

Diálogo entre psicología y bioética: las contribuciones de Michael Balint para la práctica clínica bioética*

*A Dialogue Between Psychology and Bioethics:
Contributions of Michael Balint to Clinical Practice Bioethics*

*Diálogo entre psicologia e bioética: as contribuições
de Michael Balint para a prática clínica bioética*

Gabriela Rueda Martínez**

Resumen

Este artículo tiene como objetivo demarcar un diálogo entre psicología y bioética, a partir de la propuesta de Michael Balint y sus contribuciones, para ser aplicadas en la práctica clínica, específicamente, en el contexto de la salud en Colombia. La metodología se divide en cuatro partes. La primera, expone conceptos, dinámica y experiencias sobre la modalidad grupal; la segunda, presenta reflexiones sobre el proceso de obtención del consentimiento informado y autonomía, concebidas a partir de la Bioética de Intervención; la tercera, expone nociones sobre vulnerabilidad y relaciones de poder, y en la cuarta, se alude a las contribuciones de este método grupal para la práctica clínica bioética, contextualizadas, en la situación colombiana. La propuesta grupal de Balint converge con la práctica de la alteridad, del empoderamiento y de la solidaridad crítica, fundamentos bioéticos que permiten analizar la relación profesional-paciente con una perspectiva colectiva. Ante el deterioro de la relación profesional-paciente en Colombia, es necesario proponer acciones que refuercen la formación humanística de los profesionales. Los grupos Balint son un instrumento dirigido a analizar las especificidades de esta diada que favorecen la búsqueda de formas de enfrentamiento de los desafíos sociales, administrativos y políticos que la impregnan.

Palabras clave: Bioética, psicología, consentimiento informado, relaciones interpersonales, Autonomía, bioética de intervención.

* Este artículo de investigación es original. La autora tiene la responsabilidad del contenido y originalidad del documento. La autora expresa sus agradecimientos a la profesora Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo, del Instituto de Psicología de la Universidade de Brasília, por su colaboración en la realización de este trabajo. Documento entregado el 3 de agosto de 2015 y aprobado el 9 de diciembre de 2015.

** Odontóloga, Universidad Santo Tomás; especialista en Periodoncia y Medicina Oral, Universidad El Bosque; especialista, magíster y estudiante del Doctorado en Bioética del Programa de Pós-Graduação em Bioética de la Universidade de Brasília. Correo: gabrielarueda@aluno.unb.br

Abstract

This article aims to define a dialogue between psychology and bioethics from the proposal of Michael Balint and his contributions, to be applied in clinical practice, specifically in the context of health in Colombia. The methodology is divided into four parts. The first exposes concepts, dynamics and experiences on group mode; the second presents reflections on the process of obtaining informed consent and autonomy, conceived from the Intervention Bioethics; the third, exposes notions of vulnerability and power relations; and the fourth refers to the contributions of this group method to clinical practice bioethics, contextualized in the Colombian situation. Balint group proposals converges with the practice of uniqueness, empowerment and critical solidarity, bioethics fundamentals that analyze the professional-patient relationship with a collective perspective. Given the deterioration of the doctor-patient relationship in Colombia, it is necessary to propose actions to strengthen the humanistic training of professionals. Balint groups are an instrument to analyze the specificities of this dyad that encourage finding ways of coping with social, administrative and political challenges that exist.

Keywords: Bioethics, psychology, informed consent, interpersonal relationships, autonomy, bioethics intervention.

