

**Los conflictos de obligación moral en la práctica del profesional médico: una
aproximación desde el concepto de banalidad del mal de Arendt**

Autora: Leidy Tatiana Támara Rivera

Universidad El Bosque

Maestría en Bioética

Bogotá, Colombia

**Los conflictos de obligación moral en la práctica del profesional médico: una
aproximación desde el concepto de banalidad del mal de Arendt**

Ensayo

Autora: Leidy Tatiana Támara Rivera

Tutores: Dr. Boris Julián Pinto Bustamante

Dr. Hernando Augusto Clavijo Montoya

Universidad El Bosque

Maestría en Bioética

Bogotá, Colombia

Aceptación: Firmas del jurado

Nombre:

Cédula:

Nombre:

Cédula:

Nombre:

Cédula:

Dedicatoria:

Este trabajo está dedicado a Dios, a mis pacientes y a mis colegas.

En mi práctica profesional, desde el internado y servicio social obligatorio, se me presentaron cotidianamente situaciones que me generaban angustia, incertidumbre. No lograba comprender esta situación y por lo mismo afrontarla. Solo pensaba en abandonar la práctica profesional. Sin embargo, dentro de mí había algo que me invitaba a cambiar. Este fue el motivo para decidirme estudiar bioética. Fue así como me di cuenta que, dentro de lo que más me generaba esta angustia eran este tipo de conflicto de obligación moral, de responder a las directrices institucionales y, por el otro, a mis pacientes; ¿cómo era posible que no pudiera atender a un paciente por no estar afiliado? En este camino, me encontré con Arendt y su concepto de banalidad del mal, con el que por cierto me sentí identificada; ¿cómo podía yo acomodarme a la norma y hacerme partícipe del sufrimiento de los demás? Pero no es quedarse ahí, sino recordar, enmendar y proponer una alternativa para no hacernos partícipes de este sufrimiento.

Agradecimientos:

A mi esposo que recorrió conmigo este camino desde el inicio, a mis padres que me apoyaron para iniciar y continuar, a mis maestros, en especial al Dr. Boris, porque supieron enfocarme y me dieron las herramientas para comprender tantos aspectos que me causan angustia, en especial este tipo de conflictos de obligación moral.

Tabla de contenido

Resumen.....	7
Introducción	8
Un caso	10
Los conflictos de obligación moral en la cotidianidad médica.....	12
Profesionalismo médico o ética médica	13
Transformación de la medicina en Colombia.....	16
Reflexiones Arendtianas sobre “banalidad del mal”	22
Conceptos Arendtianos para comprender el problema	23
Sistemas burocráticos - Sistema de engranajes.....	23
Responsabilidad personal.	24
Pensar.....	27
El mal para Arendt.....	31
Banalidad del mal.....	33
Propuesta desde el marco teórico de Arendt para afrontar los conflictos de obligación moral en la práctica profesional.....	34
Conclusiones	38
Referencias	41

Resumen

En el siguiente ensayo se propone considerar los conflictos de obligación moral que viven los médicos en su cotidianidad, con el fin de analizarlos y brindar una alternativa de solución a estos mismos, desde la perspectiva de Arendt. El ensayo inicia ilustrando estos conflictos a partir de un hecho sucedido en el contexto colombiano; luego expone el deber profesional de la medicina marcado por el valor fundamental de la vida del paciente y el cambio de valores del sistema de salud a consecuencia de la influencia de la economía de mercado. Posteriormente, se centra en la tan controvertida noción de “banalidad del mal” de Hannah Arendt, concepto que desglosó en sus ensayos recopilados en el libro *Responsabilidad y Juicio*. De sus reflexiones se infiere que la pérdida de la autorregulación del médico, asociada a la pérdida de su capacidad de pensar consigo mismo, lo adhieren al cumplimiento de las políticas organizacionales imperantes en el sistema de salud. Así el médico se hace partícipe del itinerario de sufrimiento de sus pacientes. Finalmente, se brinda una posible propuesta para afrontar estos conflictos de obligación moral a partir de los conceptos de responsabilidad personal y colectiva entresacados del pensamiento de Arendt. También se busca explicar cómo estos aportes contribuyen a la bioética en ese ejercicio reflexivo sobre los conflictos de valores y búsqueda de vías prácticas desde las teorías éticas a las diferentes problemáticas sociopolíticas y tecnocientíficas.

Palabras clave: bioética, teoría ética, responsabilidad legal, desarrollo moral, ética profesional.

Introducción

En el ejercicio de su práctica profesional, el médico se ve enfrentado cotidianamente a conflictos de obligación moral. Un ejemplo de estos conflictos surge de responder, por un lado, como empleado a las exigencias de la empresa y, por el otro, del deber ético del médico para con sus pacientes. Los valores que se expresan en cada una de las dos balanzas, en medio de un sistema de salud encasillado en un modelo económico neoliberal y burocratizado, entran en conflicto. Esto puede suscitar en el profesional de la salud angustia, incertidumbre o dilemas que no solo lo afectan a él, sino que incluso puede hacerle cometer graves males a los pacientes, al atenerse a la norma o pautas que el sistema de salud, de manera silenciosa, va imponiendo mediante las políticas económicas que lo mueven, sin que se pare a pensar sobre el contenido de la norma y los alcances de esta. Al caer en esto, el médico se convierte en una pieza más del engranaje de este sistema de salud cuyo bien supremo no es la persona, con lo cual pierde la capacidad de autorregulación garante del profesionalismo médico: el bien del paciente.

Hannah Arendt, filósofa alemana de origen judío, sobreviviente del régimen Nazi, hizo unas reflexiones sobre lo vivido en Alemania durante esa época. Analizó cómo personas normales, por falta de capacidad de reflexión consigo mismo, cambian rápidamente de valores ateniéndose a las normas que en un momento dado impone una sociedad, lo que lleva a justificarles su conducta conforme al cumplimiento de la ley, la cual se constituye en su máximo deber moral, incluso cuando las acciones van encaminadas al sufrimiento del otro. Esta superficialidad o falta de reflexión fue lo que denominó como “banalidad del mal”.

Lo que pretende este trabajo es comprender, desde el marco teórico de Hannah Arendt y su noción de “banalidad del mal”, los conflictos de obligación moral que se presentan en la práctica cotidiana del médico. Para esto, se parte de un caso sucedido hace poco en el contexto colombiano, como ejemplo de los conflictos de obligación moral a los que se enfrenta el médico y la manera en que los afronta y el resultado de esta toma de decisiones, tanto para el médico, como para los pacientes. Este análisis se realiza por medio de un ensayo en el que se expone la situación del médico a partir de hechos y casos reales, para luego explicar qué son los conflictos de obligación moral, las exigencias éticas del profesional de medicina y, la transformación del sistema de salud en el contexto colombiano que llevó a un cambio de valores y obligaciones

empresariales del médico. Después, se desarrollará el marco teórico de Hannah Arendt sobre su explicación del concepto de “banalidad del mal” en sus ensayos recopilados en el libro *“Responsabilidad y juicio”*, para compararlo con los conflictos de obligación moral que presenta el médico.

Finalmente se presenta una propuesta de las mismas reflexiones de Arendt para afrontar estos conflictos de obligación moral, desde sus conceptos de responsabilidad personal y colectiva. Que lleve a pensar y reflexionar sobre nuestro quehacer médico y lo que se está haciendo en estos momentos.

Pregunta problema:

¿Cómo las reflexiones de Arendt sobre la “banalidad del mal” que pueden ayudar a comprender los conflictos de obligación moral del médico en la práctica cotidiana?

Un caso

Un ejemplo tangible que refleja la problemática del profesional de la salud sucedió el pasado 10 de julio de 2019 en la ciudad de Bogotá, noticia conocida a nivel nacional transmitida por los diferentes medios de comunicación.

Un hombre vendedor ambulante de 57 años perdió el conocimiento en vía pública a pocos metros de un centro de salud. Las personas que se encontraban a su alrededor llamaron al 123¹ para solicitar una ambulancia y, además, acudieron a este centro médico para buscar ayuda. Sin embargo, el profesional de la salud argumentó no poder salir de las instalaciones del centro de salud porque no se les permite y que lo establecido por la ley es llamar al 123 para solicitud de una ambulancia o ayuda prehospitolaria. Nuevamente una patrullera de la Policía acude al centro de salud, solicitando ayuda para este hombre ante un posible “paro cardíaco”, a lo que el médico reiteró no poder salir por norma: “Ni la institución ni la ley... Yo atiendo todo lo que haya de puertas para adentro en mi servicio”. Minutos después, el vendedor murió a pocos metros de las instalaciones del centro de salud (El tiempo-Citynoticias, 2019; El Espectador, 2019). El hijo de este hombre, en entrevista posterior a los medios de comunicación, dijo: “Estando ahí en frente en donde pueden atenderlo y nadie lo ayudó, es absurdo” (CityNoticias, 2019). La jefa médica de urgencias señaló posteriormente al hecho, en respuesta al ser interrogada por un medio periodístico: “Nuestro servicio es intramural y lo que se debe hacer cuando se presenta una eventualidad en vía pública es activar la línea de emergencias 123...” (El Tiempo, 2019). El caso está en manos de la Fiscalía General de la Nación y los Tribunales de Ética Médica, como posible omisión de socorro, debido a que los hechos sucedieron fuera de la entidad prestadora de servicios de salud (El tiempo-Citynoticias, 2019; El Espectador, 2019).

Este es un caso que ejemplifica la magnitud del problema, de un posible desenlace del que cualquiera puede hacer parte. Desconocemos las circunstancias particulares del médico y si esto ocasionó conflicto de obligación moral en él, de responder a su máxima ética médica, o simplemente atenerse a la norma o protocolo institucional o de la ley. La única evidencia que tenemos es el desenlace de los hechos.

¹ El número único de seguridad y emergencias (NUSE), más conocido como “el 123”, es la línea telefónica que reúne todos los números de seguridad y emergencias (Policía, Movilidad, Bomberos, Gestión de Riesgos, Secretaría de Salud) del Distrito Capital en uno solo (Secretaría de Salud de Bogotá).

Este caso citado refleja la problemática de lo que se vive a diario en la práctica médica, en medio de un sistema de salud enmarcado en un modelo económico neoliberal y burocratizado, en el que los valores que regían de antiguo la práctica médica han sido desplazados por el valor económico. No es el propósito de este trabajo juzgar este hecho concreto, sino valernos de él para detenernos a reflexionar sobre los conflictos de obligación moral que se presentan en la práctica cotidiana del profesional de la salud.

