶ **incidente relacionado con la seguridad del paciente** es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente. Los incidentes pueden tener su origen en actos intencionados o involuntarios. (Ibídem)

²⁷ **error** es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución. (Ibídem)

²⁸ **infracción** es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente. (Ibídem)

²⁹ **riesgo** es la probabilidad de que se produzca un incidente. (Ibídem)

Es importante incluir, el concepto de la resiliencia, se refiere al grado en que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes. Permite a una organización «recuperar» lo antes posible su capacidad original de desempeñar funciones asistenciales después de que se haya producido un daño. (OMS., 2009, p. 18)

La discontinuidad entre los unos y los otros, los usos mal intencionados, de un lenguaje que debe ser universal, un deber y derecho por parte de todos, detendría en parte, todo este desasosiego que hoy afecta a la salud mental, de todas las personas.

Es una cadena de sucesos, que se pueden evitar; e incluso ahorraría costos para todos, en especial, en el sector sanitario u hospitalario.

La deshumanización médica y hospitalaria, debe ser un acto con significado reversible, que deje de ser el malestar general, de la población a nivel mundial.

Los pacientes y familiares sufren³⁰, frente al mismo, porque lo reconocen como algo, que se instauro dentro de esa etapa; y se escondió para justificar, toda clase de acciones.

Es el desvelo de cada familiar y paciente, que requiere pensar por un instante, en cómo debe proceder, para darle una solución a su malestar físico.

³⁰ OMS 2009 Sufrimiento: la experiencia de cualquier sensación subjetivamente desagradable. (p., 23)

Lo médico y hospitalario con deshumanización, es solo un espejismo surrealista, que no tiene un sentido de amor a la vida y al ser humano. Se requiere de un reconocimiento de las partes, en el mismo proceso, que lleva a una intranquilidad, con un mal fin, para cualquiera.

Los efectos psicológicos y físicos, pueden ser enumerados en términos de salud mental y violación de derechos humanos. Pero como el propósito, es el de repensar sobre las distintas perspectivas, que afectan hoy, y reconstruir un nuevo sistema que interprete, signifique al ser humano, como paciente, familiar, sociedad, profesional, sin el dogma, que afecta a la condición humana.

Me conduce a analizar, la frase inicial; y espero que el futuro, tenga un mejor desenlace, que el que llevamos en este momento, porque puede ser la causa principal, de muchas dificultades y trastornos.

BIBLIOGRAFÍA

Aristóteles (Ed. 1994) *Ética Nicomaquea*. Ediciones Universales

Aristóteles (1969) *La Política*. Ed. Espasa-Calpe

Fromm E. (1983) *El amor a la vida*. Ed. Paidós

Klein M. (1963) *El sentimiento de soledad y otros ensayos. Obras completas Volumen 6*. Ed. Paidós. Argentina

CEPAL (2014) *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*. ISBN: 978-92-1-121880-0 (versión impresa y pdf) / ISBN: 978-92-1-057208-8 (versión ePub)

/ Número de venta / Sales No.: E/S.15.II.G.1 LC/G.2634-P. Copyright
Naciones Unidas

OMS (2013) Estadísticas sanitarias mundiales 2013. ISBN 978 92 4 356458 6
Clasificación NML: WA 900.1

OMS (2009) Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el
Caribe. ISBN: 978-92-75-31632-0

OMS (2009) Marco Conceptual de la clasificación internacional para la seguridad
del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Enero

OMS (2008) Alianza mundial para la seguridad del paciente. Mayor reconocimiento
para una atención segura. WHO/IER/PSP/2008.02

OMS (2008) El derecho a la salud. Folleto informativo. N° 31. Printed at United
Nations, Geneva ISSN 1014-5613. GE.08-41064–June 2008–6,570

OMS (2008) Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial
por la Seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas.
WHO/IER/PSP/2008.07

OMS (2004) Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.
ISBN 92 75 325499 (Clasificación de la NLM: W85)

OPS (2014) Estadísticas sanitarias mundiales 2014. WHO/HIS/HSI/14.1

OPS (2009) Estrategias y plan de acción sobre la salud mental

Ministerio de protección social, Bogotá, diciembre 2007

http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2014/03/140326_whatsapp_whatsappitis_tendinitis_rg. Consultado (16/02/2015)

http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida consultado (16/02/2015)

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr76/es/> 27 de octubre de 2004 | Ginebra/Washington. Consultado (13/02/2015)

http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678%3Aestrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255. Consultado (16/02/2015)

<http://www.who.int/patientsafety/es/> Consultado (16/02/2015)

<http://www.who.int/suggestions/faq/es/> consultado (16/02/2015)



LA Writer