

**“El psP (profesional sanitario como Paciente), más Paciente que profesional.  
Dos experiencias personales”  
Satélite del Seminario de Innovación de Bilbao: Pacientes que Lloran y otras Consultas  
Sagradas  
Bilbao, 12 de febrero de 2016**

**DESPERSONALIZACIÓN EN LOS SISTEMAS SANITARIOS**

**Y entonces fue cuando apareció el zorro....**

- ¿Quién eres? – dijo el principito – Eres muy bonito...
- Soy un zorro – dijo el zorro.
- Ven a jugar conmigo – le propuso el principito – Estoy tan triste...
- No puedo jugar contigo – dijo el zorro – No estoy domesticado.
- ¿Qué significa "domesticar"? – dijo el principito –
- Es algo demasiado olvidado – dijo el zorro – Significa "crear lazos"
- ¿Crear lazos? – dijo el principito –
- Claro – dijo el zorro. – Todavía no eres para mí más que un niño parecido a otros cien mil niños. Y no te necesito. Y tú tampoco me necesitas. No soy para ti más que un zorro parecido a otros cien mil zorros. Pero, si me domesticas, tendremos necesidad uno del otro. Tú serás para mí único en el mundo. Yo seré para ti único en el mundo...

.....

- Mi vida es monótona –dijo el zorro-. Yo cazo gallinas, los hombres me cazan. Todas las gallinas se parecen, y todos los hombres se parecen. Me aburro, pues, un poco. Pero, si me domesticas, **mi vida resultará como iluminada**. Conoceré un ruido de pasos que será diferente de todos los demás. Los otros pasos me hacen volver bajo tierra. Los tuyos me llamarán fuera de la madriguera, como una música. Y además, ¡mira!, ¿Ves, allá lejos, los campos de trigo? Yo no como pan. El trigo para mí es inútil. Los campos de trigo no me recuerdan nada. ¡Y eso es triste! Pero tú tienes cabellos color de oro. Entonces, ¡será maravilloso cuando me hayas domesticado! El trigo, que es dorado, me hará recordarte. Y me agradará el ruido del viento en el trigo...

.....

Así el principito domesticó al zorro. Y cuando se aproximó la hora de la partida:

- ¡Ah! - dijo el zorro - Voy a llorar.
- Es tu culpa – dijo el principito -, yo no te deseaba ningún mal pero tú quisiste que te domesticara.
- Claro – dijo el zorro.
- ¡Pero vas a llorar! – dijo el principito.
- Claro – dijo el zorro.
- ¡Entonces no ganas nada! – dijo el principito -
- Sí gano –dijo el zorro – a causa del color del trigo.

**El principito. Capítulo XXI. Antoine de Saint-Exupéry**

**Despersonalizar:** Quitar a alguien su carácter o atributos personales, hacerle perder la identidad.

**Trato despersonalizado:** Quitar carácter personal a un hecho, asunto o relación.

*Real Academia Española*

**Despersonalización** (una de las aristas de la deshumanización): fenómeno originado por una interacción humana donde predomina el corte impersonal, y por tanto, excluyente de la individualidad y subjetividad de sus protagonistas.

Santos Hernández <http://medicablogs.diariomedico.com/santos/tag/despersonalizacion/>

Como profesional sanitaria que actualmente soy paciente, y tras la experiencia del recorrido por el territorio de la enfermedad<sup>1-2</sup>, hay un tema que me preocupa especialmente y es la tendencia creciente de los sistemas sanitarios a transformar a la personas en objetos. El sistema sanitario está interesado y estructurado en torno a la enfermedad y se desentiende de la narrativa del enfermar<sup>3</sup>, que en cada persona es única. Omite al sujeto como ser activo, pensante y creador y se estructura en torno a la mirada aislada y sin interferencias de la enfermedad.

Sin embargo, los pacientes pedimos ser reconocidos como sujetos, únicos en sus vidas, en sus deseos, y en su enfermar, y nos resistimos a ser un objeto despersonalizado<sup>4</sup>.