Al enmarcarse el médico en este sistema, en el que los valores van encaminados a mirar a la salud como “bien de consumo” y no como una búsqueda del “bien supremo del paciente”, pierde su capacidad de regulación. Porque entra a ser parte de una organización en la que se convierte en una pieza de engranaje, y lo lleva a excusarse en el cumplimiento de la norma sin que se pare a pensar sobre la misma, ni en sus consecuencias. Así, el médico se incapacita para toma de decisiones desde la reflexión de los hechos tanto personales como de los otros.

Incluso, muchos de estos casos causan horror al ser expuestos por medios de comunicación por sus fatales consecuencias; entre estos pueden citarse: los llamados paseos de la muerte, la negación del servicio de salud por la no afiliación al sistema o convenio con la entidad, el retraso en la oportunidad de acceso a un servicio de una especialidad médica o un examen por dificultades en los convenios interinstitucionales, el vaivén de los pacientes de una especialidad a otra sin nadie querer hacerse responsable. Pero no solo lo anterior, pues además el médico afronta y vive en silencio situaciones que le generan angustia entre las cuales están: limitarle el tiempo de atención a los pacientes, restringirle la formulación de medicamentos y exámenes, imponerle metas que se quedan en el papel o que van en contra de sus principios, aumentarle cargas laborales en tiempo o secretariado, todo lo cual tiene que sortear el médico si quiere ver renovado su contrato. De esta manera, el gran perjudicado resulta ser el paciente.

Los conflictos de obligación moral en la cotidianidad médica

En la práctica profesional el médico se enfrenta a conflictos de obligación moral, como señala Arango (2015) en su tesis doctoral. Estos se presentan cuando “el profesional se obliga a dar respuesta a las necesidades del paciente y al mismo tiempo de la entidad de manera que atender a uno significa desatender al otro” (p.116). Estos conflictos de obligación son los que con mayor frecuencia manifiestan los médicos en su ejercicio profesional. Citando a Jamenton, Arango (2015) manifiesta que estos conflictos morales se expresan de distintas formas: como incertidumbre, como dilema o como angustia moral. La angustia moral se presenta cuando se sabe qué valores deben primar, pero hay restricciones para llevarlos a cabo. La incertidumbre moral se da cuando no se sabe qué valores o principios morales deben prevalecer, y se manifiesta en la sensación de que algo no está bien, pero se opta por permanecer en silencio. El dilema moral se expresa cuando dos principios morales aplican, pero un curso de acción excluye al otro. Estos conflictos de obligación moral contribuyen a la falta de motivación, desempeño e integridad del profesional.

Estos conflictos vividos en la cotidianidad médica, que en un principio pueden ocasionar angustia moral, tienden a la normalización con el tiempo y pueden llevar a la incertidumbre moral de no saber qué valores deben primar. Así, resulta más cómodo guardar silencio tanto exterior como interior y atenerse al mero cumplimiento de las normas administrativas con la que se exalta el valor económico. De esta forma, se olvida el verdadero deber profesional: “el mayor interés del paciente”.

La medicina desde antaño constituía una de las profesiones con máxima exigencia ética, como se evidencia en el juramento hipocrático y su máxima premisa “*primun non nocere*”. Pero hoy por hoy, al ser parte de este sistema de mercado, el médico llega incluso a ser partícipes de itinerarios de sufrimientos, de males tan graves como no prestar la atención a una vida potencialmente salvable. Se evidencia, entonces, que la vida y la salud dejaron de ser valores intrínsecos per se, y pasaron a convertirse en valores instrumentales, o medios para una maximización del rendimiento económico. Todo esto ocurre en medio de una burocracia en la que nadie es responsable ante los desenlaces de estas acciones.

Ahora vamos a detallar, por un lado, lo que exige la profesión médica, y por el otro, lo que exige el sistema actual de salud en relación con el contexto colombiano.

Profesionalismo médico o ética médica

A lo largo de la historia, la profesión médica ha sido considerada como una de las profesiones más nobles y, por lo mismo, se le exige los más altos estándares de excelencia moral. Como lo señala Gracia (1998) en su libro *Profesión Médica*, la medicina estaba dentro del selecto grupo de las profesiones auténticas, a la que se le reclamaban los máximos morales, que se le exigían con la autorregulación, evitando así la mala práctica. Esta visión de la medicina se remonta al Juramento Hipocrático (siglo V a. C.) y con el paso del tiempo se fue desarrollando en los códigos de ética médica, como lo señala Arrizabalaga (2007):

El “*primun non nocere*” siendo la norma más antigua de autorregulación del ejercicio de la medicina desde el seno de la propia profesión. Obliga ante todo el autocontrol, así como la vigilancia a fin de evitar o paliar los efectos y las secuelas indeseables derivadas de la práctica médica. Esta norma ha aguantado muy bien el paso del tiempo, y en los tiempos más recientes se ha actualizado y desarrollado en códigos de ética médica y deontología profesional (p.1).

Es esta capacidad de autorregulación, es decir, de decisión por sí mismo, la que regula el actuar médico en su máxima premisa “Primero no hacer daño”. Sin embargo, al entrar en el sistema de mercado empresarial, el médico pasa a ser una pieza más del sistema, perdiendo esta capacidad de autorregulación y acomodándose a la norma impuesta, lo que lo puede llevar a una mala práctica. Esta premisa fundamental ha pasado a lo largo del tiempo a desglosarse y regularse en los códigos de ética y declaraciones médicas ante los constantes cambios que han surgido en la sociedad, los cuales han transformado la manera de ver la medicina y, de la misma manera el actuar médico, buscando que el médico no pierda su autonomía, ni su esencia que es el “bien superior del paciente”. Como señala la Declaración de Lisboa de la Asamblea Médica Mundial sobre los Derechos del paciente, adoptada en 1981, enmendada en 1995, revisada en 2005 y reafirmada en 2015, donde recalca que el eje central del médico debe ser el bien del paciente. Ya desde la introducción se reafirma esta misma idea:

La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente (Declaración de Lisboa de la Asamblea Médica Mundial, 2005, p. 1).

En el caso de Colombia se cuenta con *La Ley 23 de 1981 por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica*, la cual señala en su artículo primero: “El respeto por la vida los fueros de la dignidad humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes” (p.1). En esta misma ley está escrito el juramento médico donde se hace hincapié en ejercer la profesión a conciencia y velar por la salud del paciente, es decir, velar con sumo interés y respeto por la vida humana. Es aquí, donde está escrito el deber máximo del médico, lo que le exige su práctica profesional.

Sin embargo, aunque legisladas y escritas, parece que estas leyes y declaraciones surgen como iniciativas para no perder esa máxima moral inherente a la medicina, pero muchas veces se quedan en el papel frente al sistema de mercado en el que entró la medicina, en el cual otros han venido a ser los valores, como lo veremos más adelante.

Estas máximas éticas basadas en la idea de excelencia, como lo señala Gracia (1998), no solo no proponen al profesional de la salud la no maleficencia (ignorancia, impericia, imprudencia, negligencia), sino que esperan de él una entrega superior de carácter benéfico. Sin embargo, el cambio a lo largo de la historia y las dinámicas propuestas por la cultura y la sociedad, llevaron a la profesión médica a una dinámica de mercado, que la condujo a lo que Gracia denominó una “aguda crisis de identidad”. Este cambio en la mentalidad de la sociedad del bienestar de consumo y la tecnificación, modificó también los valores de la nueva medicina, la cual ahora no se rige por los estándares éticos de la profesión, sino por los valores contractualistas del mercado (Gracia, 1998).

Esta mercantilización de la medicina, como bien de consumo, sumado a la burocratización que ha invadido casi todas las áreas, dejan de lado estos máximos ideales de la profesión médica, como lo afirma Gracia (1998):

La inmensa burocratización que ha sufrido la vida a lo largo de los siglos modernos en especial, las últimas décadas, han podido hacer pensar que los viejos ideales ya no eran necesarios ni convenientes, que un buen profesional era pura y simplemente el que cumplía correctamente su labor, es decir, quien respetaba las normativas legales y vigentes. Craso error, la ley mínimamente puede establecer los mínimos necesarios para una convivencia elemental, los máximos han de quedar siempre al arbitrio de cada uno (p. 35).

Al entrar en esta dinámica de consumo, la medicina cambió la concepción del profesional médico de aquel que cumple su labor a aquel que se limita a seguir las normas institucionales que van encaminadas al valor económico e instrumental. Como lo señala Gracia (1998), al no ser los actores principales sobre su regulación médica, el profesional de la salud asume ahora una responsabilidad jurídica, es decir, su profesión se torna en oficio y retrocede al cumplimiento de mínimos. Sin embargo, sus obligaciones son superiores. Estas se asumen cuando un individuo decide estudiar la profesión, continuarla y terminarla. Se aceptan también libremente a plenitud cuando se realiza el juramento hipocrático, y se cumplen cuando se ejerce la profesión. El no hacerlo causa el descrédito de la profesión (Gracia, 1998), reduciéndola al mero cumplimiento de órdenes.

Las obligaciones son superiores, estas no decaen por el hecho de los órganos de gestión no cumplan o cumplan mal con las suyas, la máxima del profesional que es la beneficencia no tiene límites, o por lo menos no puede tener límites externos, su límite lo da la conciencia... (Gracia, 1998, p. 37).

Esta realidad debe hacernos pensar que estos conflictos de obligación forman parte del día a día, los cuales se observan, entre, por un lado, el deber de responder ante el paciente y, por el otro, el deber de cumplirle a la empresa inmersa en el sistema de mercado. Esto genera esa “aguda crisis de identidad” de los médicos que se manifiesta en la angustia, en la incertidumbre, en el no interés por el otro, en el sujetarse a las normas. Todo esto exige, como lo plantea Gracia (1998), un cambio profundo en el modo de concebir la responsabilidad ética del profesional de la salud, porque la medicina se convirtió en una gran empresa en la que el médico es una pieza más del engranaje; de ahí que la responsabilidad ética de la medicina haya de enfocarse en una ética de las empresas. O, por decirlo de otra manera, en una responsabilidad colectiva, porque

es una empresa inmersa en una sociedad en la que cada uno de los miembros, que son la comunidad misma, deben ser partícipes.