Resumo

Este artigo tem como objetivo demarcar um diálogo entre psicologia e bioética, a partir da proposta de Michael Balint e suas contribuições, para serem aplicadas na prática clínica, especificamente no contexto de saúde na Colômbia. A metodologia se divide em quatro partes. A primeira expõe conceitos, dinâmicas e experiências sobre a modalidade grupal; a segunda apresenta reflexões sobre o processo de obtenção do consentimento informado e da autonomia, concebidas a partir da Bioética de Intervenção; a terceira expõe noções sobre vulnerabilidade e relações de poder e a quarta refere-se às contribuições deste método grupal para a prática clínica bioética, contextualizadas na situação colombiana. A proposta grupal de Balint converge com a prática da alteridade, do empoderamento e da solidariedade crítica, fundamentos bioéticos que permitem analisar a relação profissional-paciente com uma perspectiva coletiva. Frente a deterioração da relação profissional-paciente na Colômbia, é necessário propor ações que reforcem a formação humanística dos profissionais. Os grupos Balint são um instrumento orientado para analisar as especificidades desta díade que incentivem a busca de formas de enfrentamento dos desafios sociais, administrativos e políticos que o permeiam.

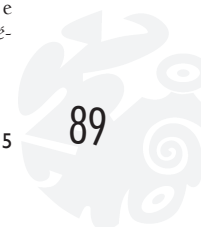
Palavras-chave: Bioética, psicologia, consentimento informado, relações interpessoais, autonomia, bioética de intervenção.

Introducción

El panorama de la literatura nacional e internacional, relacionada con la comunicación en salud es muy amplio; ella engloba diversas especificidades, de acuerdo con el paciente, la enfermedad y su grado de severidad. A su vez, el seguimiento y tratamiento de enfermedades más severas o incapacitantes involucra a otros actores dentro de la comunicación en salud, como los familiares y/o representantes legales del paciente, quienes pueden facilitar o impedir una adecuada comunicación con el profesional.

Esta situación se presenta comúnmente en los cuidados en oncología, en los cuales la comunicación se convierte en un mediador en las acciones sobre prevención, tratamiento e intervenciones en pacientes terminales. Una revisión de estudios sobre comunicación y cáncer estableció que entre los principales temas abordados está la bioética¹. La literatura que integra directamente psicología y bioética enfatiza en reflexiones sobre la

¹ CRISTO, Lilian y ARAÚJO, Tereza Cristina. «Comunicação e oncologia: levantamento de estudos brasileiros». En *Brasília Médica*. Vol. 48, N.º 1, 2011, pp. 50-57.



eutanasia²; igualmente, existen estudios que abordan en forma indirecta la relación entre estos campos del conocimiento^{3,4}.

Hay que destacar que también existen revisiones que interconectan el psicoanálisis y la bioética a partir de una aproximación transdisciplinaria. Ha sido propuesta la deliberación como método de interconexión entre psicoanálisis y bioética, en el entendido que la deliberación es un proceso moral, terapéutico y autoeducativo que conlleva una ganancia de conocimiento⁵.

En este punto es imprescindible realizar una diferenciación conceptual. El psicoanálisis se caracteriza por ser una construcción teórica y de método, para explicar el funcionamiento de la mente humana, por medio de la existencia de procesos mentales inconscientes⁶; por su parte, la psicología se constituye en el análisis de la interacción del hombre con su medio ambiente, hecho relacionado directamente con el comportamiento. El medioambiente se divide en externo, que a su vez se subdivide en físico y social; e interno, clasificado en biológico e histórico; esta categorización explica la fragmentación de la psicología en diversas áreas⁷.

La noción original de bioética establece la preocupación por toda forma de vida existente en la Tierra y su propia preservación, en razón de la evidencia de que los avances científicos y tecnológicos producían beneficios, pero al mismo tiempo, eran fuente de riesgos y daños irreparables para la humanidad, las vidas no humanas y los ecosistemas. Es decir, la concepción original de la bioética va mucho más allá de las cuestiones asociadas al ejercicio de las prácticas en salud⁸.

Hay enfoques en psicología y estudios sobre prácticas en salud que abarcan el impacto tecnológico, hoy en día es un poco difícil establecer estos límites entre campos del saber, por ejemplo:

- GATCHEL, Robert J. *et al.* *The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychological bulletin*, 2007, vol. 133, N.º 4, p. 581.
- SULS, Jerry y ROTHMAN, Alex. Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 2004, vol. 23, N.º 2, p. 119.

