

# Hacia una ética del cuidado en hospitales públicos: revisión crítica de la deshumanización estructural

## Towards an ethics of care in public hospitals: a critical review of structural dehumanization

*Andherson Jhordan Aguirre-Lanegra\**  
Universidad Privada del Norte, Perú

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.03>

### Resumen

La práctica clínica en hospitales públicos de Latinoamérica atraviesa una transformación institucional que, en nombre de la eficiencia, ha erosionado los fundamentos éticos del cuidado. Este artículo problematiza la deshumanización del acto clínico, no como una anomalía,

\* Investigador especialista en Derecho Digital, regulación, ética y filosofía del Derecho. En la actualidad, forma parte del grupo de investigación de la Universidad Privada del Norte (UPN), Perú. Correo electrónico: [andersonaguirre162000@gmail.com](mailto:andersonaguirre162000@gmail.com) <https://orcid.org/0009-0005-4201-1220>

**Recepción: 23/05/2025 Aceptación: 26/07/2025**

CÓMO CITAR: Aguirre-Lanegra, A. J. (2025). Hacia una ética del cuidado en hospitales públicos: revisión crítica de la deshumanización estructural. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.03>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

sino como síntoma de un orden que ha desplazado al paciente de sujeto moral a objeto de gestión. Se argumenta que la despersonalización del cuidado responde a marcos institucionales que naturalizan la subordinación de la dignidad a indicadores de desempeño. Repensar el sistema sanitario exige más que reformas administrativas: demanda una profunda reconfiguración epistemológica y normativa, y la recuperación de una ética situada que reconozca la vulnerabilidad humana. La rehumanización de la salud, entendida como proyecto político y ético, solo será posible articulando una crítica a los dispositivos de exclusión con propuestas que devuelvan centralidad al cuidado como práctica relacional, justa y transformadora.

*Palabras clave:* despersonalización del cuidado, bioética crítica, salud pública, violencia institucional, cuidado clínico.

## 1. 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 pensarse —y quizá deba pensarse— desde distintas aristas que interrogan no solo el qué, sino el cómo y el para qué del acto clínico. Se trata de perspectivas que problematizan, en distintos niveles, la medicalización creciente, la racionalidad técnico-instrumental y la lógica burocrática que atraviesa el sistema de salud. El saber médico moderno dio forma a una “mirada clínica”, una mirada que observa, mide, clasifica... pero que, al hacerlo, transforma al paciente en objeto (1). No es menor: en ese gesto, la subjetividad queda reducida a una serie de signos patológicos. Por otro lado, planteó cómo la normalización de la crisis sanitaria representa un ejercicio de biopoder que coloniza el mundo de la vida; una crítica que, trasladada al ámbito sanitario, permite entender por qué tantas veces se prioriza lo administrativo sobre el diálogo humano (2). Otro matiz: propone un modelo ontológico del cuidado, uno que reconoce la coexistencia de múltiples realidades en la práctica clínica y defiende una ética situada, encarnada, atenta al cuerpo y al contexto (3). Estas tres entradas, en conjunto, permiten ver cómo ciertas lógicas epistémicas —muchas veces invisibles— estructuran formas de atención que excluyen, dejando fuera dimensiones esenciales del sufrimiento: lo emocional, lo social, lo existencial. Lo que no se puede medir, simplemente, se omite.

La literatura académica ha identificado varias lagunas en la comprensión del fenómeno de la deshumanización en los espacios hospitalarios, especialmente en lo que respecta a los aspectos estructurales y organizativos que la fundamentan. Si bien existen estudios que abordan la empatía médica o la comunicación clínica, se percibe una falta de trabajos que entrelacen de manera crítica los planos epistemológicos, políticos y organizativos en una misma línea de trabajo. Esta carencia plantea un reto científico importante, ya que no permite profundizar en el análisis del fenómeno de una manera holística y propositiva; además, a pesar de las tensiones que persisten entre la ética del cuidado y las exigencias de eficiencia institucional, se nos

presentan dilemas normativos en los cuales no se ofrece una solución clara. En este sentido, el análisis de cómo se producen prácticas excluyentes desde un enfoque crítico permite abordar no solo su procedencia, sino que se presenta como una posibilidad para pensar alternativas transformadoras. La revisión que se propone se enmarca también en este sentido, en un campo que sin duda precisa de un mayor y mejor desarrollo conceptual y empírico.