Transformación de la medicina en Colombia

La medicina en Colombia hacia mediados de la década de los noventa transformó su modelo de la medicina francesa al modelo norteamericano que se basaba en sus desarrollos científicos y tecnológicos. Este cambio suscitó conflictos y dilemas éticos por su uso, debido al costo de su aplicación y distribución de recursos, lo que afectó la economía y la misma organización del sistema de salud en Colombia. En la década de los 70 la implementación de la política neoliberal generó cambios en la manera de ver lo económico y lo social del país, y la salud pasó a convertirse en un factor de desarrollo. Dado el aumento de la tecnología y el consiguiente aumento de las demandas de los pacientes, que el Estado no lograba suplir, se hizo el tránsito al modelo neoliberal que fomentó la inversión privada. Lo que dio paso a la creación de la Ley 100 de 1993 como mecanismo para aumentar la cobertura en salud. Sin embargo, desde su creación la Ley 100 presentó contradicciones en principios como solidaridad y universalidad, por un lado, y la eficiencia y productividad, por el otro. El modelo neoliberal introdujo a la salud en una lógica de mercado de libre competencia, cuyo principal propósito es la disminución del gasto público, pasando así a ser la salud un producto de mercado, ya como bien de producción o ya como bien de consumo (Escobar, 2013).

Estas lógicas de mercado afectan la relación médico-paciente, porque afectan directamente el profesionalismo médico en sus cuatro pilares fundamentales: maestría, autonomía, autorregulación y altruismo o servicio social (Patiño, 2004). Estas lógicas de mercado, como lo señala De Currea-Lugo (2010), quedan claramente reducidas a lo material, a la venta de servicios, formas de contratación, baja calidad de los servicios, selecciones adversas de pacientes de acuerdo con su capacidad de pago.

Estos criterios empresariales se enraízan debido a la preocupación por la sostenibilidad institucional, lo cual se evidencia en los argumentos que usan las piezas administrativas, al hablar de racionalización del trabajo, reducción de costos y venta de servicios. Ese funcionamiento empresarial convirtió al paciente en el usuario, no solo en el lenguaje sino

también en el trato, cuyo fin está encaminado a recaudar recursos. Los administrativos tienen un discurso tipo empresarial como la sostenibilidad del hospital, el desarrollo de capacidades de planeación, la administración de recursos y la intervención en la comunidad, apreciadas como mercado. Se crearon capacidades burocráticas y tecnocráticas para procesar las demandas de los intereses privados (Valdés, 2008).

Estas dinámicas de mercado que manejan todas las instituciones prestadoras de salud se evidencian en la revisión de los códigos de ética de algunas de estas mismas. Un ejemplo que traemos a colación es el código de ética de la Cruz Roja Colombiana, seccional Valle del Cauca (s.f), en el que se presentan los principios y valores, por un lado:

...entre sus objetivos tiene el de impulsar al interior de la institución y ante todos los actores y sectores externos, el conocimiento, la formación, la aplicación y el respeto de la Doctrina Humanitaria, Principios fundamentales, los valores humanitarios del Movimiento..., el Derecho Internacional Humanitario, los Derechos Humanos... (p.2).

Pero, por el otro lado, las políticas de calidad y la visión enmarcadas en las dinámicas de mercado que, llevadas a la práctica clínica, están en conflicto con los principios y valores ante enunciados:

... será reconocida como una institución Humanitaria y Neutral, por excelencia, que ejerce liderazgo de acción, prestadora de servicios y ejecutora de Programas Comunitarios autosostenibles con los cuales genera rendimiento social.... tienen como política de calidad ofrecer sus servicios de una manera eficiente, confiable y oportuna a todas las personas que lo solicitan, manteniendo especial interés en las necesidades y expectativas de los usuarios, y mejoras continuas en los procesos” (Cruz Roja Colombiana, seccional Valle del Cauca, s.f, .1).

Como se puede apreciar las entidades de salud conservan, por un lado, los valores inherentes a la práctica profesional en salud, pero, por el otro, se mueven por los valores correspondientes a las organizaciones enmarcadas en una lógica de mercado. De este modo, se crean conflictos al interior de la organización que influyen -aunque no se quiera reconocer- de manera directa en el médico, quien es la pieza clave de primer contacto con el paciente (Arango, 2015). Esta conflictividad de valores se refleja, como lo señala Escobar (2013), en el número de tutelas:

“una muestra de ello se puede evidenciar en el gran número de tutelas y sentencias de la Corte Constitucional que se produjeron como consecuencia de las demandas de los pacientes quienes consideraron vulnerados sus derechos” (p.7). Esta problemática en vez de solucionarse parece aumentar día a día (Abadía y Oviedo, 2009). Como lo expresa la Defensoría del Pueblo (2019), las tutelas con las que se exige el derecho a la salud van aumentando año tras año; en el 2018 se registró el más alto índice de tutelas; cada 54 segundos radicaron una en contra del sistema de salud (El Espectador, 2019).

Aunque las tutelas son un reflejo de estas deficiencias y estos conflictos del sistema, representado en números y documentación, hay algo más de fondo: el sufrimiento que experimentan las personas al ver representado como un bien de consumo a la salud. En el estudio realizado por Abadía y Oviedo (2009) se analizó los significados de esta negación a las personas en el sistema de salud: “Cuando los ciudadanos llegaban a las instituciones de salud, al 17% les fue negada la valoración médica, de las atendidas 24,9% les habían sido negada paraclínicos, y al 45% no tuvieron acceso al tratamiento requerido” (p.5). Las consecuencias del sufrimiento en la negación o fallas en la atención en la salud las agrupan en cinco categorías: primero, prolongación del sufrimiento, al experimentar la sensación de angustia a la espera de atención o de recibir un tratamiento; segundo, complicaciones médicas de salud, como resultado de la búsqueda de atención; tercero, daño permanente, producido por la espera prolongada; cuarto, discapacidad permanente, cuando esta espera ya produjo una discapacidad irreversible; quinta, muerte, que puede estar relacionada cuando las fallas en el sistema producen retraso en todo el proceso y no se llega a un diagnóstico precoz, ni a un tratamiento oportuno, o cuando se busca atención inmediata y el acceso es negado y la persona muere sin haber recibido la atención médica (Abadía y Oviedo, 2009). El atenerse a la norma del sistema constituye una participación de este itinerario de sufrimiento, que puede ser mayor del que reflejan los estudios o las tutelas.

Muchas han sido las propuestas ante estos actos que generan inconformidad e impotencia; como la propuesta en el 2018 por el Procurador General de la Nación Fernando Carrillo, para penalizar la negación del servicio de la salud, quien manifestó que con esta propuesta se pretendía acabar con el denominado paseo de la muerte, argumentando que para el 2017 más de 200.000 tutelas fueron presentadas por la negación de este servicio (Procuraduría General de la Nación, 2018).

Sin embargo, estas propuestas se han quedado ahí, y el sufrimiento de una y otra parte sigue estando presente.

Abadía y Oviedo (2009) comentan en su trabajo que el itinerario de sufrimiento del paciente no solo está relacionado a una mala praxis médica, sino también a la ausencia de un “cuidar del otro” y de la humanidad en la práctica clínica. Los autores se preguntan si esto se relaciona con las restricciones que las compañías de seguros están imponiendo en la autonomía de los médicos colombianos. Sin embargo, la pregunta va más allá, como señalan los mismos autores “¿quién debe ser señalado como responsable de las consecuencias para la vida de una atención inadecuada?” (Abadía y Oviedo, 2009, p. 17) Entendiendo esta atención inadecuada, también como una no atención. Que si bien, se puede juzgar como posible omisión de socorro, hay que comprender el contexto y que el médico está en una ley de mercado, donde él no es la única pieza. Si bien, asume su responsabilidad moral y profesional, se le atenúa el ser parte de un modelo mercantilizado y burocratizado.

Como lo identificaron Molina y Ramírez (2013) en su estudio sobre los conflictos de valores que presenta el sistema de Salud en Colombia, en su análisis identifican, por un lado, lo que ellos denominan: elementos rentistas caracterizados por la axiología neoliberal de la economía de mercado, y por otro, el axiológico del Estado. Sin embargo, si hacemos un análisis más profundo no son los valores axiológicos con los cuales entra en el conflicto el sistema, sino los valores innatos que se le exigen a la profesión médica y, por ende, a todos los profesionales de la salud. Como lo podemos ver en los comentarios de las entrevistas del trabajo de estos autores, en los que se refleja estos conflictos de obligación que presentan los médicos, uno de los médicos entrevistados dijo: “Ya no importa la vida del paciente, ni la calidad de vida, sino el dinero” (p.289), otros profesionales de la salud denuncian como la renovación del contrato queda condicionada “a la obediencia de las normas institucionales dirigidas a lograr metas financieras” (p. 289).

Así, el paciente se convierte en un medio y no en un fin, y los conflictos de obligación moral se convierten en el día a día del médico, donde se ve limitado en su actuar, como lo afirman los autores en una de las conclusiones del trabajo, “el profesional de la salud se ve limitado por la relación laboral autoritaria que restringe su capacidad de decisión” (Molina y Ramírez, 2013). Ante esta realidad, han sido muchos los intentos por mejorar el sistema de salud en Colombia

quedando en medidas paliativas inmediatas, que se quedan en normatividades y en el papel, como la propuesta del gobierno colombiano, en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 cuyo objeto es garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer mecanismos de protección. Sin embargo, su objetivo no ha permeado en nada.

Otra medida que busca restablecer la autonomía médica es el proyecto de ley que intenta actualizar y modificar las normas en materia de ética médica la ley 23 de 1981 que presentaron los representantes y médicos: Carlos Acosta, José Correa y Jairo Cristancho en Julio de este año, manifestando que el proyecto busca:

...brindar una mayor autonomía para toma de decisiones..., pretende que los médicos puedan ejercer libremente su profesión sin presiones para modificar su conducta profesional por terceros, pagadores o instituciones prestadoras de servicios. Así mismo, el proyecto de ley busca que los pacientes también reciben algunos beneficios en cuanto a la atención y el profesionalismo de los galenos. Por lo tanto, se garantiza la libertad del paciente y la autonomía médica. Este proyecto legislativo busca la protección y el respeto tanto para el médico como para los pacientes, así como la promoción de la responsabilidad con la vida y la salud de los colombianos (Cámara de Representantes, 2019).