En virtud de estas definiciones y entendiendo que cada disciplina dispone de su propia fundamentación y alcances, es posible identificar un punto de convergencia preliminar entre los intereses de la psicología y de la bioética: este es, la interacción del hombre con sus semejantes, con otros seres vivos no humanos y con el medioambiente. Dicha interacción exige un comportamiento responsable. Tal como establecido por Kant⁹ el ser humano como poseedor de valor inherente y poder de autodeterminación

² CARMONA, Daniele Souza; DE OLIVEIRA SANTOS, Fernanda; FONSECA, Sara Lopes. «Bioética, Eutanásia e Psicologia: tecendo algumas reflexões». En *Mnemosine*, Vol. 7, N.º 2, 2011, pp.188-203.

³ LUDWIG, Martha Wallig Brusius *et al.* «Psicoterapia e bioética: aproximando conceitos, aperfeiçoando práticas». En *Psicologia em Estudo*, 2007, Vol. 12, N.º 3, pp. 603-8.

⁴ MONTENEGRO, Keyla. *Cuidados paliativos e psicologia: a legitimação da alteridade como promoção da dignidade humana*. Monografía. Brasília. Centro Universitário de Brasília-Uniceub, Faculdade da educação e da saúde, 2012.

⁵ ÁLVAREZ, Jorge Alberto. «Psicoanálisis y Bioética». En *Revista Latinoamericana de Bioética*. Vol. 15, N.º 1, 2015, pp. 64-79.

⁶ MURGUÍA, Daniel y REYES-TERRA, José María. «El psicoanálisis. Freud y sus continuadores». En *Revista de Psiquiatria del Uruguay*. Vol. 67, N.º 2, 2003, pp. 127-139.

⁷ TODOROV, João Cláudio. «A psicologia como o estudo de interações». En *Psicologia: teoria e pesquisa*. Vol. 23, 2007, pp. 57-61.

⁸ GARRAFA, Volnei. «Introdução à bioética». En *Revista Hospital Universitário Universidade Federal do Maranhão*. Vol. 6, 2005, pp. 9-13.

⁹ KANT, Emanuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Buenos Aires: Porrúa, 1983, p. 183.

para conducir su propia vida, debe actuar con responsabilidad, ser una persona autónoma, lo que implica considerar las consecuencias de sus decisiones.

Los argumentos del presente documento se contextualizan en la relación interpersonal entre profesional de salud y paciente que implica mucho más que una simple interacción con el objetivo de tratar una enfermedad y se constituye en un vínculo profundo de compromiso y confianza para alcanzar la salud del paciente. Esta relación engloba tres factores: primero, la comunicación de informaciones; segundo, la educación del profesional y tercero, la concepción bioética del paciente como sujeto autónomo y empoderado del conocimiento para la toma de decisiones en torno a su salud, capaz de analizar críticamente el mensaje dado por el profesional¹⁰.

Conviene señalar que esta relación se caracteriza por ser, de entrada, asimétrica por cuenta de la posición de poder/saber del profesional y por la vulnerabilidad del paciente que además de no poseer conocimiento científico-técnico, está enfermo y débil¹⁰.

Estas afirmaciones hacen posible señalar algunos aspectos puntuales sobre Balint y su propuesta. Michael Balint¹¹ fue un médico psicoanalista húngaro que creó una modalidad grupal a ser aplicada a estudiantes en proceso de formación médica, con el objeto de optimizar su ejercicio y facilitar el desarrollo de su capacidad para lidiar con las implicaciones

psicológicas¹² experimentadas en la atención clínica. Ha sido sustentada la posibilidad de aplicar esta propuesta grupal en otras relaciones diferentes a la del médico y su paciente, abarcando aquellas relaciones que se dan en el contexto empresarial, como método de enfrentamiento de los problemas laborales en las grandes organizaciones, donde predominan las relaciones de poder¹³.