En ese sentido, las implicaciones de la deshumanización clínica son muy relevantes: dan lugar a una peor calidad de vida del paciente, al incremento del sufrimiento evitable, a una menor motivación del personal asistencial y a la pérdida de confianza en el sistema sanitario en sí. Este período posterior a la pandemia adquiere particular relevancia para resaltar la vulnerabilidad de los sistemas sanitarios y la urgencia de reevaluarlos (4), a partir de una ética que recupere la relación entre el yo y el otro. Proponer directrices que favorezcan una atención justa y digna hará necesario no solo cambiar las prácticas individuales, sino también trastocar los marcos organizativos y normativos que las sostienen. La ética del cuidado puede contribuir decisivamente en este proceso de reconfiguración, entendida como una guía práctica basada en la responsabilidad relacional. De esta manera, el análisis de las lógicas de exclusión en la clínica puede hacer posible imaginar formas más humanas y justas de habitar el cuidado.

De este modo, la actualidad del estudio radica en la necesidad de reexaminar las estructuras que sostienen la deshumanización del cuidado en hospitales públicos, en un contexto social que demanda sistemas sanitarios más empáticos, justos y viables. Es decir, la investigación constituye una respuesta a esa demanda, recuperando enfoques teóricos y empíricos que permitan elaborar una mirada crítica y propositiva. Explorar las condiciones que hacen posible un cuidado orientado al sujeto es también una forma de iluminar caminos hacia una práctica clínica que reconozca la dignidad humana. La actualidad del tema no remite solo a una urgencia coyuntural; representa además una manera de saldar una deuda histórica hacia quienes han sido

sistemáticamente opacados por lógicas institucionales inadecuadas. La revisión y reflexividad sobre los fundamentos éticos del sistema sanitario son, por tanto, una condición impuesta por la necesidad de impulsar una transformación que pueda ser efectiva y perdurable.

El objetivo de esta revisión es analizar, de forma crítica, la deshumanización del cuidado clínico en hospitales públicos; es decir, describir las lógicas epistémicas, políticas y organizativas que configuran prácticas excluyentes de cuidado, para proponer líneas bioéticas que contribuyan a transformar el sistema de salud. Este objetivo se sitúa en el intento de articular el análisis teórico con el análisis práctico, con la intención de aportar una reflexión original al debate sobre la humanización de la salud. La finalidad de esta práctica es abrir camino a una reflexión profunda sobre el lugar que ocupa el cuidado en la construcción institucional de lo contemporáneo, y con ello, abrir también posibilidades hacia una atención más justa, más digna, centrada en el sujeto.

## **2. Perspectivas teóricas: desentrañando la deshumanización del cuidado**

La comprensión del fenómeno de la deshumanización, en el terreno de la salud, exige situarse en una genealogía crítica que permita captar no solo sus expresiones actuales, sino también las circunstancias históricas y las condiciones epistémicas que han posibilitado su afirmación. La medicina moderna es el resultado de la lunga marcha de la cientificación del saber sobre el cuerpo, que ha transformado radicalmente el modo en que se entienden la enfermedad, el sufrimiento y el cuidado. En ese tránsito, el paciente ha quedado progresivamente desplazado del centro de la experiencia clínica, sustituido por una figura abstracta: el caso, el diagnóstico, el número. Estudios han evidenciado cómo el dispositivo médico ha colonizado dimensiones fundamentales de la existencia humana —el dolor, la muerte, la fragilidad— imponiendo una mirada tecnocrática que, en muchas

ocasiones, silencia otras formas de comprender y acompañar el sufrimiento (1,5).

