

Tema de Interés

Deshumanización del cuidado en hospitales públicos: una revisión crítica desde la bioética estructural

Dehumanization of Clinical Care in Public Hospitals: A Critical Review from a Structural Bioethics Perspective

 Aguirre Lanegra, Andherson Jhordan

Universidad Privada del Norte | Lima, Perú.

Como referenciar éste artículo | How to reference this article:

Aguirre Lanegra A. Deshumanización del cuidado en hospitales públicos: una revisión crítica desde la bioética estructural. *An. Fac. Cienc. Méd.* (Asunción), Agosto - 2025; 58(2): 105-115.

RESUMEN

En los últimos años, la práctica clínica en hospitales públicos de América Latina atraviesa por un proceso de transformación institucional que, en nombre de la eficiencia, ha erosionado de forma preocupante los fundamentos éticos del cuidado. Desde una mirada crítica, este artículo se propone problematizar la deshumanización de dicho acto clínico, no como una anomalía puntual, sino como el síntoma de un orden racional, político y organizativo que ha desplazado al paciente de su lugar como sujeto moral, convirtiéndolo en objeto de gestión. En esta línea, el trabajo sostiene que la despersonalización del cuidado no responde a fallas individuales o éticas malogradas, sino a marcos institucionales que han naturalizado la subordinación de la dignidad a indicadores de desempeño. Frente a este escenario, se argumenta que repensar el sistema sanitario exige más que reformas administrativas: requiere una reconfiguración profunda de sus fundamentos epistemológicos y normativos, así como la recuperación de una ética situada que reconozca la vulnerabilidad como principio constitutivo de lo humano y no como obstáculo para la gestión. La rehumanización de la salud, entendida aquí como un proyecto político y ético, solo será posible si se logra articular una crítica lúcida de los dispositivos que sostienen la exclusión, con propuestas concretas que devuelvan centralidad al cuidado como práctica relacional, justa y transformadora.

Palabras clave: Deshumanización, bioética crítica, salud pública, violencia estructural, ética del cuidado.

Autor correspondiente: Andherson Jhordan Aguirre Lanegra. Universidad Privada del Norte. Lima, Perú. **Email:** andersonaguirre162000@gmail.com.

Editor responsable:  Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez*,  Dra. Lourdes Talavera*.

*Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay.

Fecha de recepción el 8 de mayo del 2025; aceptado el 12 de agosto del 2025.

ABSTRACT

In recent years, clinical practice in public hospitals across Latin America has undergone an institutional transformation that, under the banner of efficiency, has troublingly eroded the ethical foundations of care. Adopting a critical perspective, this article seeks to interrogate the dehumanization of clinical practice not as a sporadic failure, but as a symptom of a broader rational, political, and organizational order that has displaced the patient from their position as a moral subject, reducing them to a manageable object within healthcare systems. The analysis contends that this depersonalization of care does not stem from isolated professional shortcomings or ethical lapses, but rather from institutional frameworks that have normalized the subordination of human dignity to performance metrics. In response to this context, the article argues that rethinking healthcare requires more than administrative reform; it calls for a profound reconfiguration of the epistemological and normative foundations of the system, alongside the reclamation of a situated ethics that understands vulnerability as a constitutive feature of the human condition, rather than a managerial inconvenience. Rehumanizing healthcare-understood here as both a political and ethical project-will only be possible through the articulation of a clear-sighted critique of the mechanisms that perpetuate exclusion, coupled with concrete proposals that restore care to its rightful place as a relational, just, and transformative practice.

Keywords: Dehumanization, critical bioethics, public health, structural violence, ethics of care.

Introducción

En las últimas décadas, los hospitales públicos han experimentado una creciente presión para optimizar recursos, estandarizar procedimientos y cumplir con indicadores de rendimiento que, si bien persiguen una mayor eficiencia, han contribuido paralelamente a la deshumanización del cuidado clínico. Esta situación se ha agudizado en contextos marcados por la austeridad fiscal, particularmente en países latinoamericanos desde la década de 1990, donde la lógica neoliberal ha permeado profundamente los sistemas de salud. En estos entornos, el vínculo terapéutico entre profesionales y pacientes tiende a diluirse en rutinas automatizadas, tiempos de consulta reducidos y protocolos impersonales que marginan la singularidad de cada sujeto. Como resultado, emergen prácticas asistenciales que priorizan la gestión del riesgo y el control institucional por sobre el cuidado integral y relacional. Esta despersonalización del acto clínico no solo vulnera los derechos de los usuarios, sino que también erosiona el sentido ético de la profesión sanitaria. Urge, por tanto, examinar

críticamente las condiciones estructurales que configuran estas dinámicas para repensar un modelo de atención verdaderamente centrado en el sujeto.