*En mi diario del camino he escrito:*

*... He venido sola porque hoy no tenía que decidir nada, solo dejarme hacer el preoperatorio, pero ahora veo que los acompañantes son muy importantes siempre que contactas con el sistema sanitario, aunque sea por cosas rutinarias. Los acompañantes te confieren identidad, te reconocen y evitan que te sientas “una nadie”.<sup>5</sup>*

*... Estoy aparcada en batería en el pre-quirófano con 5 personas más. Estirada en la camilla con un gorrito que te sujeta el pelo sin que nadie te hable, sin que nadie te mire. Media hora que no eres nadie, tienes que pensar “sigo siendo yo a pesar de que intentan despersonalizarme”, mientras escuchas a celadores y auxiliares-enfermeras hacer planes de vida. Cuando llega la anestésista y te dice “Hola M<sup>a</sup> José me han dicho que eres médica...”, sientes ¡¡¡Existo!!!!. También te podría haber dicho “Hola Pepi, vienes de Castelldefels y tienes 3 hijos ¿verdad?”, cualquier cosa que te personalice.*

*... Llevo mal la despersonalización que te provoca este sistema y lucho contra ella: me visto elegante para venir a las visitas, acudo con compañía y he rechazado los camisones del hospital para traer mis propios camisones, etc. Al final todo se reduce a una lucha por seguir siendo tu en un sistema que te ningunea como persona. Incluso desobedecer órdenes absurdas, y a veces no absurdas, es parte de lo mismo. ¡Soy, existo, decido y desobedezco!.*

La organización de los servicios puede favorecer o dificultar la personalización y el apego. La mercantilización, la especialización, la fragmentación de los servicios, la intervención de un elevado número de profesionales, la presión asistencial, y la ruptura de la continuidad y la longitudinalidad, se señalan entre otros, como potenciadores del trato despersonalizado (la organización como disruptor, tal como lo hemos llamado en el debate virtual).

---

<sup>1</sup> Esta reflexión surge de mi paso por el territorio de la enfermedad, y aunque la mayor parte de este camino lo he hecho en un contexto hospitalario, el fenómeno aquí referido, aunque en menor medida, lo encontramos también en la atención primaria.

<sup>2</sup> Tomlinson J. Lessons from “the other side”: teaching and learning from doctor illness narratives. BMJ Careers.2014 <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20017843>

<sup>3</sup> “La clínica es una maquinaria que devora a los individuos, es de una especie invasora: hace falta una reflexión personal sobre el cuerpo para saber dónde poner los límites, para instalar uno mismo diques allá donde no se quiere que otras instancias decidan”. Entrevista de E. Gavilán a Raquel Taranilla <http://www.nogracias.eu/2015/04/08/raquel-taranilla>

<sup>4</sup> Martínez Hernández Á. Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria. Rev ROL Enferm. 1992;172: 61-7.

<sup>5</sup> Turabian JL, Pérez Franco B. El acompañante en la entrevista clínica de atención primaria. Semergen. 2015;41:206-13.

No obstante, dentro de esta estructura trabajamos los profesionales de la salud. Y no creo que ninguno haya elegido la profesión para relacionarse con objetos. Bien al contrario, si preguntamos a los estudiantes por qué han elegido ser médicos seguro que la mayoría **dirán que porque es una ciencia de lo humano**. No obstante, en mi caminar por este territorio he podido comprobar que muchos profesionales son técnicamente perfectos, en general amables y simpáticos, pero la mayoría poco empáticos, ya que tienen poco interés en acercarse a los pacientes, en conocerlos, en escuchar su narrativa del enfermar.

Esta colusión entre paradigma-organización y profesionales está relacionada en mi opinión, y más en el campo de la oncología por donde he transitado como paciente, con la puesta en marcha por parte de los profesionales de defensas regresivas y negadoras<sup>6</sup>. Estas les sirven a los profesionales para alejarse del vínculo con los pacientes y de esta manera se meten en su madriguera y se protegen del dolor de la pérdida, de la despedida. Con estas defensas despersonalizan a los pacientes, pero esta despersonalización alcanza a los profesionales, que también se despersonalizan. Su profesión lejos de enriquecerse (e iluminarse como la vida del zorro del principito) con las experiencias vitales de las personas a las que atienden, pierde todo su brillo y se convierte en una profesión fría y sin interés.

*A raíz de enviar una reclamación<sup>7</sup>, que hice en el centro donde soy atendida, a una amiga, esta me contó que a otra amiga nuestra que murió hace 1 año le pasó lo mismo. Era una cantante de tango extraordinaria, que actuaba en todo el mundo y el personal que la atendía no se enteró hasta el final cuando la sedaron y sus hijas le empezaron a cantar tangos. Fue entonces cuando las enfermeras preguntaron: ¿porqué le cantan tangos?. ¡Lo que el personal sanitario se perdió!. Contactar, conocer y entender a una persona maravillosa, y a una gran artista que les habría entregado su arte encantada.*

Esto mismo pasa en la sociedad, y lo expresan muy bien escritores como Barnes<sup>8</sup> o Darín, afecto de un cáncer de pulmón, en la película Truman. Si recordáis encuentra a unos amigos en un restaurante que fingen no verlo y no lo saluda. “¿Porqué no saludan?” le pregunta el amigo que lo acompaña, “Cáncer, huele a muerto y a la gente no le gusta acercarse a la muerte”.