En este contexto, la práctica médica tiende a favorecer una concepción del cuerpo como objeto biológico, desestimando con frecuencia su dimensión vivida, simbólica y relacional. Sin embargo, desde múltiples enfoques críticos se ha señalado que el cuerpo, mucho más que un simple soporte fisiológico, es un cuerpo consciente, atravesado por la experiencia, los contextos culturales y las estructuras sociales (6). La medicina, al centrarse casi exclusivamente en el cuerpo-máquina, ha contribuido a invisibilizar al cuerpo-sujeto, reforzando una relación clínica asimétrica en la que los saberes médicos se superponen a la agencia del paciente. Esta tensión entre cuerpo y subjetividad no es un problema meramente teórico: se manifiesta cotidianamente en interacciones clínicas donde el lenguaje del paciente acaba subordinado, o incluso descartado, a favor del protocolo, del algoritmo, del indicador.

Esta lógica ha sido objeto de crítica desde diferentes posturas, entre las cuales destacan aquellas que han cuestionado los límites del modelo biomédico tradicional. Un enfoque limitado estrictamente a lo biológico conlleva el peligro de pasar por alto las facetas psicológicas y sociales del cuidado, lo que resulta en una asistencia segmentada y simplificadora, en vez de impulsar una humanización y un tratamiento respetuoso desde un ángulo ético (7). Esta crítica ha tenido eco en muchos discursos institucionales, aunque rara vez se ha traducido en transformaciones prácticas de fondo. La alienación clínica, por su parte, se produce cuando el paciente deja de ser reconocido como sujeto moral, es decir, como alguien capaz de narrar su experiencia, de exigir reconocimiento y de ser escuchado (8). Esta pérdida de reconocimiento no solo afecta el vínculo terapéutico, sino que erosiona la base ética misma de la medicina y, sin embargo, estos aspectos a menudo ni siquiera se articulan entre sí.

En este sentido, resulta pertinente introducir el concepto de violencia institucional, entendida como una categoría crítica que permite visibilizar formas de dominación que no necesariamente son explícitas ni deliberadas. Se trata de un tipo de violencia que condiciona

—y en muchos casos despoja— la dignidad y la calidad del cuidado. La violencia simbólica, se describe como el ejercicio de prácticas aparentemente neutras que, sin embargo, cargan de significados jerárquicos, desvalorizando a los pacientes y subordinando su experiencia a los códigos de la medicina dominante (9). La violencia estructural, por su parte, se manifiesta como un conjunto de desigualdades materiales que determinan quién recibe qué tipo de atención y en qué condiciones (10); no requiere de actos directos de agresión, sino de un sistema que opera bajo lógicas que perpetúan la exclusión de los más vulnerables. Finalmente, la violencia epistémica entenderse, en este contexto, como el silenciamiento sistemático del saber del paciente, su exclusión de los procesos de decisión, y el establecimiento de un modelo de conocimiento que desestima su propia comprensión del cuerpo, de la enfermedad y del cuidado (11).

Las instituciones sanitarias, al posicionarse como agentes activos en la producción de sentido y en la distribución de recursos, intervienen de lleno en esta lógica de exclusión. Bajo el imperativo de la estandarización y la eficiencia, tienden a reducir la experiencia de la enfermedad a un conjunto de signos clínicos o a una lectura instrumental de resultados de laboratorio, ignorando las historias del paciente que son, lo que permite dotar de sentido al sufrimiento y brindar un cuidado realmente integral (12). Esta despersonalización no solo distorsiona la experiencia del usuario: reproduce, además, desigualdades estructurales al invisibilizar a quienes no encajan en los modelos normativos del sistema; personas indígenas, migrantes, pacientes con enfermedades crónicas complejas, entre otros.