Desde un enfoque teórico, la deshumanización del cuidado puede comprenderse a través de diversas perspectivas que problematizan la medicalización, la racionalidad técnico-instrumental y la burocratización del sistema de salud. Foucault ⁽¹⁾ describió cómo el saber médico moderno construyó una "mirada clínica" que transforma al paciente en objeto de observación, reduciendo su subjetividad a signos patológicos. Por su parte, Habermas ⁽²⁾ criticó la colonización del mundo de la vida por sistemas regidos por la lógica del poder y del dinero, lo cual puede extrapolarse al ámbito sanitario donde se privilegian criterios administrativos por encima del diálogo comunicativo. En la misma línea, Mol ⁽³⁾ propone un modelo ontológico del cuidado que destaca la multiplicidad de realidades en juego en la práctica clínica, y aboga por una ética situada y encarnada. Estas aproximaciones

permiten analizar cómo determinadas lógicas epistémicas estructuran modos excluyentes de atención, invisibilizando las dimensiones emocionales, sociales y existenciales del sufrimiento humano.

La literatura académica ha identificado múltiples brechas en torno a la comprensión integral de la deshumanización en contextos hospitalarios, especialmente en lo referente a sus causas estructurales y organizativas. Si bien existen estudios centrados en la empatía médica o la comunicación clínica, se observa una escasez de trabajos que articulen críticamente los planos epistemológico, político y organizativo de forma integrada. Esta carencia representa un desafío científico relevante, ya que impide abordar el fenómeno de manera holística y propositiva. Además, persisten tensiones entre la ética del cuidado y las exigencias de eficiencia institucional, lo que genera dilemas normativos sin respuestas claras. En este sentido, analizar cómo se configuran las prácticas excluyentes desde una perspectiva crítica permite no solo comprender su génesis, sino también pensar alternativas transformadoras. La revisión propuesta se inscribe en este marco, aportando a un campo de estudio que aún demanda mayor desarrollo conceptual y empírico.

En términos prácticos, las consecuencias de la deshumanización clínica son profundas: deterioro en la calidad de vida del paciente, aumento del sufrimiento evitable, desmotivación del personal de salud y pérdida de confianza en las instituciones sanitarias. Estos efectos adquieren especial relevancia en el contexto postpandemia, donde se ha evidenciado con crudeza la fragilidad de los sistemas de salud y la necesidad urgente de repensarlos desde una perspectiva ética y centrada en el sujeto. Proponer directrices que favorezcan una atención justa y digna implica no solo cambiar prácticas individuales, sino también transformar los marcos organizativos y normativos que las sustentan. La ética del cuidado, entendida como una orientación práctica basada en la responsabilidad relacional⁽⁴⁾, puede ofrecer claves significativas en este

proceso de reconfiguración. De este modo, el análisis crítico de las lógicas que sostienen la exclusión en el ámbito clínico permite imaginar formas más humanas y justas de habitar el cuidado.

Así, la relevancia actual de este estudio radica en la necesidad de revisar las estructuras que perpetúan la deshumanización del cuidado en hospitales públicos, en un momento en que la sociedad demanda sistemas sanitarios más sensibles, equitativos y sostenibles. Esta investigación se propone responder a dicha demanda, recuperando enfoques teóricos y empíricos que permitan construir una mirada crítica y propositiva. Además, al explorar las condiciones que hacen posible una atención centrada en el sujeto, se busca iluminar caminos para una práctica clínica que reconozca plenamente la dignidad humana. La pertinencia del tema no solo obedece a una urgencia coyuntural, sino también a una deuda histórica con quienes han sido sistemáticamente marginados por lógicas institucionales inadecuadas. En consecuencia, resulta imprescindible revisar y repensar los fundamentos éticos del sistema sanitario para promover una transformación efectiva y duradera.

El objetivo principal de esta revisión es analizar críticamente la deshumanización del cuidado clínico en hospitales públicos, identificando las lógicas epistémicas, políticas y organizativas que configuran prácticas asistenciales excluyentes, con el fin de proponer directrices éticas orientadas a la transformación del sistema sanitario. Este propósito se enmarca en un esfuerzo por articular el análisis teórico con implicancias prácticas, ofreciendo una contribución original al debate sobre la humanización de la salud. Al hacerlo, se espera fomentar una reflexión profunda sobre el lugar del cuidado en el entramado institucional contemporáneo y abrir posibilidades para una atención más justa, digna y centrada en el sujeto.