Sin embargo, este proyecto es solo uno de los pasos que se deben recorrer. Su iniciativa muestra la grave preocupación y la angustia del médico causada por el conflicto de obligación moral, problema que cada día se generaliza y preocupa a la comunidad médica, a la comunidad en general. Como lo han manifestado médicos y asociaciones gremiales como la Federación Colombiana de Medicina y el Colegio Médico Colombiano, mediante diferentes comunicados de opinión y entrevistas donde expresan la preocupación de las circunstancias que acompañan a los médicos colombianos en medio de este sistema neoliberal y mercantilista. Como dice el presidente del Colegio Médico Colombiano (CMC), Roberto Baquero, en junio de este año en una entrevista a la revista Semana (2019):

El médico tiene el doble de posibilidad de suicidarse..., la situación de muchos profesionales es una situación desesperada, de angustia... Este sistema que tiene muchos problemas, pone a que el mismo médico general que esté ahí, el médico rural,

el mismo médico especialista sea la cara ante un paciente que está furioso porque no está haciendo atendido o porque se demoró la atención... Hemos encontrado cifras que nos tienen muy asustados: casi un 30 por ciento (de los médicos) llega a pensar aunque sea una vez al mes “ya no me interesa el paciente”, dentro de este 30 por ciento hay un 20, un 15 por ciento que lo piensa una vez a la semana, y algunos lo piensan todos los días, eso es lo que nos tiene preocupados (Video Revista Semana, 2019).

Lo anterior evidencia que el médico es una persona normal, común y corriente -no es un superhombre o supermujer-, reflejan la naturaleza humana del médico, que necesita de un trato digno y de la recuperación de su profesionalismo médico centrado en la capacidad de autorregulación. El médico no debería tener miedo a salirse de la norma, a no cumplir las órdenes impuestas con otros valores diferentes a su actuar médico, por miedo a perder su empleo o ser sancionado, o no recibir apoyo por determinada acción. Esta capacidad de autorregulación es la que exige del médico sus máximos ideales éticos, que son los que se esperan de él y la responsabilidad moral en su actuar. Si pierde esta capacidad, se convierte en una persona común (que lo es) pero sin la capacidad de pensar, y por lo tanto, cambiante de valores según las circunstancias impuestas convirtiéndose en una pieza más del sistema. Pero, esta autorregulación de sí mismo es solo una parte, porque en medio del sistema que es la realidad se necesita de una autorregulación colectiva, entre colegas y entre la misma sociedad.

Esta es la realidad, se necesita comprender por qué el médico ha perdido esa capacidad de autorregulación en el ejercicio de reflexión frente a los conflictos de obligación moral. Al dejarse llevar en la mayoría de las situaciones y casos por los deberes para con la empresa, en el cumplimiento de la norma o protocolos, dejando así sus valores esenciales de lado y su deber profesional, experimentado así la angustia o la incertidumbre, o incluso llegar al punto de no experimentar nada. Para comprender esta situación se expone la perspectiva de Hannah Arendt y su concepto de banalidad del mal, y las reflexiones sobre el tema. Para finalmente, proponer un posible camino de solución.

Reflexiones Arendtianas sobre “banalidad del mal”

Hannah Arendt ha sido una de las filósofas más importantes del siglo pasado; su obra ha sido expuesta y trabajada por muchos filósofos. Su pensamiento y reflexiones han sido llevados a la filosofía política, a la ética, a la filosofía del derecho, etc. Para tratar de aplicar su pensamiento a los conflictos de obligación moral que se presentan en el ejercicio profesional médico, se va a exponer su pensamiento teórico extraído de su obra *Responsabilidad y Juicio*, una recopilación de ensayos posteriores a su libro *Eichmann en Jerusalén*, editados por Jerome Kohn en 2003 y reeditado en 2007. En este texto Arendt explica y analiza su tan controvertido concepto de “banalidad del mal”. Para Arendt la banalidad de mal se revela por la falta de juicio o capacidad para pensar consigo mismo, que caracteriza al hombre como persona. Al carecer de esta capacidad de pensamiento se cae en la superficialidad, en el seguimiento de normas morales socialmente aceptadas sin pensar en lo que implican y, en consecuencia, se da un cambio de valores impuesto externamente, llegando a argumentar que el cumplimiento de la norma o la obediencia caracterizan el máximo deber moral. En su pensamiento, Arendt enfatiza cómo fácilmente nos excusamos en el sistema, con el argumento de que, si yo no lo hubiera hecho, otro lo hubiera hecho en mi lugar. Por tanto, muchas veces se cometen graves males sin tener una mente ni un corazón malvado. Lo anterior explica su concepto de “banalidad del mal”, y a su vez nos puede llevar a comprender los conflictos de obligación moral en la cotidianidad del médico y las decisiones del profesional que se ven reflejadas en hechos y en las manifestaciones que se derivan de estos actos.

Ese diálogo interno consigo mismo o capacidad de juicio, según Arendt (2007), cuando se hace bien y sin querer engañarse, nos lleva a buscar el bien del otro, incluso a preferir sufrir la injusticia que hacer injusticia. Esa reflexión consigo mismo debe convertirse en la autorregulación del médico, que ha de ser el primer paso para ese “*primun non nocere*” o “buscar el máximo interés del paciente”, como deber ético que exige la profesión médica.

Conceptos Arendtianos para comprender el problema

Sistemas burocráticos - Sistema de engranajes.

Las burocracias no son el gobierno de la ley ni el de los hombres, sino el de anónimos despachos o computadoras cuyo dominio totalmente despersonalizado puede acabar siendo una amenaza mayor para la libertad y para ese mínimo de cividad sin el que ninguna vida en común es concebible (Arendt, 2007, p.38).

Una parte no ajena a nuestra realidad es que nos encontramos en un mundo burocratizado, en el que nuestro sistema de salud se mueve bajo esta dinámica y en el que la tecnología y el afán de regulación de tiempo y de dinero llevan a que toda la responsabilidad recaiga sobre despachos o software impersonales, como lo afirma Arendt. Al quedar inmersos en este sistema, nadie se responsabiliza de nada y el sufrimiento de los pacientes queda marcado por la espera o las fallas en el sistema de salud. Al mismo tiempo, esta despersonalización, en la que no se mira a la cara al otro y no se es consciente de su sufrimiento, no puede menos que llevar a la pérdida de reconocimiento de los miembros de una comunidad, de mi comunidad y, asimismo, de la propia pertenencia a una comunidad. En estos sistemas burocráticos lo que se quiere es evadir responsabilidades: “donde todos son culpables nadie lo es” (Arendt, 2007, p.52). De este modo, entramos en el sistema de engranaje porque “estos sistemas burocráticos se basan en que las personas sean usadas como piezas” (Arendt, 2007, p. 59). Al excusarse en la norma, se evade la responsabilidad y, así, se llega a convertir a las personas en crueles e inhumanas.

...penetrar en la esencia de la burocracia y su inevitable tendencia a hacer funcionarios de los hombres, meras piezas de engranaje de la maquinaria administrativa, logrando así deshumanizarlos... En una burocracia perfecta -que en términos de gobierno es el gobierno de nadie-... La razón de esos procedimientos judiciales pueda suscitar cuestiones específicamente morales; esas personas no son criminales corrientes, sino más bien personas muy corrientes que han cometido delitos con mayor o menor entusiasmo simplemente porque hicieron lo que se les había dicho que hicieran (Arendt, 2007, p.82).

Estas ideas desarrolladas por Arendt concuerdan perfectamente con los conflictos de obligación moral que afronta el profesional de la salud. El médico es una persona corriente que, al hacer parte de esta dinámica, participa en este modelo de mercado que desdibuja el deber ético de la medicina, y en el día a día se llegan a cometer actos de crueldad sin quererlo, como no darle la debida atención a un paciente o no darle siquiera la atención. Como se evidencia en una entrevista en la tesis doctoral de Ardila (2016):

...si un paciente lo necesita y no lo hacen por no pasarse, eso da tristeza y es como ir en contra de todo lo que le han enseñado y de la ética del médico. Uno era: “¿será que esto lo pido o no lo pido?, ¿Qué hago?” y había pacientes que por las mismas cosas terminaron mal, o sea pacientes que yo vi con claudicación intermitente, lo refería hace 6 años, todas las historias lo decían, y nunca le tomaron el Doppler. Cuando yo se lo tomé ya estaban totalmente ocluidas todas las arterias (p.96).

Con la excusa de cumplir la norma y “metas” para no ser reemplazado en el engranaje, el médico termina haciéndose una pieza del engranaje. Como lo recalcan Molina y Ramírez (2013), ya no importa el paciente, ni la debida atención de este, sino el dinero. La nueva contratación queda supeditada a la obediencia de las normas institucionales dirigidas a lograr metas financieras. Así, se va acostumbrando a este cambio de valores sin hacer el juicio o la reflexión sobre la norma y las consecuencias de estas pueden ser el miedo a los posibles resultados: “...Es como una amenaza, encima de uno, que si uno no produce pues lo sacan. Empieza a ser la profesión médica más un negocio que en realidad lo que tendría que ser” (Ardila, 2016, p.121). Y este continuo conflicto, con el tiempo tiende a normalizarse hacia el cumplimiento de la norma organizacionales y, finalmente, se termina por no pensar; entonces, ya no se generan conflictos.

Responsabilidad personal.

Sin embargo, Arendt (2007) señala que ser parte de un sistema o ser pieza del engranaje no exime de la responsabilidad que se tiene por tomar la decisión de ser parte del sistema. La culpa o la inocencia es individual, según la toma de decisiones que cada uno hace; por tanto, “en una responsabilidad personal, no existe en absoluto la culpabilidad colectiva ni la inocencia colectiva” (Arendt, 2007, p. 58). Esto que parece tan evidente, se desdibuja y pierde su claridad cuando se enmarca en un sistema de engranaje. Esta responsabilidad personal es algo marginal

al sistema, aunque si bien hay atenuantes por el contexto, como dijeron los jueces en el juicio de Eichmann, se juzga la acción de la persona: “en un tribunal no se juzga ningún sistema, ni la historia, sino a una persona” (Arendt, 2007, p.60).