Al tener en cuenta los tres puntos centrales de la relación profesional de salud-paciente, ya referidos, con la interface preliminar entre los intereses de psicología y bioética, este artículo tiene como objetivo demarcar un diálogo entre estas disciplinas, mediante la propuesta grupal de Michael Balint y sus contribuciones aplicadas en la práctica clínica, específicamente a la realidad del sistema de salud colombiano. A partir de estas interfaces se pretende promover «herramientas» de la psicología orientadas al alcance de una relación ética, con lo que se espera hacer un aporte a la superación de las injusticias sanitarias.

1. METODOLOGÍA

El enfoque metodológico propuesto se divide en cuatro partes. La primera, expone conceptos, dinámicas y experiencias sobre la modalidad grupal Balint; la segunda, presenta reflexiones sobre el proceso de obtención del consentimiento informado y autonomía, concebidas a partir

¹⁰ AGUILAR FLEITAS, Baltasar. «La relación médico-paciente. Dimensiones». En *Revista Uruguaya de Cardiología*, Vol. 29, 2014, pp. 290-4.

¹¹ BRANDT, Juan Adolfo. «Um método e uma técnica para o reco-meço de profissionais: as contribuições de Balint». En BRANDT, Juan Adolfo. *Liderança democrática do trabalho - Grupo Balint*. Curitiba: Juruá, 2011, pp. 81-111.

¹² Balint consideró que las dificultades en la comunicación entre médico y paciente se deben a diversas demandas que varían de acuerdo con tres niveles psíquicos que pueden presentarse en este último. Estos niveles son: nivel de complejo Edipo que se refiere al encuentro entre el sujeto y dos objetos más, con predominio de un lenguaje adulto. El segundo es el nivel de falla básica que engloba el encuentro entre dos y en el que existe limitación o ausencia del habla, con predominio de una comunicación primitiva, más relacionada a las sensaciones. El tercero es el nivel de la creación que se refiere a la ausencia de objetos; por consiguiente, el sujeto está inmerso en sí mismo.

¹³ BRANDT. *Op. cit.*, p. 83.



de la Bioética de Intervención¹⁴, la tercera expone nociones sobre vulnerabilidad y relaciones de poder, y en la cuarta parte, serán aludidas las contribuciones de este método grupal para la práctica clínica bioética, contextualizadas a la realidad de la salud en Colombia.

2. RESULTADOS

2.1 LA PERSPECTIVA GRUPAL DE MICHAEL BALINT

El autor publicó en 1955 su obra, en la cual afirmó la capacidad del profesional para tratar al paciente como un todo y no solo su enfermedad. Del mismo modo, partió de la realidad sobre las asimetrías en la relación profesional-paciente, junto a la alta probabilidad de producir iatrogenias en diversos grados, hecho del cual debe estar plenamente consciente el profesional en el momento de la atención clínica o situación médica, denominación utilizada por el autor¹⁵.

Un postulado balintiano, para destacar, es la transferencia establecida del paciente al profesional y la contratransferencia, manifestada por el profesional hacia su paciente. Esta última es el núcleo del trabajo grupal propuesto por Balint, que basado en los seminarios clínicos, priorizaba aspectos cognitivos y abrió un espacio para el análisis de la contratransferencia, reorientando la discusión del seminario. Dichas interacciones se discuten en el grupo, en función de la enfermedad¹⁶.

Estos conceptos resultaron en la creación de las categorías «médico como medicamento»

y «médico como veneno», en referencia a la influencia del profesional sobre su paciente y realizando su capacidad de salvar o de matar al enfermo. Con fundamento en estas afirmaciones, el punto clave de este trabajo grupal es posibilitar el desarrollo de habilidades en los profesionales que objetiven principalmente: estudiar los aspectos psicológicos y emocionales de la relación profesional-paciente, formar a los clínicos para enfrentarlos y crear un método de entrenamiento que facilite tal enfrentamiento¹⁷.