En este panorama, se hace necesario volver a los fundamentos filosóficos de una bioética aguda, capaz de interrogar no solo los dilemas clínicos individuales, sino también las estructuras que los generan. La bioética de la liberación, en sintonía con el pensamiento latinoamericano, apunta hacia una ética situada históricamente, comprometida con los derechos colectivos en la medida en que estos implican transformar las estructuras donde se reproduce la injusticia en salud. Esta perspectiva no remite a una ética normativa tradicional,

sino que asume una postura política: la salud como bien colectivo frente a una estructura social que, muchas veces, la niega o la mercantiliza.

Desde esta óptica, la ética del cuidado recupera la idea de la interdependencia humana como fundamento de toda organización moral y política (13,14). Aquí, el cuidado no se limita a una función profesional ni a una expresión de piedad individual; se configura como una responsabilidad social que debe encarnarse en las propias instituciones. Reconocer la vulnerabilidad no equivale al paternalismo: implica asumir una condición humana compartida que exige políticas públicas orientadas a reconocer el sufrimiento y reorganizar las prioridades más allá de la lógica del rendimiento.

En este sentido, uno de los dilemas éticos más persistentes es el que se plantea entre dignidad y eficiencia. La presión por alcanzar metas cuantitativas y cualitativas suele reflejarse en decisiones que, si bien comprensibles desde la lógica de la gestión, acaban afectando la humanidad del paciente. Limitar los accesos familiares, uniformar los procedimientos finales, mecanizar las intervenciones en agonía... todo ello puede optimizar ciertos parámetros operativos, claro, pero frecuentemente lo logra sacrificando la atención a lo particular, a la empatía auditiva y al respeto mutuo (15). Este dilema no tiene soluciones simples. Pero ignorarlo ya constituye, en sí mismo, una forma de deshumanización: cuando la dignidad se subordina sistemáticamente a la eficiencia, el sistema de salud pierde su razón de ser.

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



### **3. La deshumanización como dispositivo estructural en hospitales públicos**

La trayectoria del hospital público en el Perú no puede ser comprendida sin atender a las transformaciones político-económicas que, con los cambios impuestos desde finales del siglo xx, terminaron por trastocar de manera radical su lógica institucional. Las reformas neoliberales de la década de 1990 implicaron la introducción de un conjunto de criterios administrativos propios de organizaciones orientadas a la eficiencia y a la contención del gasto público; una búsqueda de soluciones frente a las presiones macroeconómicas que, sin embargo, terminó deteriorando la calidad y la calidez del cuidado clínico (16). La apuesta por la racionalización hizo resurgir los indicadores de gestión y las metas cuantificables, mientras que aquellas dimensiones del cuidado no traducibles en términos contables ni evaluables institucionalmente pasaron a ocupar un segundo plano. A la inestabilidad en la dirección de los hospitales —efecto de la persistente politización de estos cargos— le siguió una cultura organizacional que terminó por consolidar una aceptación tácita de la fragmentación y la improvisación en las prácticas (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.

Dentro de esta lógica, la productividad clínica se constituye como el criterio más relevante, por delante de cualquier otro procedimiento de valoración del acto clínico. Las lógicas comerciales —importadas de otros sectores productivos— transforman la atención sanitaria en un servicio, sometido a las mismas reglas de competencia, de eficiencia y de rendimiento: este modelo no solo deteriora las condiciones de trabajo, sino que también afecta profundamente la relación con los pacientes, que perciben cada vez más una atención mediada, fragmentada, despersonalizada y acelerada. Como se ha reflejado en investigaciones recientes, esto da lugar a un ambiente clínico en el que las relaciones humanas tienden a perder su carácter afectuoso y simbólico, desdibujando la experiencia de cuidado en su sentido más profundo (20).

Las manifestaciones concretas de esta deshumanización son fácilmente localizables en una amplia variedad de niveles. La automatización de las prácticas clínicas por medio de protocolos rígidos limita la oportunidad para responder de manera específica a cada paciente; reduce la atención a una aplicación mecánica de saberes estandarizados (21). La interacción entre profesional y paciente frecuentemente es unidireccional, dominada por tecnicismos, lo que contribuye a una vivencia de la asistencia en la que el paciente no se

identifica como sujeto, sino como objeto de intervención (22). La dinámica desvinculada no se limita a lo estrictamente funcional: afecta la construcción del sentido, evita que el sufrimiento de la persona sea narrado, simbolizado y, en consecuencia, acompañado.