Pero esta culpa individual va más allá de un tribunal o juzgado, porque tenemos que vivir cada día con nosotros mismos. Vivimos cada día con el remordimiento por ser parte del sistema, reflejado en la angustia, en la frustración. Estos conflictos de obligación moral se observan en el ejercicio profesional cotidiano del médico, como se evidencia en un comentario de un médico entrevista por Ardila (2016):

... ellos dicen que están ACREDITADOS (...) pero para uno como prestador del servicio es perverso porque viene el cuento de su política de calidad “errores cero” entonces “doctores ustedes tienen que hacer una excelente anamnesis, 5 minutos anamnesis, 5 minutos examen físico, 5 minutos anotando, ahí van 15, le quedan 2, mientras llega y mientras se va”. Yo reto a un buen médico, o por lo menos a un médico honesto... ¡No! finalmente lo que aquí se maneja es el motivo de consulta, entonces si el paciente lo primero que abrió la boca fue “doctor es que me duele la cabeza”, “¡listo! dolor de cabeza, ¿desde hace cuánto? Ta, ta, ta”, “ay doctor pero es que también...”, “pase a la camilla, tenga la bondad, tun, tun, tun... tome para su dolor de cabeza, chao” (p.75).

Este párrafo refleja la culpa individual por no atender al paciente como se debe, sino ceñirse a las normas y lo que estas van imponiendo. Al inicio se entra en esta conflictividad, pero con el tiempo este actuar médico se va normalizando, y cuando se comete un error grave por las mismas presiones del sistema, viene la justificación en la misma norma. Como lo señala Arendt (2007), los acusados en los juicios dijeron para excusarse: “si no lo hubiera hecho yo, cualquier otro lo hubiera hecho” (p. 59). Al ser parte de un sistema en el que hay unas normas o leyes, podríamos excusarnos en que es culpa del sistema, que en cierta parte lo es, pero hay algo más profundo y valdría la pena preguntarnos como Arendt (2007) “¿quiere ello decir que nadie más podía considerarse personalmente responsable?” (p.59).

En el juicio de Eichmann, Arendt (2007) comenta que la responsabilidad es personal porque no se juzga como funcionario, sino como individuo ante un tribunal o una sociedad:

...La pregunta formulada por el tribunal al acusado es: “usted, fulano de tal, individuo con nombre, fecha y lugar de nacimiento, identificable y por tanto, no ignorable, ¿cometió el delito del que se le acusa? y ¿por qué lo hizo?” si el acusado responde: “no fui yo como persona quien lo hizo, yo no tenía ni la voluntad ni el poder de hacer nada por mi propia iniciativa; yo era una simple pieza del engranaje, completamente prescindible, cualquiera en mi lugar lo habría hecho; que yo me halle ante este tribunal es un accidente”, semejante respuesta será rechazada como inconsistente (p.60).

Es aquí muy claro que la responsabilidad personal o moral es obligación de cada uno y, en este punto, cabe preguntarse como lo hizo Arendt (2007) si se es más responsable por permanecer en el puesto independientemente de las condiciones y de las posibles consecuencias, que cuestionar la orden o la norma.

...el significado moral del asunto no se entiende en modo alguno calificando lo sucedido... contando los millones de víctimas... Se entiende sólo cuando nos damos cuenta de que esto ocurrió dentro del marco de un orden legal... Y aquellos actos no fueron cometidos por forajidos, monstruos... sino por los más respetados miembros de una sociedad respetable (Arendt, 2007, p. 69).

En este momento, Arendt (2007) recalca que es como si la moral se restringiera al sentido original de la palabra, como un conjunto de costumbres o maneras, que pueden reemplazarse por otro conjunto sin más dificultad, como se cambian los comportamientos de urbanidad de la mesa de todo un pueblo. La ética y la moral son más que costumbres, hay que tener en cuenta que, primero, hay una distinción entre lo correcto y lo incorrecto. Segundo, todo ser humano en su sano juicio está capacitado para hacer esta distinción.

En esta capacidad de distinción está el sentido común, que para Arendt (2007), nace del trato con los demás, al igual que el pensar nace del trato con uno mismo. Sin estos dos, se presenta la incapacidad para relacionarse con los demás mediante la reflexión: “ahí radica el horror y, al mismo tiempo, la banalidad del mal” (Arendt, 2007, 150). Pero la realidad es que, al entrar en la dinámica del sistema, el médico pierde su autonomía, y si pierde ésta, pierde su capacidad de autorregulación y el sentido común se ofusca. Así, es más cómodo ceñirse a la norma y hacerse participe del sufrimiento del otro: “...describiendo a sus colegas..., René decía que es gente

que no se estresa, que mantiene siempre: “no, pues que embarrada con el paciente” pero ya. Triste volverse de ese pensamiento y llegar a tener esa actitud...” (Ardila, 2016, p. 114).

Ante este escenario, y muchos otros ejemplos de conflictos de obligación moral vividos por el médico en su cotidianidad, es evidente que entra la responsabilidad personal. Arendt (2007) se plantea dos preguntas ante el escenario vivido en la Alemania Nazi, al observar cómo un pequeño grupo no participaron y la inmensa mayoría se hicieron partícipes sin más de lo propuesto por el régimen, incluso llegando a traicionar a los propios amigos:

Primera, ¿en qué sentido fueron diferentes aquellos raros individuos que no colaboraron en ningún aspecto de la vida ordinaria y se negaron a participar en la vida pública, aunque no fueron capaces de rebelarse activamente? Y la segunda, si aceptamos que quienes sirvieron en cualquier nivel y con cualquier grado de responsabilidad no eran simplemente unos monstruos, ¿qué es lo que les hizo comportarse como lo hicieron? ¿con qué argumentos morales, ya no legales, justificaron su conducta tras la derrota del régimen y la quiebra del “nuevo orden” con su nueva serie de valores? (Arendt, 2007, p. 70).

Ante estas preguntas planteadas por Arendt (2007), ella misma dio respuesta al considerar que los no participantes fueron los únicos que se atrevieron a juzgar por sí mismos. El criterio de los no participantes fue que se preguntaron hasta qué punto podrían seguir viviendo en paz consigo mismos. En este orden de ideas, escogieron también morir cuando fueron obligados a participar. Es aquí donde se deriva la capacidad de pensar, de cuestionar la norma y de examinar si esta concuerda con la propia vida.

Esta perspectiva de Arendt nos lleva a plantearnos que la primera parte para generar un cambio en las dinámicas del sistema o no dejarse llevar por la masa de valores impuestos por el exterior, es detenerse a pensar, juzgar por sí mismo la norma y el actuar, para afianzar los valores derivados de esta reflexión y ser capaz de preguntarse si se podría seguir viviendo en paz consigo mismo ante determinada situación. Pero ¿qué es pensar para Arendt? Vamos a verlo.

Pensar.

Para Arendt (2007), la capacidad de pensar no está restringida solo a un selecto grupo de la humanidad, ni para un intelecto altamente desarrollado, sino que es más bien:

...la disposición a convivir explícitamente con uno mismo, tener contacto con uno mismo, esto es entablar ese diálogo silencioso entre yo y yo mismo que, desde Sócrates y Platón, solemos llamar pensamiento... La línea divisoria entre los que quieren pensar y, por tanto, han de juzgar por sí mismos, y quienes no quieren hacerlo atraviesa todas las diferencias sociales culturales y educacionales... Quienes aprecian los valores y se aferran a las normas y pautas morales no son de fiar: ahora sabemos que las normas y las pautas morales pueden cambiar de la noche a la mañana y que todo lo que queda es el hábito de aferrarse a algo. Los mejores de todos serán aquellos que sólo tengan por cierta una cosa: que, pase lo que pase, mientras vivamos habremos de vivir con nosotros mismos (Arendt, 2007, p. 71).

Es importante resaltar que Arendt (2007) considera que estas personas que establecen este diálogo consigo mismas, “nunca pasaron por nada parecido a un conflicto moral o una crisis de conciencia” (Arendt, 2007, p.98). Las personas que no participaron en el régimen analizaron los pros y los contras de su decisión, incluso con el miedo a las consecuencias de ir en contra del sistema; sabiendo que se jugaban incluso la propia vida, no dudaron que estas normas y políticas iban en contra de ellos, que traicionaban a los otros, pero sobre todo a sí mismos, “No sintieron una obligación, sino actuaron con arreglo a algo que para ellos era evidente, aunque hubiera dejado de serlo para quienes les rodeaban...” (Arendt, 2007, p. 98). Era un “no puedo”, no solo un “no debo” por obligación, sino simplemente un “no puedo hacerlo” porque iba en contra de sí mismos.

Arendt afirma que estas personas se encuentran en todos los estilos de vida y clases sociales. Tienen una argumentación que es muy sencilla, sin conflicto, simplemente actúan conforme a lo que les dicta su reflexión: “no puedo, prefiero morir, porque la vida no tendría ningún valor después de hacerlo” (Arendt, 2007, p.254). Estas personas son las únicas dignas de confianza. Aquí se podría decir que el médico digno de confianza es aquel que no traiciona su deber ético profesional, su capacidad de autorregulación, su “*primun non nocere*”.

Sin embargo, como bien insiste Arendt (2007), “el pensar no está entre las actividades más frecuentes y comunes de los hombres, pues exige un esfuerzo del trato consigo mismo en el diálogo silencioso, donde nos apartemos de ruidos externos” (p. 109). Pensar implica esfuerzo, y el primer esfuerzo es enfrentarse consigo mismo, para poder hacer frente a los demás con

argumentos y con la dignidad debida, no imponiendo a la fuerza el propio razonamiento. Además, pensar es un ejercicio constante, que involucra todos los aspectos de nuestra vida; pero es más cómodo seguir valores y ruidos externos que adormecen la conciencia y que quieren a toda costa que el hombre no se pare a pensar. Arendt (2007) nos va a decir en qué consiste pensar:

El pensamiento como actividad puede darse a partir de cualquier hecho; está presente cuando yo, tras observar un incidente en la calle o verse implicado en algún acontecimiento, empiezo a reflexionar sobre lo ocurrido, contándomelo a mí mismo como una especie de historia, preparándola de este modo para su ulterior comunicación a otros, etc. Esto mismo es más verdad aún, por supuesto, si el tema de mi reflexión silenciosa resulta ser algo que he hecho yo mismo (p.110).

Esta actividad de pensamiento inicia con la reflexión de los hechos y de las normas, tanto personales como de los sucesos que han vivido los otros, en la que se analizan los detalles, se miran las consecuencias y se percibe claramente si soy capaz de vivir conmigo mismo; para esto hace falta evaluar los valores que deben primar en cada una de las situaciones. En el caso del profesional de la salud, este debe examinar si las decisiones o cursos de acción no van en contra del deber ser médico.