Con el propósito de analizar la consulta médica, según la perspectiva psicodinámica, Balint propuso fases específicas. La fase desorganizada implica la presentación, por parte del paciente, de su padecimiento; es decir, la oferta de sus síntomas. Por su parte, la fase organizada se caracteriza por el establecimiento de un diagnóstico por parte del profesional, para orientar al paciente y responder a su demanda. Aquí existe una relación dinámica caracterizada por la colaboración entre profesional y paciente, fundamentada en la satisfacción y la frustración¹⁸.

Con respecto a la dinámica de los grupos Balint, el método consiste en el relato de un caso clínico por parte del profesional, quien presenta una situación considerada como problemática, con alto impacto emocional y que afecta el curso adecuado de la relación¹⁹. El relato debe hacerse en forma espontánea, es decir, sin el apoyo de

¹⁴ GARRAFA, Volnei y PORTO, Dora. «Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice». En *Bioethics*. Vol. 17, N.º 5-6, 2003, pp. 399-416.

¹⁵ BALINT, Michael. *O médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu, 2005, pp. 220-222

¹⁶ BRANDT. *Op. cit.*, p.110.

¹⁷ CUNHA, Gustavo Tenório. *Grupos Balint-Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na atenção básica*. Tesis de Doctorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, 2009.

¹⁸ OWENS, Thomas P. *Balint y la medicina general*. [En línea]. [Fecha de consulta 15 de octubre de 2015]. Disponible en <http://www.sumaclick.com/owens/balint-y-la-medicina-general/>

¹⁹ RIBÉ-BUITRÓN, José Miguel. «Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva de Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con atención primaria». En *Norte de Salud Mental*. Vol. 10, N.º 44, 2012, pp.13-27.

historia clínica, exámenes complementarios o notas; igualmente, la narración debe centrarse en el paciente como persona, sin dar prelación a los detalles científico-técnicos sobre diagnósticos, tratamientos y/o intervenciones. El profesional debe presentar al grupo detalles sobre la transferencia realizada por su paciente, revelar sentimientos, reflexiones, pensamientos y reacciones de la atención y considerar el contexto en el cual fue efectuada; además, debe incluir la descripción de aspectos subjetivos del paciente y de las personas que interactúan en el proceso de la atención. El relato debe incluir los aspectos contratransferenciales que el profesional consiga identificar en sí mismo. Después de la exposición del caso, los participantes tienen la oportunidad de formular preguntas, solicitar explicaciones y plantear reflexiones²⁰.

El grupo es dirigido por un psiquiatra o psicoanalista quien debe posicionarse como un participante más y procura un clima de confianza en el grupo que permita a los profesionales manifestar sus dudas y errores sin temores; de este modo, orienta al grupo hacia una mejor comprensión de la relación profesional-paciente. Es conformado por entre ocho y diez profesionales o estudiantes junto a su profesor y los encuentros tienen duración semanal de noventa minutos, fuera del espacio institucional, durante aproximadamente un año y medio²¹.

Un aspecto clave sobre los fundamentos teóricos en los grupos Balint es la creación de los conceptos de transferencia pública y privada²², debida a la preocupación con la exposición de contenidos privados de los pacientes que no deben ser compartidos en público; esta dife-

renciación de la transferencia fue adoptada a su modalidad grupal, para restringir las intervenciones a aquellas consideradas de carácter público.

Por otra parte, es imprescindible aludir a las controversias en torno de la relación médico-paciente, las cuales han sido determinadas por sus papeles y valores. Estos elementos han orientado un análisis sobre la relación ideal que ha planteado cuatro modelos que destacan diferencias sobre características de la relación, por ejemplo, sus objetivos, el deber del profesional y la concepción de la autonomía del paciente. La evaluación sobre la adecuación de cada modelo debe realizarse considerando el caso particular del paciente y su situación clínica²³.