En efecto, uno de los aspectos más preocupantes de esta deshumanización es la omisión de las dimensiones afectiva, simbólica y narrativa del sufrimiento. La falta de condiciones en las estructuras hospitalarias, para poder acoger el dolor de las personas que son atendidas, rompe la posibilidad de un cuidado global. El sufrimiento queda, entonces, olvidado en un plano más oculto, como si se tratase de una molestia logística, de una variable clínica más, y no de una experiencia de vida que es exigente en 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).

Anteponiendo a este diagnóstico, no se ha de hacer tan solo un diagnóstico de enfermedad institucional, sino preguntarse qué tipo de cuidado estamos dispuestos a sostener socialmente. Por eso el hospital público, tal y como hemos venido constituyéndolo en la historia, se encuentra en una situación que implica una serie de reformas no sólo administrativas sino también una reformulación de los fines de la medicina, del valor de lo humano en la práctica de la

clínica y de las condiciones materiales que hacen posible el ejercicio (o lo impiden) del cuidado ético.

#### **4. Claves bioéticas para una transformación humanizadora**

En la actualidad, en un contexto asistencial condicionado por las exigencias de eficiencia, estandarización y tecnificación, que cada vez más parecen moldear la práctica clínica, se hace necesario volver a repensar el lazo entre el profesional y el paciente como un espacio éticamente justo. Reconfigurar el encuentro clínico no se limita a lograr una mejor comunicación o a exhibir cortesía: implica un giro ontológico-político en la comprensión misma del cuidado. Reconocer a quien padece como un sujeto no es solamente informarle o preservar su intimidad; es, ante todo, escucharle, acoger su palabra y sostener su subjetividad en medio de la adversidad, la incertidumbre o la fragilidad que la atraviesan (25). La escucha no es una técnica, sino un acto ético que funda un lazo de confianza y cooperación, absolutamente central en contextos de atención primaria, donde la cercanía y la continuidad son valores fundamentales.

Desde esta perspectiva, la noción de hospitalidad clínica adquiere un valor extraordinario. No se agota en simplemente dar la bienvenida al otro, sino que se abre a su forma de sufrir; una forma ligada a la dignidad y a la necesidad de recibir cuidados entendidos como un derecho, no como una cualidad opcional ni una concesión. Así, la clínica se convierte en un lugar político y moral, donde se disputan sentidos, formas de vida y prioridades. La hospitalidad se vincula entonces con los fundamentos de una bioética pública que no reduce la ética médica a la toma de decisiones individuales ni a cuestionarios moralmente neutros, sino que incorpora procesos de deliberación, participación comunitaria y justicia en la distribución de los recursos (26). Los componentes de la salud y la enfermedad, del grupo humano y la sociedad, de la salud y la lucha, no pueden pensarse sin

su dimensión estructural constitutiva: sin reconocer las condiciones materiales que permiten —o impiden— que una relación de cuidados sea plenamente humana.

Por todo ello, resulta insuficiente una ética clínica que se apoye únicamente en normativas generales o principios abstractos, desligados de la situación concreta. El paso desde una ética del principialismo hacia una ética situada, como proponen diversas posturas críticas, permitiría anclar la decisión clínica en la realidad social y cultural de quienes la protagonizan (27). Esta ética situada no renuncia a los principios, pero los reinterpreta desde la experiencia vivida, a la luz de las tensiones y desigualdades que configuran el terreno del cuidado. En ese marco, se abre espacio para una práctica más ecuánime, más cuidadosa, menos dada a automatismos éticos que ignoran las condiciones reales 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.