Como recalca Arendt (2007), para Sócrates es en ese diálogo silencioso de mí mismo donde se demuestra mi cualidad específicamente humana. No solo como seres racionales sino como seres pensantes y “que renunciarían a todas sus demás ambiciones y sufrirían incluso injurias e insultos antes que perder esa facultad” (p. 109). Para este ejercicio de pensamiento, es necesario acudir a la experiencia, a lo vivido; Arendt resalta que la preocupación de Sócrates era enseñar la virtud al hacer pensar sobre la misma, y ejercitarse en ella, no solo cumplirla por cumplirla. Entendida la virtud como “modos de ser de la persona que expresan su excelencia” o como “valores interiorizados, vividos encarnados en nosotros, efectivos” (Etxeberria, 2019, p. 138). La virtud no es algo propio de la acción, sino del sujeto que lo capacita para optar por el bien. Las virtudes interiorizadas y reflexionadas, señala Etxeberria (2019), son esenciales en el ejercicio del profesional de la salud.

Para esto se requiere el ejercicio de hacer pensar como hacía Sócrates, quien, en su intento por despertar a los otros, enfatizaba que todos somos iguales, puesto que todos tienen la capacidad

de pensar por sí mismos. A Sócrates se le comparaba con el aguijón que despierta al que va durmiendo por la vida, para que examine sus asuntos. O con la comadrona que ayuda a salir al niño del vientre materno, ya que la capacidad de pensar por sí mismo ayuda a liberar de prejuicios no analizados impuestos por otros. Y finalmente, se le comparaba con el torpedo que paraliza, porque el que piensa por sí mismo socava los criterios establecidos y porque cuando los pensamientos se congelan, no son pensados ni reflexionados y resulta tan cómodo valerse de ellos mientras se duerme (Arendt, 2007, pp.172-174).

Los que participaron en el régimen Nazi se excusaron en la norma, se limitaron a la obediencia de la norma. Simplemente cambiaron su sistema de valores por otro. Arendt (2007) señala que “toda organización exige obediencia a los superiores, así como obediencia a las leyes del país, negando así implícitamente la facultad humana de juicio o, en algunos casos sorprendentemente raros, el miedo” (p.72). Aquí puede entrar el papel de médico en el contexto actual que va perdiendo los valores inherentes a su ética profesional y se deja llevar por el sistema y su juego de valores. Con el tiempo, en medio de una sociedad más marcada por el consumismo y bienestar, el médico va adormeciendo su deber ser y su conducta, como lo señala una médica pediatra, entrevistada por Ardila (2016):

En su rol como pediatra intensivista de una de las más grandes clínicas de Cali, Dulce recibía residentes de diversas especialidades médicas en su servicio. Ella ha notado un cambio en las nuevas generaciones de residentes y las anteriores. Para mí, desde que estaba haciendo la residencia, el paciente era MI PACIENTE y si estaba muy malito uno se le pegaba toda la noche, aunque no estuviera de turno, porque había ese interés. Ahora... es como si no fuera su paciente, como que les pesa... (p. 79).

El pensar trae contradicción porque el analizar la situación, deliberar sobre ella, siempre causa perplejidad, al encontrarse que muchas cosas no son como deberían ser y al darse cuenta de que pensar es un ejercicio continuo que nunca para. Al generar esta contradicción, se generan molestias tanto para uno, como para el entorno que rodea; entonces, resulta más fácil acomodarse a las cosas impuestas y finalmente acostumbrarse a no reflexionar. Una actitud irreflexiva es conveniente a “las cabezas” o “líderes” que buscan oprimir o ganancias secundarias. Como lo señala Arendt (2007):

Al sustraer a la gente de los peligros del examen crítico, se les enseña a adherirse inmediatamente a cualquiera de las reglas de conducta vigentes en una sociedad dada y en un momento dado. Se habitúan a las reglas. En otras palabras, se acostumbran a no tomar nunca decisiones (p.175).

Lo mismo pasa con los médicos que se acostumbran a no tomar decisiones sobre los propios valores y los valores externos. Y es así como llega a cometer graves males, engañándose a sí mismo, creyendo que actúa bien porque cumple la norma, sin pensar en lo que le dicta su deber ético y profesional, con lo cual viene a participar del itinerario de sufrimiento de miles de personas, aun cuando no quiere hacer daño. De esta forma, es como se da la banalización del mal, en la que “no hay estupidez, sino una curiosa y absolutamente auténtica incapacidad para pensar” (Arendt, 2007, 161).

Aquí es preciso aclarar qué entiende Arendt por mal.

El mal para Arendt.

Arendt (2007) afirma que ningún filósofo moral ha creído realmente que el hombre pueda querer el mal por sí mismo. “El mal no puede ser hecho voluntariamente por su “estatus ontológico”, el mal consiste en una ausencia, en algo que no es” (p.176); el mal es la ausencia de bien. Nadie desea ser malvado, y aquellos que pese a todo actúan con maldad caen en *absurdum morale* en un absurdo moral. Quien así obra está realmente en contradicción consigo mismo, con su propia razón, y, por consiguiente, según las propias palabras de Kant, debe despreciarse a sí mismo. Sin embargo, el hombre puede mentirse a sí mismo, autoengañarse y confundir o adormecer su conciencia. Por eso, Kant, a quien cita Arendt (2007), sostiene que, “la verdadera “llaga o mancha” de la naturaleza humana es la facultad de mentir” (p. 85), o en palabras de Dostoievski: “ante todo, no te mientas nunca a ti mismo” (p. 86). Este engaño a sí mismo, es lo que lleva a confundir los criterios y dejarse llevar por lo que representa un “bien” inmediato personal. “La triste verdad de la cuestión es que la mayoría de las veces el mal es hecho por gente que nunca se había planteado ser buena o mala” (Arendt, 2007, p.177).

...se le está negando muchas cosas a la gente; entonces uno está volviendo a ver la tuberculosis, estamos llenos de tuberculosis porque se ha dejado de hacer cosas y de

diagnosticar y de hacer tratamientos oportunos; el cáncer llega hasta sus últimos estadios porque ya no se le puede ordenar al paciente la endoscopia, la colonoscopia, la ecografía... o porque no se lo autorizan, entonces el paciente termina mal, con la enfermedad gravísima avanzada porque no se le puso cuidado desde el principio. Y no es porque el médico sea malo; uno como médico sabe qué tiene que hacer y sabe que tiene que prevenir, pero vaya a ver si se lo autorizan o vaya a ver si no lo sacan de la entidad antes de que uno esté ordenando cosas para la gente (Ardila, 2016, p. 117).

Arendt (2007) analiza cómo todas las proposiciones morales son una relación del hombre consigo mismo, en la que está presente el criterio del yo, pero bien llevada a cabo, la reflexión me lleva siempre a los demás. En el verdadero diálogo consigo mismo se evidencia una ausencia de egoísmo y, por el contrario, un acercamiento al otro, en el sentido de “ama al prójimo como a ti mismo”, “no hagas a los demás lo que no quieres que te hagan” o “actúa de tal manera que la máxima de tu acción pueda llegar a ser una ley general para todos los seres dotados de razón”.

Por otra parte, “se suele equiparar la maldad humana a alguna clase de egoísmo o egocentrismo...” (Arendt, 2007, p. 96). Para evitar el mal es necesario esta capacidad de pensar sin buscar engañarse; “quien obra mal no será un buen interlocutor para ese diálogo” (Arendt, 2007, p. 108), porque si no se para a pensar, siempre se quedará en la superficialidad, buscando engañarse y engañar a los demás o justificándose en la mentira para seguir obrando mal. De ahí que quien obre así no puede mantener ese diálogo consigo mismo.

Obrar mal significa malograr esta capacidad; la manera más segura para no ser nunca descubierto y evitar el castigo, y no volver a pensar en ello nunca más. Por la misma razón, podemos decir que el remordimiento consiste ante todo en no olvidar lo que uno ha hecho (Arendt, 2007, p.110).

Punto importante el que toca nuestra autora: el remordimiento. Ante las consecuencias de una mala decisión, el remordimiento refleja que mi actuar o decisión no estuvieron de acuerdo consigo mismo o que no pensé sobre este. Nadie está exento de error, de equivocarse; no se nos pide impecabilidad, sino reconocer la equivocación y poner los medios para no volverla a cometer, y el primer paso para esto es la capacidad de pensar sobre el hecho cometido. Para Arendt (2007) es fundamental la conexión entre pensar y recordar, porque “nadie puede recordar lo que no ha pensado a fondo mediante la conversación consigo mismo al respecto” (p.110). Se

puede renunciar a pensar y recordar, y seguir siendo, con todo, un ser humano bastante normal, recalca Arendt (2007). Pero esto es gran peligro no sólo para sí mismo, sino para los que viven alrededor, y este peligro aumenta con personas con mentes brillantes pero incapaces de pensar. “Si me niego a recordar, estoy realmente dispuesto a hacer cualquier cosa (al igual que mi coraje sería absolutamente temerario si el dolor, por ejemplo, fuera una experiencia inmediatamente olvidada)” (Arendt, 2007, p. 110). Si nos negamos a recordar los errores que se cometen desde la experiencia médica, estamos dispuestos a cometerlos una y otra vez; si nos olvidamos del deber ser la medicina, podemos llegar a ir haciendo simplemente lo que salga, acomodándonos a lo impuesto, como lo relata un médico desde su experiencia: “... uno como que en cierta manera olvida el verdadero sentir, digámoslo así, de lo que es el médico y la relación con el paciente, y se encamina más bien a cumplir sus metas y a tratar de canalizar sus frustraciones” (Ardila, 2016, p.101).

Es aquí donde todos podemos aprender a pensar, al conocer y escuchar tantos ejemplos como médico, paciente o familiar. Pero se trata de recordar no con resentimientos, sino con el remordimiento de querer enmendar mi conducta, para no repetir una y otra vez la historia, como asegura Arendt (2007):

Los mayores males que conocemos son aquellos realizados porque no han pensado en el asunto y sin memoria no hay nada que pueda contenerlos. El mayor mal no es radical, no tiene raíces, y al no tenerlas no tiene límites, puede llegar a extremos inconcebibles (p. 111).

Banalidad del mal.