Perspectivas teóricas sobre la deshumanización del cuidado

Comprender el fenómeno de la deshumanización en el ámbito de la salud requiere situarse en una genealogía crítica que permita rastrear no solo sus manifestaciones actuales, sino también las condiciones históricas y epistémicas que han permitido su consolidación. La medicina moderna, heredera de un largo proceso de cientificación del saber sobre el cuerpo, ha transformado profundamente la manera en que se conciben la enfermedad, el sufrimiento y el cuidado. En ese tránsito, el paciente ha sido progresivamente desplazado del centro de la experiencia clínica, sustituido por una figura abstracta: el caso, el diagnóstico, el número. Como bien han planteado autores como Foucault⁽¹⁾ e Illich⁽⁵⁾, el dispositivo médico ha colonizado dimensiones fundamentales de la existencia humana —el dolor, la muerte, la vulnerabilidad— imponiendo una mirada tecnocrática que muchas veces silencia otras formas de entender y acompañar el sufrimiento.

En este marco, la práctica médica tiende a privilegiar una visión del cuerpo como objeto biológico, dejando de lado su dimensión vivida, simbólica y relacional. Sin embargo, desde diversas corrientes críticas se ha enfatizado que el cuerpo, lejos de ser un mero soporte fisiológico, es también un cuerpo consciente, moldeado por experiencias, contextos culturales y estructuras sociales⁽⁶⁾. La medicina, al centrarse en el cuerpo-máquina, ha tendido a invisibilizar al cuerpo-sujeto, reforzando una relación clínica asimétrica en la que el saber médico domina y reduce la agencia del paciente. Esta tensión entre cuerpo y subjetividad no es meramente teórica: se materializa cotidianamente en interacciones clínicas donde el lenguaje del paciente es subordinado o descartado en favor del protocolo, el algoritmo o el indicador.

La crítica a esta lógica ha sido articulada, entre otros enfoques, por aquellos que señalan los límites del modelo biomédico tradicional. Engel

⁽⁷⁾ ya advertía que un paradigma centrado exclusivamente en lo biológico corre el riesgo de ignorar las dimensiones psicológicas y sociales del cuidado, conduciendo a una atención fragmentaria y reduccionista. Esta crítica, aunque ampliamente aceptada en muchos discursos institucionales, rara vez ha sido llevada a la práctica con la profundidad que exige. La alienación clínica, por su parte, se manifiesta cuando el paciente deja de ser reconocido como sujeto moral, es decir, como alguien con capacidad de narrar su experiencia, de exigir reconocimiento y de ser escuchado⁽⁸⁾. Esta pérdida de reconocimiento no solo mina la relación terapéutica, sino que debilita la base ética de la medicina misma.

En este contexto, resulta pertinente incorporar el concepto de violencia institucional como una categoría crítica que permite dar cuenta de formas de dominación que no son siempre visibles ni intencionadas, pero que inciden directamente en la calidad y la dignidad del cuidado. La violencia simbólica, según Bourdieu⁽⁹⁾, se ejerce a través de prácticas aparentemente neutras que imponen significados y jerarquías, desvalorizando al paciente y subordinando su experiencia a los códigos de la medicina dominante. La violencia estructural, en cambio, se expresa en las desigualdades materiales que determinan quién accede a qué tipo de atención y bajo qué condiciones⁽¹⁰⁾. Esta forma de violencia no requiere agresión directa: basta con que el sistema funcione según criterios que perpetúan la exclusión de los más vulnerables. Finalmente, la violencia epistémica —como ha argumentado Frank⁽¹¹⁾— se refiere al silenciamiento del conocimiento del paciente, a su exclusión sistemática de los procesos de toma de decisiones, y a la imposición de un modelo de saber que considera irrelevantes sus vivencias y comprensiones propias del cuerpo y la enfermedad.

Las instituciones sanitarias, en tanto agentes activos en la producción de sentido y distribución de recursos, participan en esta dinámica de exclusión. Bajo la lógica de la estandarización y la eficiencia, tienden a reducir la experiencia

de enfermedad a un conjunto de signos clínicos o resultados de laboratorio, ignorando las narrativas del paciente que, como señalaba Kleinman⁽¹²⁾, son fundamentales para comprender el sufrimiento y ofrecer un cuidado integral. Esta despersonalización no solo afecta la experiencia del usuario, sino que también reproduce inequidades estructurales al invisibilizar a quienes no encajan en los modelos normativos del sistema: personas indígenas, migrantes, pacientes con enfermedades crónicas complejas, entre otros.