No obstante, dicha transformación no puede llevarse a cabo sin una revisión profunda de los procesos formativos. La formación ética en las ciencias de la salud debe ser algo más que un módulo dentro del currículo: ha de constituir una experiencia integral que articule la teoría con la realidad concreta del sistema, que proporcione herramientas para leer críticamente el mundo y para actuar en él de manera responsable. En contextos de alta exigencia, donde el estrés, la sobrecarga y la ambigüedad ética son el pan nuestro de cada día, se

vuelve imprescindible ofrecer a los estudiantes espacios para el desarrollo moral y para la sensibilidad frente a lo estructural (29). La ética no se aprende únicamente en los libros, sino en la práctica, en la reflexión compartida, en el acompañamiento que ayuda a sostener el sentido frente a las dificultades propias 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.

## 5. Conclusiones

Comprender la deshumanización del cuidado en el ámbito sanitario exige bastante más que revisar, de manera superficial, lo que ocurre

hoy en las prácticas clínicas. Implica, más bien, detenerse con atención —y cierta incomodidad— ante los regímenes de saber y poder que las sostienen, a menudo naturalizados hasta el punto de volverse invisibles. Esta investigación parte de una premisa que, aunque en apariencia obvia, rara vez se formula con la crudeza necesaria: la medicina moderna, aferrada a una racionalidad tecnocrática, ha ido relegando la subjetividad del paciente. Lo ha hecho, sin escándalo, en nombre del control, la eficiencia y una objetividad que convendría empezar a mirar con sospecha. Ese desplazamiento —importa insistir en esto— no es un efecto secundario ni un error de cálculo: está incrustado en el corazón mismo del dispositivo biomédico. Su lógica epistémica pone el dato por delante de la narración, y al algoritmo donde antes estuvo la experiencia vivida. Reconocer esta genealogía no es un lujo académico; es, en todo caso, una condición mínima para interpelar una atención clínica que, al desconectarse de la textura humana del sufrimiento, termina por reproducir formas de violencia silenciosa, maquilladas de rigor técnico.

Uno de los núcleos más significativos de este trabajo es su decisión de sostener una crítica bioética situada, alejada a propósito de los modelos normativos universales que todavía dominan buena parte del discurso ético en salud. Aquí, el cuidado se piensa desde la vulnerabilidad que todos compartimos —en mayor o menor medida— y desde una interdependencia estructural que rara vez se asume. Introducir nociones como violencia epistémica, simbólica y estructural no es un gesto retórico, sino una forma de expandir los márgenes de lo éticamente relevante. Ya no basta con observar lo que ocurre entre un profesional y un paciente: hay que examinar los marcos institucionales, culturales y políticos que configuran esa relación. Bajo esta luz, el cuidado deja de ser una secuencia de procedimientos técnicos —protocolizados, medidos, eficientizados— y aparece como un proceso complejo, frágil a veces, tensionado por conflictos morales, disputas de sentido y condiciones materiales que lo hacen posible o lo sofocan. Esta mirada, más porosa, permite no solo pensar con mayor profundidad el fenómeno en cuestión, sino

también desmontar, con más claridad, los discursos institucionales que lo encubren tras la fachada de la neutralidad.

Desde una mirada más pragmática, los hallazgos de esta investigación invitan a repensar las formas en que se organiza la atención clínica, especialmente en el ámbito de la salud pública. Superar la dicotomía entre eficiencia y dignidad se vuelve urgente. Es necesario imaginar modelos de gestión donde el vínculo humano vuelva a ocupar un lugar central en el acto terapéutico. Para eso, habría que revisar cómo se evalúa el trabajo clínico, crear espacios institucionales de deliberación ética y garantizar condiciones laborales que protejan a quienes cuidan de quedar atrapados en la lógica del rendimiento. La hospitalidad clínica —esa apertura real al otro, en su diferencia y en su sufrimiento— no se plantea aquí como un ideal utópico, sino como una práctica que debe ser sostenida desde las estructuras mismas del sistema. No alcanza con buenas intenciones si las condiciones materiales no acompañan.