Como profesionales somos miembros de esta sociedad que teme a la enfermedad y a la muerte y la niega, pero en el ejercicio de nuestra profesión no es aceptable.

No obstante, en este caminar por el territorio de la enfermedad he encontrado también, aunque minoritarios, profesionales maravillosos. Empáticos y que han estado interesadas en mi y han favorecido la creación de vínculo. Profesionales (en general médicas) que dignifican y hacen respetable nuestra profesión. Tal como demuestra Trisha Greenhalgh, algunos profesionales son capaces de vencer los obstáculos que el paradigma biomédico y las organizaciones sanitarias les colocan en el reconocimiento del sujeto enfermo y su enfermar

---

<sup>6</sup> Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, García Campayo J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes. Aten primaria. 2009;41:646-9.

<sup>7</sup> Gérvas J. ¿Calidad? ¡"Humana", y científico-técnica! Un caso de oncología!. El Mirador. Acta Sanitaria. 1 nov 2015. <http://www.actasanitaria.com/calidad-humana-y-cientifico-tecnica-un-caso-en-oncologia/>

<sup>8</sup> Julian Barnes. La pérdida de profundidad. En: Julian Barnes. Niveles de vida. Barcelona: Anagrama;2014.

*“respondiendo de forma creativa a las solicitudes dentro de un diálogo construido alrededor de la narrativa del paciente<sup>9</sup>”.*

Hemos de ser cada vez más, y los seminarios contribuyen sin duda a ello, los profesionales sanitarios que ante los disruptores paradigmáticos y organizacionales **desarrollemos defensas maduras y adultas<sup>10</sup> que nos permitan seguir disfrutando de nuestra profesión**. Deberíamos recuperar e interesarnos por las narrativas del enfermar de nuestros pacientes, sin olvidar, tal como dice nuestra siempre admirada Barbara Starfield en uno de sus últimos escritos<sup>11</sup>, que hemos de cambiar el paradigma de los sistemas sanitarios pasando del actual basado en la enfermedad a un paradigma basado en el paciente. En este mismo artículo hace un llamamiento a los profesionales de atención primaria (AP) a abanderar este cambio: *“es momento de que los médicos de AP tomen el liderazgo y lleven la atención sanitaria hacia donde es necesario que vaya: atender y cuidar a los pacientes y las poblaciones en lugar de atender y cuidar enfermedades. Y ello no sólo es biológicamente más correcto sino que es más efectivo, más eficiente, más seguro, y más equitativo”*.

**M<sup>a</sup> José Fdez. de Sanmamed Santos**, soy gallega de MAR, “mi MAR” que como dice Manuel Rivas, siempre está presente en mi vida y en mi cabeza, y que su presencia y visión me ha ayudado a superar los conflictos de mi vida. Mis afectos (familia y amigos/os) son lo más importante que me ha ocurrido y ocurre y con ellos comparto una vida de alegrías, disfrute y también de penas. Recientemente jubilada tras 35 años de ejercicio profesional de la medicina en atención primaria. Llevo, por tanto, una mochila de vida bien cargada, lo que hace difícil buscar ejes que hagan una foto de mí como persona.

Diría que soy ante todo MUJER, feminista desde la cuna cuando mi madre me dijo *“no seas nunca la esclava de tus 5 hermanos”*, médica primarista y una persona optimista que confía en las personas y que empatiza y lucha con los más desfavorecidos tanto en su vida profesional como en su vida social.

Allá lejos, en 1990, viví en Nueva York y estude en Columbia University investigación cualitativa en ciencias de la salud. Desde entonces este paradigma de investigación es uno de mis placeres. Participo, dando clases de investigación cualitativa, en el Máster de Salud Pública de la Universitat Pompeu Fabra, y en otros Másteres de la Universidad de Barcelona y de la Autónoma de Barcelona. Formo parte también de los grupos de Salut Mental y Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Y soy abuela, que se encanta viendo descubrir la vida, crecer y disfrutar a dos preciosos niños para los que su *iaia* es muy importante.

---

<sup>9</sup>Swinglehurst D, Greenhalgh T, Roberts C. Computer templates in chronic disease management: ethnographic case study in general practice. *BMJ Open* 2012;2:e001754. doi:10.1136/bmjopen-2012-001754

<http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001754.full>

<sup>10</sup> Pruthi S, Goel A. Doctors do cry. *Indian J Med Ethics*. 2014;11(4):249-51.

<sup>11</sup>Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health*. 2011; 10:15.

<http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>