Frente a este panorama, se hace necesario recurrir a los fundamentos filosóficos de una bioética crítica, capaz de confrontar no solo los dilemas clínicos individuales, sino las condiciones estructurales que los generan. La bioética de la liberación, en la línea de pensamiento latinoamericano, propone una ética situada históricamente, comprometida con los derechos colectivos y con la transformación de las condiciones que perpetúan la injusticia en salud⁽¹³⁾. Esta perspectiva se aleja de una ética meramente normativa para asumir una postura política que concibe la salud como un bien común, profundamente entrelazado con las estructuras sociales.

A su vez, la ética del cuidado, propuesta por autoras como Tronto⁽¹⁴⁾, reivindica la interdependencia humana como base de toda organización moral y política. En esta visión, el cuidado no es solo una práctica profesional o un acto de compasión individual, sino una responsabilidad social compartida que debe estructurar nuestras instituciones. Atender a la vulnerabilidad no implica paternalismo, sino el reconocimiento de una condición humana universal que exige políticas sensibles al sufrimiento y dispuestas a reorganizar prioridades más allá del rendimiento económico.

En este sentido, uno de los dilemas éticos más persistentes es el que se establece entre dignidad y eficiencia. La presión por alcanzar metas cuantitativas puede llevar a decisiones que, aunque justificadas desde la gestión,

atentan contra la humanidad del paciente. Reducir tiempos de consulta, estandarizar tratamientos, automatizar decisiones, puede incrementar la productividad, pero a menudo sacrifica la singularidad, la escucha y el reconocimiento⁽¹⁵⁾. Este conflicto no tiene soluciones simples, pero su negación es en sí misma una forma de deshumanización: cuando la dignidad se subordina sistemáticamente a la eficiencia, el sistema de salud se aleja de su razón de ser.

Pensar la deshumanización en salud desde esta perspectiva implica, entonces, una crítica que no es únicamente moral, sino también epistemológica, política y estructural. No se trata de buscar culpables individuales, sino de interrogar los marcos que definen qué es cuidar, quién merece ser cuidado y cómo distribuimos colectivamente los recursos de atención. En este proceso, la voz del paciente, la subjetividad del profesional y las condiciones institucionales deben ser consideradas en su complejidad, si es que aspiramos a una medicina que no solo cure, sino que también acompañe, reconozca y dignifique.

La deshumanización como dispositivo estructural en hospitales públicos

La historia del hospital público en el Perú no puede comprenderse cabalmente sin atender a las transformaciones político-económicas que, desde finales del siglo XX, han reconfigurado profundamente su lógica institucional. Las reformas neoliberales impulsadas desde la década de 1990 introdujeron un conjunto de criterios administrativos orientados a la eficiencia y la reducción del gasto público, que si bien respondían a presiones macroeconómicas, terminaron por afectar la calidad y la calidez del cuidado clínico⁽¹⁶⁾. Bajo el imperativo de la racionalización, se priorizaron indicadores de gestión y metas cuantificables, desplazando a un segundo plano aquellas dimensiones del cuidado que no pueden reducirse a cifras ni ser fácilmente capturadas por los sistemas de evaluación institucional. La inestabilidad de la dirección hospitalaria —fruto de una politización

persistente de los cargos— ha dificultado, además, la implementación sostenida de políticas de mejora, consolidando una cultura organizativa que tiende a la fragmentación y a la improvisación⁽¹⁷⁾.

Este nuevo régimen de gestión hospitalaria ha instaurado una racionalidad técnica que, lejos de ser neutral, reconfigura los modos de actuar y de pensar de los profesionales de la salud. Se observa una progresiva pérdida de agencia profesional, donde médicos, enfermeros y otros trabajadores sanitarios deben adaptarse a protocolos estandarizados que muchas veces contravienen su juicio clínico o su sensibilidad ética. Las exigencias de productividad limitan la posibilidad de construir relaciones humanas significativas con los pacientes, y reducen el acto clínico a una secuencia de procedimientos fragmentados, cuyo sentido se diluye en la urgencia por cumplir metas. Esta situación no solo afecta la calidad del cuidado, sino que genera tensiones morales difíciles de procesar, especialmente para quienes se formaron en una ética del cuidado centrada en la persona.

La precarización laboral constituye, en este sentido, un factor estructural que incide directamente sobre la deshumanización asistencial. Los contratos temporales, la sobrecarga de trabajo y la escasez de recursos no son fenómenos circunstanciales, sino elementos constitutivos de un modelo que concibe al profesional de salud como un engranaje más en la maquinaria productiva del hospital. El síndrome de burnout, ampliamente documentado en el personal sanitario, no solo expresa agotamiento físico o emocional, sino también una forma de sufrimiento ético ante la imposibilidad de brindar un cuidado que responda a las exigencias morales del oficio^(18,19). Cuando el tiempo se convierte en un recurso escaso y el cuidado en una tarea cronometrada, la empatía se vuelve un lujo que muchos profesionales no pueden permitirse.