Este trabajo deja abierta una agenda densa y fértil para futuras investigaciones. Habría que ir más allá del análisis conceptual y profundizar en estudios empíricos que recojan las voces de quienes transitan —desde distintos lugares— escenarios de atención marcados por la deshumanización. No solo para registrar el daño, sino para visibilizar prácticas emergentes que intentan rehumanizar los vínculos, a veces desde los márgenes. También sería clave explorar cómo estas lógicas se reconfiguran en contextos específicos: zonas rurales, comunidades indígenas, espacios de salud intercultural, donde se entretrejen capas aún más complejas de exclusión epistémica y desigualdad estructural. Por último, se plantea la necesidad urgente de revisar los procesos formativos en las ciencias de la salud. Ahí es donde se moldea —o se deteriora— la posibilidad de una práctica ética del cuidado.

Pensar el cuidado clínico desde una ética crítica no es un ejercicio de pesimismo. Es, más bien, un acto de esperanza. No una esperanza ingenua ni decorativa, sino una esperanza lúcida, que ve las violencias estructurales tal como son, pero se niega a asumirlas como



destino. Apostar por una medicina más humana es, en el fondo, apostar por otra forma de estar en el mundo: una en la que la dignidad no se negocie, sino que se garantice. Especialmente para esos cuerpos que la historia ha ignorado, relegado, dejado a un costado. Esta apuesta, sin embargo, no se juega solo en el terreno técnico ni en los corredores institucionales: se juega, sobre todo, en el horizonte compartido de lo común. En la voluntad colectiva de sostener un sistema de salud que no solo cure, sino que también sepa cuidar, escuchar, acompañar y, cuando haga falta, transformar.

## Referencias

1. Foucault M. El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. Clave Intelectual; 2021.
2. García Uribe JC. Covid-19 y biopoder: cómo resistir la normalización de una crisis. *mye* [Revista de Internet]. 2021 ene. 4 [citado 3 de mayo de 2025]; 32(1):65-8. Disponible en: <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/470>
3. Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. London: Routledge; 2008.
4. Gracia LE, Templos LA. La pandemia de Covid-19 en México: el papel fundamental de los cuidados paliativos y de la bioética. *mye* [Revista en Internet]. 2021 ene. 4 [citado 23 de abril de 2025]; 32(1):179-95. Disponible en: <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/473>
5. Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Irrecuperables - Jarrampas; 2022.
6. Scheper-Hughes N, Lock MM. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Med Anthropol Q* [Revista en Internet]. 1987 [citado 25 de abril de 2025]; 1(1):6-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
7. Méndez Toledo JR. Beneficios, desafíos y estrategias en la implementación del cuidado humanizado de enfermería en hospitalización: revisión narrativa. *Enfermería: Cuidados Humanos* [Revista en Internet]. 2025 de ene. [citado 24 de abril de 2025]; 14(1): e4309. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v14i1.4309>
8. Honneth A. The Struggle for Recognition: The Moral Grammar of Social Conflicts. ilustrada ed. Cambridge, Mass: Polity Press; 1996.
9. Bourdieu P. Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2002.
10. Farmer P. An Anthropology of Structural Violence. *Curr Anthropol* [Revista en Internet]. 2004 [citado 24 de abril de 2025]; 45(3):305-25. Disponible en: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/382250>