Todo lo anterior es una explicación de Arendt (2007) a su tan controvertido concepto de banalidad del mal; en síntesis, “el problema radica precisamente en el hecho de que para causar un gran mal no es necesario un mal corazón” (p. 165). Veamos con sus propias palabras, el surgimiento y la definición de banalidad del mal:

Hace algunos años, en mi reportaje sobre el proceso de Eichmann en Jerusalén hable de “la banalidad del mal” ... cuya única nota distintiva personal era quizás una extraordinaria superficialidad. ... no era estupidez, sino una curiosa y absolutamente

auténtica incapacidad para pensar... no tenía ni la más mínima dificultad en aceptar un conjunto enteramente distinto de reglas ...Esta total ausencia de pensamiento atrajo mi atención. ¿Es posible hacer el mal, los pecados de omisión y también los de comisión, cuando faltan no ya sólo los “motivos reprensibles” (como los denomina la ley), sino también cualquier otro tipo de motivo, el más mínimo destello de interés o volición?” (Arendt, 2007, p. 161-162).

Propuesta desde el marco teórico de Arendt para afrontar los conflictos de obligación moral en la práctica profesional.

La propuesta que se infiere para afrontar los conflictos de obligación moral en la práctica profesional, desde la perspectiva de Arendt y su marco teórico sobre la “banalidad del mal” son el de asumir la responsabilidad personal a partir de pensar y recordar, con esto asegurando la autorregulación médica, para luego como grupo pasar a una responsabilidad colectiva, una autorregulación colectiva.

Primero asumir la responsabilidad personal, que solo puede asumirse a plenitud desde el diálogo consigo mismo, cuando soy consciente de que implican las decisiones que tomo y asumo las consecuencias de estas, con la convicción de que ha sido una decisión pensada e interiorizada, no producto de los valores externos que se presentan en el momento. Es esta capacidad de autorregulación del médico lo que garantiza que sus actos vayan encaminados a buscar el “bien del paciente” o su mayor interés. Esta autorregulación implica pensar consigo mismo y analizar cada situación, como señala Gracia (2004): el deber del médico debe estar supeditado hacia lo óptimo con el conocimiento y el análisis detallado de cada situación. Así, nuestro actuar médico no se puede quedar en simples listas de chequeo, en las que las políticas de calidad o de humanización se convierten en otras camisas de fuerzas, en el cumplimiento de la norma por la norma, sin existir un pensamiento interiorizado sobre el propio actuar. Necesitamos ser capaces de desarrollar esta facultad de pensar, independientemente de las barreras sociales, culturales, económicas, religiosas y de edad. En nuestro caso, se necesita ayudar a pensar al médico en todas las etapas de su formación, desde el pregrado hasta los diferentes postgrados, desde el más joven hasta el mayor. La gran esperanza es que nunca es tarde para reconocer en que nos

hemos equivocado como individuo y como colectivo, sino recordar y ser capaces de enmendarnos, para no estar condenados a repetir la historia.

Aunque esta capacidad de pensar individual es el primer paso para generar un verdadero cambio, no es suficiente. Arendt (2007) afirma que hay situaciones extremas en que la responsabilidad ante el mundo no puede asumirse, porque esta responsabilidad política presupone al menos un mínimo de poder político. Este poder se consigue con el pensar de muchos que se conviertan en mayoría, para no seguir las normas impuestas o algún grado de poder, ya sea económico o político asociado a la capacidad de pensar, para que se puedan generar las transformaciones sociales o de la norma. Sin embargo, el solo acto individual de pensar, aunque en medio de la impotencia o la carencia de poder, es una excusa válida, porque no podemos hacer nada más allá de lo que está dentro de nuestras posibilidades. Es más, Arendt señala que en esta aceptación de la propia impotencia es donde se conserva la fuerza para hacer frente a la lucha aún en casos desesperados. Esta falta de lucha de preferir que se nos haga el mal a hacer mal es lo que el médico en el ejercicio de su profesión en el ámbito actual necesita. No tener miedo de mantenerse en la brecha de cumplir con su deber moral para con el paciente. Quien tiene este deber reflexionado y no impuesto, no cambia ante los valores del sistema, sino que es capaz de mantenerse en la lucha aún en casos desesperados.

Y así, se genera el segundo paso, porque una persona que actúa diferente a los valores imperantes y vive de acuerdo con su máxima ética, genera inquietud en los demás, y así hace pensar. Como se pregunta la misma Arendt (2007), “Saber hasta qué punto esa facultad de pensar, que se ejerce en solitud, se extiende a la esfera estrictamente política, en la que uno está siempre en compañía de otros, es ya otra cuestión” (p. 159). Esta es una de las maneras de llegar a influir en la política, pues si todos actuaran conforme al diálogo bien realizado consigo mismo, que lleva a pensar en el bien común, se moverían masas enteras, como lo dice Arendt. Y la otra manera es tener esta capacidad reflexiva y tener algún grado de poder, ya sea económico o político, con el cual lograr un cambio.

Aquí es de resaltar que todos hacemos parte de esto, independientemente del papel que realicemos o el lugar en que nos encontremos. Todos tenemos algún tipo de responsabilidad ante los más variados hechos y, en particular, ante lo que ocurre en el sistema de salud. Estas ideas se enlazan con el concepto de “responsabilidad colectiva”. Arendt (2007) explica que esta

no radica en el hecho de la culpa por un acto cometido a causa propia, sino que cumple dos condiciones: la pertenencia a un grupo y ser considerado responsable por algo que no se ha hecho. Aquí se podría enmarcar claramente la responsabilidad colectiva que tenemos los médicos, por todas estas consecuencias derivadas de los conflictos de obligación: todos, sin distinción alguna, entran en esta responsabilidad por el solo hecho de ser médicos. Ser médico es un sello indeleble que nunca se podrá borrar, aún si nos quitarán la tarjeta profesional. Arendt (2007) afirma:

...no hay ninguna norma moral, individual y personal de conducta que pueda nunca excusarnos de la responsabilidad colectiva. Esta responsabilidad... es el precio que pagamos por el hecho de que no vivimos nuestra vida encerrados en nosotros mismos, sino entre nuestros semejantes, y que la facultad de actuar, que es, al fin y al cabo, la facultad política por excelencia sólo puede actualizarse en una de las muchas y variadas formas de comunidad humana (p. 159).

Todos somos responsables de lo que está sucediendo con nuestro sistema de salud. Algunos no serán culpables, pero responsables sí, ya sea como médicos, pacientes, familiares, administrativos; todos somos personas y pertenecemos a la comunidad. Si fuésemos conscientes de ello, nos pararíamos a pensar en el bien común. Pensar sobre las normas, pensar sobre los valores impuestos, no simplemente acomodarse al cumplimiento de un conjunto de normas, porque al hacerlo se deja de lado la relación primordial entre hombres, hombres iguales. Veamos lo que nos dice Arendt sobre el asunto.

Arendt (2007) recalca que, al tomar la obediencia como el cumplimiento de normas, se deja de lado la idea más profunda de la verdadera relación entre los hombres, una relación que está entre iguales, como lo planteó Sócrates. Para Arendt (2007) esta relación se basa en:

Toda acción llevada a cabo por una pluralidad de hombres puede dividirse en dos fases: el comienzo, que se da por iniciativa de un “dirigente”, y el cumplimiento, en que muchos convergen en lo que se convierte entonces en una empresa común. En nuestro contexto, lo que importa es la certeza de que nadie, por fuerte que sea, puede llevar a cabo nada, bueno o malo, sin la ayuda de otros. Lo que tenemos aquí es la idea de una igualdad aplicable al “dirigente”, que nunca pasa de ser un *primus inter pares*, primero entre iguales. Quienes parecen obedecer lo que hacen en realidad es ayudarlo a él y a su

empresa, incluso en una organización estrictamente burocrática, con su orden jerárquico fijo, tendría mucho más sentido observar el funcionamiento de los “engranajes” y las ruedas como elementos de apoyo en general a una empresa común que en nuestros términos habituales de obediencia a los superiores...Basta que imaginemos por un momento lo que sucedería con cualquiera de esas formas de gobierno si un número suficiente de personas actuara, sin resistencia activa ni rebelión, para ver qué arma tan eficaz podría ser esa actitud. La pregunta no es ¿porque obedeciste? sino ¿por qué apoyaste? (p. 72-73).

Si todos nos detuviéramos a pensar sobre nuestras acciones como médicos, de la manera como afrontamos estos conflictos de obligación y de la manera como nuestros colegas las asumen; si nos paramos a pensar sobre las normas que nos imponen las jerarquías administrativas burocratizadas; y sobre todo, si todos como sociedad nos detuviéramos a pensar en qué valores pesan más, y entre todos nos viéramos como una empresa común, en la que se necesita de todos para llevar a cabo el bien o el mal; si todos viéramos el bien del otro como el objetivo o la meta a seguir, muchas dificultades de nuestro sistema de salud cambiarían y no solo del sistema de salud, sino de nuestra vida personal.

Si nos paramos continuamente a pensar sobre nuestras acciones forjamos el carácter. Y al forjarlo estamos predispuestos para en caso de toma de decisiones rápidas poder actuar según este carácter. De esta manera, es necesario forjar el carácter de las empresas, pararse a pensar sobre lo que se busca y lo que se hace, con la convicción de que todos somos responsables como colaboradores. La empresa es el lugar en el que pasamos la mayor parte de nuestro tiempo, donde nos realizamos como personas; es aquí donde puede contribuir la idea de Adela Cortina sobre la ética de las empresas, como la búsqueda de forjar el carácter organizacional, al pararse a pensar y rectificar. Ese carácter cuando se forja entre todos promueve la identidad, despierta la conciencia, ayuda a la toma de decisiones desde unos valores reflexionados, compenetrados, en el que priman el porqué de los actos (Cortina, 2010). Como se puede inferir, el pararse a pensar individual y colectivo nos lleve a buscar el bien común y, para esto, se necesita de tiempo y trabajo. “El carácter de la empresa se forja en el medio y largo plazo, es necesario repetir actos, ser creativos, forjar esa solidez de la identidad de los valores de la empresa que inspira confianza en la gente que la conoce” (Cortina, 2010, párr. 16).

Conclusiones

La bioética como ética práctica, es una disciplina que asume la aplicación de sistemas éticos o la creación de nuevas teorías que aportan soluciones al conflicto de valores que surgen de factores tecnocientíficos y sociopolíticos (Escobar, 2000). Es así como las reflexiones ético-políticas de Hannah Arendt en torno a su noción de “banalidad del mal” pueden contribuir a la bioética para la búsqueda de un verdadero análisis reflexivo sobre los valores que entran en conflicto; en nuestro caso, se trata de la comprensión de los conflictos de obligación moral que se presentan en la cotidianidad del ejercicio profesional del médico.