En esta lógica, la productividad clínica se impone como criterio dominante, desplazando otras formas de valoración del acto médico.

Las lógicas de mercado —importadas desde otros sectores productivos— transforman la atención sanitaria en un servicio más, sometido a las mismas reglas de competencia, eficiencia y rendimiento. Este modelo no solo deteriora las condiciones de trabajo, sino que afecta profundamente el vínculo con los pacientes, quienes perciben cada vez más una atención fragmentada, impersonal y apresurada. Tal como se ha señalado en estudios recientes, esta situación genera un ambiente clínico en el que las interacciones humanas tienden a perder su dimensión afectiva y simbólica, debilitando la experiencia de cuidado en su sentido más profundo⁽²⁰⁾.

Las manifestaciones concretas de esta deshumanización se hacen visibles en múltiples niveles. La automatización de las prácticas clínicas mediante protocolos rígidos limita la capacidad de respuesta ante la singularidad de cada paciente, reduciendo la atención a una aplicación mecánica de saberes estandarizados⁽²¹⁾. La comunicación entre profesional y paciente, frecuentemente unidireccional y dominada por tecnicismos, contribuye a una experiencia asistencial en la que el paciente no se reconoce como sujeto, sino como objeto de intervención⁽²²⁾. Esta dinámica de desvinculación va más allá de lo meramente funcional: afecta la construcción de sentido, impide que el sufrimiento sea narrado, simbolizado y, por ende, acompañado.

En efecto, uno de los aspectos más preocupantes de esta deshumanización es la omisión de las dimensiones afectiva, simbólica y narrativa del sufrimiento. Cuando las estructuras hospitalarias no ofrecen condiciones para que el dolor del paciente sea acogido y escuchado, se rompe la posibilidad de un cuidado integral. El sufrimiento, entonces, queda relegado a un plano invisible, tratado como una molestia logística o una variable clínica más, y no como una experiencia existencial que exige presencia, tiempo y palabra⁽²⁰⁾.

Los efectos ético-políticos de esta situación son significativos. La pérdida de confianza

institucional no solo se traduce en una disminución de la satisfacción del usuario, sino en un debilitamiento de su agencia moral. Un paciente que no se siente escuchado, que percibe indiferencia o indiferenciación en el trato, difícilmente podrá ejercer un rol activo en su proceso de cuidado. Esta pasivización forzada impacta tanto en los resultados clínicos como en la vivencia subjetiva de la enfermedad⁽²³⁾. Además, las lógicas que sostienen este modelo —lejos de ser neutras— tienden a reproducir y a profundizar desigualdades preexistentes. Las poblaciones más vulnerables, con menor capacidad para ejercer presión o reclamar derechos, son quienes experimentan con mayor crudeza las fallas del sistema. La deslegitimación del hospital público no es entonces solo un fenómeno perceptual, sino un signo de crisis estructural, especialmente evidente en los márgenes sociales⁽²⁴⁾.

Frente a este panorama, no se trata simplemente de diagnosticar una patología institucional, sino de preguntarse qué tipo de cuidado estamos dispuestos a sostener colectivamente. El hospital público, tal como ha sido conformado históricamente, se encuentra hoy en una encrucijada que exige no solo reformas administrativas, sino una reflexión profunda sobre los fines de la medicina, el valor de lo humano en la práctica clínica y las condiciones materiales que hacen posible —o impiden— el ejercicio ético del cuidado.

Claves bioéticas para la transformación del cuidado clínico

En el escenario actual de la atención sanitaria, donde los imperativos de eficiencia, estandarización y tecnificación parecen condicionar cada vez más la práctica clínica, se vuelve urgente repensar el vínculo entre profesional y paciente como un espacio genuinamente ético. Esta reconfiguración del encuentro clínico no se limita a una mejora comunicacional o a una cortesía formal; exige un giro ontológico y político en la comprensión del cuidado. Reconocer al paciente como sujeto implica más que informarlo o preservar

su privacidad: supone escucharlo activamente, acoger su palabra y sostener su subjetividad en medio del dolor, la incertidumbre o la fragilidad que lo atraviesan⁽²⁵⁾. Tal escucha no es una técnica, sino un acto ético que funda una relación de confianza y cooperación, especialmente crucial en los contextos de atención primaria, donde la cercanía y la continuidad adquieren un valor singular.