11. Frank AW. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, Second Edition. Chicago London: University of Chicago Press; 2013.
12. Kleinman A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. New York: Basic Books; 1989.
13. Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería (Montev.)* [Revista de Internet]. 11 de junio de 2021 [citado 8 de mayo de 2025]; 10(1):03-17. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2124>
14. Tronto J. *Caring for Democracy: Markets, Equality, and Justice*. New York: New York University Press; 2013. 256 p.
15. Pavón Sánchez R, Covarrubias Gómez A, Bravo Chang M J. Propuesta de protocolo de visita del familiar o acompañante para despedir durante la agonía a pacientes afectados por Covid-19 en México. *mye* [Revista en Internet]. 2021 de ene. 4 [citado 3 de mayo 2025]; 32(1):107-21. Disponible en: <https://revistas.anaahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/471>
16. Palma P. Neoliberalismo, violencia política y salud mental en Perú (1990-2006). *Rev Cienc Salud* [Revista en Internet]. 2019 [citado 2 de mayo 2025]; 17(2):352-72. Disponible en: <https://doi.org/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 [Internet]. *Diario El Pueblo*. 2024 [citado 7 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://diarioelpueblo.com.pe/2024/04/09/politizar-la-salud-y-ladeshumanizacion-de-los-medicos-son-principales-problemas-en-la-region/>
18. Yupari Azabache IL, Diaz Ortega JL, Azabache Alvarado KA, Bardales Aguirre LB. Modelo logístico de factores asociados al Síndrome de Burnout en el personal de salud. *Enf Global* [Revista de Internet]. 1 de octubre de 2022 [citado 1 de mayo de 2025]; 21(4):144-71. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/512491>
19. Ancco Choquecondo RD, Calderón Paniagua DG, Quispe Vilca GR, Pacompia Toza JF, Quispe Vilca J del R. Síndrome de burnout y desempeño laboral en el sector salud del Perú. *revistavive* [Internet]. 8 de mayo de 2023 [citado 17 de septiembre de 2025]; 6(17):491-502. Disponible en: <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i17.240>
20. Castillo Esquivel DY, Harold Bravo Ramírez MR, Esquivel Grados JT, Esquivel Grados MN, Salgado Montenegro FC. Síndrome de Burnout y compromiso organizacional en un hospital público – Perú. *Ciencia Latina* [Internet]. 20 de diciembre de 2022 [citado 17 de septiembre de 2025]; 6(6):8256-71. Disponible en: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.3995](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3995)
21. Pacheco-Venancio Ángela A. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de las unidades críticas de un hospital público de Huánuco, Perú. *Rev Peru Cienc Salud* [Revista en Internet]. 2022 dic. 13 [citado 2 de mayo de 2025]; 4(4):244-8. Disponible en: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.4.395>

22. 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 Med. HNAAA [Revista de Internet]. 1 de febrero de 2025 [citado 7 de mayo de 2025]; 17(4):e2378. Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rcmh-naaa.2024.174.2378>
23. Huarcaya-Victoria J, Calle-González R. Influencia del síndrome de *burnout* y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. Educación Med. [Revista de Internet]. 2021 [citado 7 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.01.006>
24. Amnistía Internacional. Fragmentación en sistema de salud ahonda brechas y desigualdad en el acceso a la salud [Internet]. 2024 [citado 7 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://amnistia.org.pe/noticia/sistema-saludperu-desigualdad-acceso-2024/>
25. Campos Pavone Zoboli E L. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil. Aten Primaria [Revista en Internet]. 1 de agosto de 2010 [citado 8 de mayo de 2025]; 42(8):406-12. Disponible en: <https://doi.org/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 [Revista en Internet]. 2023 [citado 7 de mayo de 2025]; 19:e4486. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4486>
27. González-de Paz L. Una bioética clínica para la atención primaria de salud. Med Fam SEMERGEN [Revista en Internet]. 2013 [citado 8 de mayo de 2025]; 39(8):445-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.02.002>
28. Pérez Ayala M, ¿Por qué hablar de bioética en la atención primaria en salud? Revista Latinoamericana de Bioética [Revista en Internet]. 2016 [citado 6 de mayo de 2025]; 16(2):102-117. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127046821007>
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 [Revista en Internet]. 2019 [citado 2 de mayo de 2025]; 100-5. <http://dx.doi.org/10.17843/rp-mesp.2019.361.4314>
30. Gil-Quevedo W, Agurto-Távora E, Espinoza-Portilla E. Ciudadanos informados y empoderados: claves para el pleno ejercicio de los derechos en salud. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Revista en Internet]. 2017 [citado 3 de mayo de 2025]; 311-5. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2017.342.2747>