Los conflictos de obligación moral se deben a que los médicos tienen responder, por un lado, a las necesidades de los pacientes y, por el otro, a las exigencias laborales como empleados. Estos conflictos de obligación moral aumentan en medio de un sistema de salud monopolizado por una mentalidad lucrativa, cuyo sistema de valores entra en conflicto con la misma esencia de la medicina. En el sistema de salud priman, hoy por hoy, valores monetarios que convierten a la medicina en un “bien de consumo”, cosa contraria a la esencia de la medicina que se centra en el máximo deber ético del médico para con su paciente, en el que busca no solo no hacer daño, sino procurar su mayor interés.

Estos conflictos al estar inmersos, además, en un sistema burocratizado en el que el médico es una pieza de engranaje, fácilmente reemplazable y prescindible, afectan de manera directa su capacidad de autorregulación, porque queda condicionado al cumplimiento de órdenes administrativas mercantilistas. Al perderse este pilar del profesionalismo, el médico abandona su capacidad de reflexión sobre sí mismo, sobre la norma impuesta, haciéndose partícipe, así, de los itinerarios de sufrimiento del paciente y sus familias.

Arendt relaciona esta incapacidad de pensar sobre sí mismo, de reflexionar sobre la norma y lo que ella implica para mí y para los demás, con su noción de “banalidad del mal”. En otras palabras, Arendt define su tan controvertido concepto de “banalidad del mal” como una incapacidad de pensar sobre los hechos, lo cual lleva a participar o cometer, en definitiva, graves males, aun sin que se tenga un corazón malo o sin siquiera tener la intención de hacer daño. Incluso en la banalidad del mal pueden caer altos personajes de prestigio a los que se catalogan

como buenos porque cumplen con la norma. Es, precisamente aquí, donde radica el problema, porque al cambiarse la norma por otra, esta clase de personas irreflexivas cambian de valores sin detenerse a considerar la bondad o maldad de las nuevas normas y sus posibles consecuencias.

Cabe señalar que para Arendt esta capacidad de pensar no está condicionada por factores externos (por ej., la condición socioeconómica, cultural o religiosa), sino que es propia de todo ser humano. Solo que pensar conlleva esfuerzo porque es enfrentarse consigo mismo y con los demás, incluso supone estar dispuesto a sufrir una injusticia antes que cometerla, como lo decía Sócrates.

Pero las reflexiones de Arendt no se quedan ahí: el pensar corre el riesgo del autoengaño o mentira. Para contrarrestar estos peligros, una señal cierta de que esta capacidad de pensar va por buen camino, es cuando esta reflexión, que inicia conmigo mismo, no termina en mí, sino que me lleva a buscar el bien de los otros, me lleva a pensar en los demás. Y esta capacidad de reflexión es un ejercicio constante sobre los hechos y sucesos que suceden en nuestra vida, que no queda restringida solo para un pequeño grupo, sino que está abierta a todos. El pensar, según Arendt, es también un pensar desde el pasado que lleva a recordar los acontecimientos, no olvidarlos, para que haya un verdadero reconocimiento de los errores cometidos y no se repita una y otra vez la misma historia. Esto da esperanza, porque ante tantos errores cometidos en la práctica médica, en medio del sistema de salud, tenemos la certeza de que, si pensamos sobre estos, si reflexionamos, podemos poner los medios para enmendarnos.

Esa incapacidad de pensar también se ve, como se argumentó, en el médico cuando se limita al cumplimiento de las ordenes impuestas por el sistema, dejando de lado el deber de responder a las necesidades de los pacientes, lo que le dicta su ser profesional. Así, lo que inicialmente le pudo generar conflictos de obligación moral, manifestado en la angustia moral, posteriormente se fue normalizando en la incertidumbre de no saber qué valores deberían primar hasta adherirse completamente a las restricciones del sistema.

Desde la perspectiva de Arendt pueden inferirse dos propuestas que le ayuden al médico a superar estos conflictos de obligación moral. La primera es asumir esa responsabilidad personal, que viene dada independientemente de la decisión que uno toma. Solo por el hecho de actuar ya tenemos responsabilidad personal por lo que hacemos y, aunque estar inmersos en el sistema

nos atenúa en parte de la culpa, somos responsables directamente de nuestros actos. Por lo anterior, es necesario desarrollar esta capacidad de pensar para poder asumir plenamente la responsabilidad de nuestros actos y, a pesar de los resultados, la decisión fue pensada, reflexionada personalmente, y no simplemente realizada por imposición del sistema.

La segunda propuesta es asumir la responsabilidad colectiva, que está dada por el simple hecho de pertenecer a una comunidad; en este caso concreto, de pertenecer al sistema de salud, ya sea como gerente, administrativo, médico, paciente o familiar. Aunque no seamos directamente culpables por lo que sucede en el sistema de salud, todos somos responsables por hacer parte del mismo colectivo. También debemos cambiar nuestra perspectiva de la obediencia ciega e irreflexiva que hace que todos sigan las órdenes dadas desde arriba sin ninguna consideración. Esto tendría que cambiarse por una lógica de relación entre iguales, en donde se reconozca el papel fundamental que tiene el médico en el sistema de salud, para que pueda recuperar su propia capacidad de autorregulación que lo disponga a buscar el mayor bien del paciente.

Como se trató de exponer a lo largo de este ensayo, el pensamiento de Arendt resulta útil también para encontrar caminos de solución a los conflictos de obligación moral que padecen los médicos cotidianamente. Con todo, la solución requiere de más esfuerzos y otra serie de cambios, pero sabemos que allí se encuentra la base fundamental, que consiste en el ejercicio continuo del pensar reflexivo consigo mismo, que hace que los médicos encuentren nuevas motivaciones filantrópicas en su actuar profesional. Desde la formación universitaria hasta las organizaciones sanitarias, que no se cansen de reparar y recuperar todo el tiempo perdido que hemos vivido pensando en solo en nosotros y acostumbrarnos a la norma. Para así contribuir a que las leyes o reformas que buscan la recuperación de la autonomía médica no se queden en el papel.

Referencias

- Abadía, C. Oviedo, D. (2009). Itinerarios burocráticos en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/40740680_Itinerarios_burocraticos_en_Colombia_Una_herramienta_teorica_y_metodologica_para_evaluar_los_sistemas_de_salud_basados_en_la_atencion_gerenciada
- Arango, G. (2015). Conflictos éticos que se presentan a médicos de tres centros hospitalarios de Bogotá, Colombia. *Rev.latinoam.bioet*, 15(1), 108-119.
- Ardila, A. (2016). Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tesis doctoral. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/53386/1/598690.2016.pdf>
- Arendt, H. (2007). Responsabilidad y Juicio. Barcelona: Paidós.
- Arrizabalaga, P. (2007). Primum non nocere. Una reflexión sobre la aplicación del juramento hipocrático en la organización de las empresas sanitarias. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/e9c6/9457ec2714e400c1120c7e6b1bad1cf2fc33.pdf>
- Asociación Médica Mundial (2017). Declaración de Lisboa de AMM sobre los derechos del paciente. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>
- Baquero, R. (10 de junio 2019). Suicidios de médicos en Colombia (video). Revista Semana. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=lblpcnPqtrc>
- Cámara de Representantes, Congreso de la República de Colombia (31 de julio 2019). Después de 38 años, el Código de Ética Médica en Colombia será actualizado. Recuperado de <http://www.camara.gov.co/despues-de-38-anos-el-codigo-de-etica-medica-en-colombia-sera-actualizado>
- Colegio Médico Colombiano. (01 de enero de 2019). Debemos sacar a los médicos de la postración: Federación Médica Colombiana. Epicrisis. Recuperado de

<https://epicrisis.org/2019/01/01/debemos-sacar-a-los-medicos-de-la-postracion-federacion-medica-colombiana/>

Código de Ética, Cruz Roja Colombiana, Seccional Valle del Cauca (s.f). Recuperado de http://intranet.cruzrojavalle.org.co/crc/cruzroja/PDF/CODIGO_DE_ETICA.pdf

Cortina, A. (2 de diciembre de 2010). Ética de la empresa, conferencia con USEM -México. Emprendices. Recuperado de <https://www.emprendices.co/etica-de-la-empresa-por-adela-cortina-orts/>

DeCurrea-Lugo, V. (2010). Salud y Neoliberalismo. Bogotá: Universidad El Bosque, Colección Bios y Oikos.

Defensoría del pueblo. (2019) La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018. Informe ejecutivo. Recuperado de <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>

Escobar, J. (2013). Obstinación jurídica: el caso de la Ley 100 de 1993. Recuperado de <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/796/394>

Escobar, J. (2000). Bioética: Origen y tendencias. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 48(4), 219-223.

Etxeberria, X. (2019). Más allá (más acá) de las argumentaciones principialistas en los Comités de Bioética. Recuperado de <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/2431/2064>

Gracia, D. (2004). Como arqueros al blanco. Bogotá: El Buho.

Gracia, Diego (1998). Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Bogotá: El Buho

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Ley Estatutaria No. 1751 del 16 de febrero 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones*. Recuperada de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

- Molina, G, Ramírez, A. (2013). Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Rev panam. Salud Pública*, 33(4), 287-293.
- Procuraduría General de la Nación. (16 de mayo de 2018). Procurador y Contralor presentan proyecto de ley para penalizar negación del servicio de salud. Recuperado de https://www.procuraduria.gov.co/portal/Procurador-y_Contralor_presentan_proyecto_de_ley_para_penalizar_negacion_del_servicio_de_salud.news
- Redacción Bogotá. (10 de Julio de 2019). Vendedor ambulante murió frente a la cruz roja sin ser atendido. El Tiempo. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/bogota/vendedor-ambulante-murio-frente-a-la-cruz-roja-sin-ser-atendido-386648>
- Redacción Bogotá. (10 de julio de 2019). Investigarán si hubo omisión de socorro a vendedor ambulante que murió cerca a la Cruz Roja. El Espectador. Recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/investigaran-si-hubo-omision-de-socorro-vendedor-ambulante-que-murio-cerca-la-cruz-roja-articulo-870286>
- Redacción Vivir (8 de julio de 2019). Cada 52 segundos radican una acción de tutela contra el sistema de salud de Colombia. El Espectador. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/noticias/salud/cada-52-segundos-se-interpone-una-tutela-en-colombia-articulo-869825>
- Secretaría de Salud (2019). 123...por Bogotá. Recuperado de http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Linea_123.aspx
- Valdés, E. (2008). La transformación de la gestión hospitalaria en el Distrito Capital. *Pre-Til*, 6(17), 64-84.