Desde esta perspectiva, la noción de hospitalidad clínica adquiere una fuerza transformadora. No se trata únicamente de recibir al otro, sino de abrirse a su sufrimiento, reconociendo su dignidad y su necesidad de cuidado como un derecho y no como una concesión. En esta apertura, la clínica se convierte en un territorio político y moral donde se disputan sentidos, prioridades y formas de vida. La hospitalidad, entonces, se vincula estrechamente con los principios de la bioética pública, que no reduce la ética médica a decisiones individuales, sino que la amplía hacia procesos de deliberación social, participación comunitaria y justicia en la distribución de los recursos⁽²⁶⁾. En este marco, el cuidado no puede entenderse sin su dimensión estructural, sin atender a las condiciones materiales que permiten —o impiden— que una relación terapéutica sea verdaderamente humana.

De ahí que resulte insuficiente una ética clínica basada únicamente en principios generales o normativas descontextualizadas. La transición de una ética principalista a una ética situada, como ha sido planteado desde enfoques críticos, permite anclar las decisiones clínicas en las realidades sociales y culturales concretas de quienes las protagonizan⁽²⁷⁾. Esta ética situada no renuncia a los principios, pero los reinterpreta desde la experiencia vivida, desde las tensiones y desigualdades que moldean el terreno del cuidado. Al hacerlo, abre espacio para una práctica más justa, más atenta a los matices, menos proclive a automatismos éticos que ignoran las condiciones de posibilidad del sufrimiento y la cura.

En esta línea, la bioética crítica se afirma como una herramienta de resistencia frente a las lógicas institucionales que tienden a invisibilizar las injusticias estructurales. Exigir una justicia estructural en salud implica responsabilizar a las instituciones no solo por su eficiencia administrativa, sino por su capacidad —o incapacidad— de garantizar una distribución equitativa del cuidado⁽²⁸⁾. Las desigualdades en el acceso, en la calidad de la atención, en las condiciones laborales de los profesionales, no son anomalías del sistema, sino síntomas de una organización profundamente atravesada por relaciones de poder. Frente a esta constatación, la bioética crítica no se limita a describir; propone intervenir, transformando los marcos normativos, organizativos y simbólicos que configuran lo posible en salud.

Esta transformación, sin embargo, no puede lograrse sin una revisión profunda de los procesos formativos. La formación ética en las ciencias de la salud debe ser más que un módulo curricular: ha de ser una experiencia integradora que conecte la teoría con la realidad concreta del sistema, que ofrezca herramientas para leer críticamente el mundo y para actuar en él con responsabilidad. En contextos de alta exigencia, donde el estrés, la sobrecarga y la ambigüedad ética son moneda corriente, es crucial ofrecer a los estudiantes espacios para el desarrollo moral y la sensibilidad ante lo estructural⁽²⁹⁾. La ética no se aprende solamente en los libros, sino en la práctica, en la reflexión compartida, en el acompañamiento que permite sostener el sentido ante los desafíos de la realidad clínica.

Fomentar esa reflexividad moral entre los profesionales exige también un compromiso institucional. No basta con exigir humanidad a los individuos si las estructuras los deshumanizan. Es necesario crear condiciones que hagan posible una práctica ética: espacios de deliberación colectiva, instancias de contención emocional, culturas organizacionales que valoren el cuidado no solo del paciente, sino también del cuidador⁽²⁵⁾. Solo así puede construirse una ética

profesional que no sea heroica, sino sostenible; que no dependa de voluntades excepcionales, sino de contextos que la nutran y la respalden.

En última instancia, esta apuesta por una clínica más ética no puede desligarse de una propuesta más amplia de gobernanza sanitaria. El sistema de salud debe repensarse desde una lógica democrática, en la que la ciudadanía no sea apenas receptora de servicios, sino agente activo en la toma de decisiones que afectan su vida y su salud. La participación democrática y la vigilancia ciudadana fortalecen la legitimidad de las políticas públicas y aseguran que éstas respondan a las necesidades reales de la población⁽³⁰⁾. Pero este proceso no puede limitarse a mecanismos formales; debe traducirse en políticas de cuidado transformadoras, que asuman la salud como un bien común atravesado por las condiciones sociales, económicas y culturales de cada comunidad⁽²⁶⁾. Solo así, desde una ética pública que no tema hablar de justicia, de poder y de transformación, será posible imaginar un sistema de salud verdaderamente humano.

Conclusión

La comprensión de la deshumanización del cuidado en el ámbito sanitario exige interrogar no solo las prácticas clínicas contemporáneas, sino los régimenes de saber y poder que las sustentan. Esta investigación parte de una premisa fundamental: la medicina moderna, anclada en una racionalidad tecnocrática, ha marginado progresivamente la subjetividad del paciente en favor de una lógica de control, eficiencia y objetivación. Este desplazamiento no es un efecto colateral, sino una condición constitutiva del dispositivo biomédico, cuyo modelo epistemológico privilegia el dato sobre la narración, el algoritmo sobre la experiencia. Reconocer esta genealogía es crucial para cuestionar los fundamentos de una atención que, al perder de vista la dimensión humana del sufrimiento, se vuelve susceptible de reproducir formas estructurales de violencia bajo la apariencia de neutralidad técnica.

Uno de los aportes más significativos de la presente investigación radica en la articulación de una crítica bioética situada, que se aleja de los modelos normativos universales para enfocar el cuidado desde la vulnerabilidad compartida y la interdependencia estructural. La incorporación de categorías como violencia epistémica, simbólica y estructural permite ampliar el campo de lo éticamente relevante en salud, desplazando el foco desde la mera relación profesional-paciente hacia los marcos institucionales, culturales y políticos que configuran dicha relación. Así, el cuidado deja de entenderse como una serie de actos técnicos y pasa a concebirse como un proceso complejo, atravesado por tensiones morales, disputas de sentido y condiciones materiales que habilitan o restringen su ejercicio. Esta mirada permite no solo una problematización más profunda del fenómeno, sino también una relectura crítica de los discursos institucionales que lo encubren.

Desde una perspectiva pragmática, los hallazgos invitan a replantear las condiciones organizativas de la atención clínica, especialmente en contextos de salud pública. La transformación del cuidado exige superar la dicotomía entre eficiencia y dignidad, desarrollando modelos de gestión que reconozcan la centralidad del vínculo humano en el acto terapéutico. Esto implica revisar los sistemas de evaluación, crear espacios de deliberación ética dentro de las instituciones, y asegurar condiciones laborales que permitan a los profesionales ejercer su rol sin ser cooptados por la lógica del rendimiento. La hospitalidad clínica, entendida como apertura al otro en su diferencia y su sufrimiento, se presenta aquí no como un ideal abstracto, sino como una práctica institucional que debe ser promovida, protegida y estructuralmente sostenida.

Este trabajo abre una agenda fecunda para la investigación futura. Resulta imprescindible profundizar en estudios empíricos que den cuenta de las experiencias vividas por pacientes y profesionales en contextos de

atención marcados por la deshumanización, no solo para documentar su impacto, sino para identificar prácticas emergentes de rehumanización. Asimismo, es necesario explorar cómo estas lógicas se reproducen o reconfiguran en contextos rurales, comunidades indígenas o servicios de salud intercultural, donde se entrecruzan formas aún más complejas de exclusión epistémica y desigualdad estructural. Finalmente, se plantea la urgencia de investigar los procesos formativos en las ciencias de la salud, como espacios clave donde se define —o se erosiona— la posibilidad de un cuidado éticamente robusto.

Pensar el cuidado clínico desde una ética crítica es, en última instancia, un acto de esperanza. No una esperanza ingenua ni complaciente, sino una esperanza lúcida, que reconoce las violencias estructurales sin resignarse a su inevitabilidad. Apostar por una medicina más humana es apostar por un mundo en el que la dignidad no sea un privilegio, sino una condición garantizada para todos los cuerpos, especialmente para aquellos que históricamente han sido desoídos, desatendidos, desvalorizados. Esta apuesta no se juega solo en el terreno técnico o institucional, sino en el horizonte político de lo común: en nuestra capacidad colectiva de imaginar y sostener un sistema de salud que, más allá de curar, sepa también cuidar, escuchar, acompañar y transformar.

Contribución de los autores: El único autor del presente artículo es Andherson Jhordan Aguirre Lanegra. Este trabajo es el resultado exclusivo de su investigación, redacción y análisis. No ha habido contribuciones de otros autores en este proyecto.

Conflictos de intereses: El autor declara que no existe ningún conflicto de intereses, ya sea financiero, personal o profesional, relacionado con la realización de este artículo.

Fuente de Financiación: Todos los gastos relacionados con la elaboración de este artículo han sido cubiertos de manera personal por el autor. No se ha recibido financiación de ninguna entidad pública o privada.

Referencias Bibliográficas

1. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Madrid: Clave Intelectual; 2021. 272 p.
2. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa (Vol. 1-2). Madrid. Taurus; 1982; 520p.
3. Mol A. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge. 2008; 156p
4. Tronto J. Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care. Georgetown: Routledge. 1993; 242p.
5. Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Irrecuperables - Jarramplas. 2022; 417p.
6. Scheper-Hughes N, Lock MM. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Med Anthropol Q.* 1987;1(1):6-41. doi:10.1525/maq.1987.1.1.02a00020
7. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36. doi:10.1126/science.847460.
8. Honneth A. The Struggle for Recognition: The Moral Grammar of Social Conflicts. Illustrated ed. Cambridge (MA): MIT Press; 1996. 238 p.
9. Bourdieu P. *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1984. 613p.
10. Farmer P. An anthropology of structural violence. *Curr Anthropol.* 2004;45(3):305-25. doi:10.1086/382250.
11. Frank AW. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, Second Edition. Chicago London: University of Chicago Press; 2013. 280p.
12. Kleinman A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. New York: Basic Books 1989; 304p.
13. Fonti D. Religión como fuente para un desarrollo liberador. En: Eckholt M, Durán Casas V, editores. Otra bioética es posible. Filosofía y Teología de la Liberación en el Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2020. p. 360–69. doi:10.11144/Javeriana.9789587815337.
14. Tronto J. *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*. New York: New York University Press; 2013. 256 p.
15. Daniels N. Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ.* 2000;321(7272):1300-1. doi: 10.1136/bmj.321.7272.1300.
16. Palma P. Neoliberalismo, violencia política y salud mental en Perú (1990-2006). *Rev Cienc Salud.* 2019;17(2):352-72. http://doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7954.
17. Frisancho JC. Politizar la salud y la deshumanización de los médicos son principales problemas en la región. Diario El Pueblo. 2024 Apr 9; (entrevista). Disponible en: <https://diarioelpueblo.com.pe/2024/04/09/politizar-la-salud-y-la-deshumanizacion-de-los-medicos-son-principales-problemas-en-la-region/>.
18. Sarmiento Valverde GS. Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. *Horiz Méd Lima.* 2019;19(1):67-72. http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.11.
19. Saire Aragonez KM, Urure Velazco IN. Síndrome de Burnout y su relación con la satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital público del Perú. *Rev Enfermería Vanguard.* 2024;12(2):62-74. https://doi.org/10.35563/revan.v12i2.610
20. Vergara Mejía AG, Zeta-Solis L, Córdova-Agurto JS, Gutiérrez-Crespo HF. Síndrome de Burnout y condiciones laborales en profesionales de enfermería de un centro quirúrgico de un hospital nacional en Perú en el contexto del COVID-19. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo.* 2024; 17(4):e2378-e2378. https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2024.174.2378.
21. Espinoza Arrece LP. Estresores laborales y el síndrome de burnout en enfermeras asistenciales, Centro Quirúrgico, Hospital de Emergencias Grau III EsSalud, Lima, 2021 (tesis). Lima: Universidad César Vallejo; 2021.
22. Altamirano Orosco K. Síndrome de Burnout y desempeño laboral en enfermeras del servicio de emergencia de un hospital público III-1. Lima 2019. Peru: Repos Inst-UCV. 2021.
23. Failoc Alban DR, Vega Ramos MAZ. Síndrome de burnout y clima organizacional en un hospital público, durante la emergencia sanitaria por COVID-19. Chiclayo – 2021 (tesis). Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/8242>
24. Amnistía Internacional. La deuda de la salud: fragmentación del sistema público sanitario y desigualdad en el acceso a la salud en Paraguay (Internet): Amnistía Internacional; 2024. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/amr45/7965/2024/es/>
25. Zoboli ELCP. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil. Aten Primaria. 2010;42(8):406-12. doi:10.1016/j.aprim.2010.01.018.
26. Guerrero-Nancuante C, Melo A, Gundelach P, Fuster N. Participación social en el sistema de salud de Chile: aportes reflexivos desde la bioética. Salud Colect. 2023;19:e4486. doi:10.18294/sc.2023.4486.
27. González-de Paz L. Una bioética clínica para la atención primaria de salud. Med Fam Semergen. 2013;39(8):445-9. doi: 10.1016/j.semmerg.2013.02.002

28. Pérez Ayala MA. ¿Por qué hablar de bioética en la Atención Primaria de Salud? Rev Latinoam Bioét. 2016;16(31-2):102-17. <https://doi.org/10.18359/rbti.1484>
29. 29. Perales A. Formación ética como soporte del desarrollo moral del alumno de carreras de Ciencias de la Salud: Hacia una enseñanza centrada en las necesidades del estudiante como persona. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2019;36(1):100-5 <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.4314>.
30. 30. Gil-Quevedo W, Agurto-Távara E, Espinoza-Portilla E. Ciudadanos informados y empoderados: claves para el pleno ejercicio de los derechos en salud. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2017; 34(2):311–5. doi:10.17843/rpmesp.2017.342.2747.