En seguida serán descritos brevemente estos modelos. El modelo paternalista es aquel en el que el médico es tutor del enfermo y decide sobre lo que es mejor para él o ella, sin considerar su participación. El modelo informativo se fundamenta en la obligación del profesional de suministrar toda la información y datos necesarios, incluidos riesgos, beneficios y posibles daños de las intervenciones, para que su paciente tome decisiones autónomas sobre su propia salud. Por su parte, el modelo interpretativo es aquel en el cual el profesional, además de proveer la información necesaria sobre la enfermedad y su tratamiento a su paciente, ejerce un papel consultivo, es decir, orienta y sugiere las intervenciones que mejor satisfagan su salud y sus valores; cabe aclarar que para lograr esta meta, es indispensable que el profesional asuma la vida del paciente como un todo, sin imponer sus propuestas. Por último, se presenta el modelo deliberativo, en el que predomina el diálogo y deliberación conjunta sobre la

²⁰ RIBÉ-BUITRÓN. *Op. cit.*, p.15.

²¹ RIBÉ-BUITRÓN. *Op. cit.*, p.15.

²² BRANDT, Juan Adolfo. «Grupo Balint: aspectos que marcan su especificidad». En *Vinculo-Revista do NESME*. Vol. 2, N.º 6, 2009, pp. 113-219.

²³ EMANUEL, Ezekiel J. y EMANUEL, Linda L. *Cuatro modelos de la relación médico-paciente*. *Bioética para clínicos*. [En línea]. [Fecha de consulta 18 de octubre de 2015]. Disponible en http://rtillo.educsalud.cl/Curso%20Transv%20Bioetica%202012%20/Emanuel%20E.%20Cuatro_modelos_relacion_M-P.pdf



utilidad de los valores asociados a la salud del paciente, orienta la toma de decisiones clínicas, para que el paciente reflexione sobre los valores relacionados con su salud, su importancia y sus implicaciones en el tratamiento²⁴.

Aunque la propuesta grupal de Balint no ofrece un protocolo específico de soluciones para cada uno de los modelos ya mencionados, este enfoque grupal puede ser una respuesta para enfrentar el predominio de las relaciones paternalistas. Es sabido que las asimetrías son determinadas por la posición de poder-saber propia del profesional que se manifiesta en diversas situaciones cotidianas; por ejemplo, falta de explicación clara sobre el diagnóstico, omisión de datos relevantes sobre diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento, falta de verificación de comprensión de las informaciones, falta de exploración sobre miedos del paciente y falta de valorización de sus representaciones culturales sobre el proceso salud-enfermedad. Todos estos aspectos se traducen en fallas en la adhesión terapéutica, fracaso de los tratamientos y aumento de la fragilidad del estado de salud del paciente²⁵.

Las situaciones mencionadas llevan a la iatrogenia, entendida como el resultado negativo de la práctica médica²⁶, que puede presentarse inclusive cuando el médico dispone de los mejores recursos tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento; igualmente, las iatrogenias no solo son producidas por el médico, sino también por todo el equipo de profesionales de la salud. Se han clasificado de diferentes maneras, por ejemplo, pueden tener carácter

físico, relacionado con el uso de fármacos, cirugías innecesarias, mutilaciones y/o carácter psicológico asociado a los comportamientos, actitudes y uso de la palabra²⁷. Por otra parte, la iatrogenia directa es aquella relacionada con la prescripción de medicamentos errónea, fallas en la ejecución de procedimientos y negligencia sobre efectos colaterales de medicamentos y/o procedimientos; la iatrogenia indirecta está asociada al contacto interpersonal y al gran impacto social que produce²⁸.

La iatrogenia, en algunas circunstancias, es producto de una conducta antiética del profesional que desconsidera principios éticos y valores fundamentales como la dignidad humana, autonomía, consentimiento y respeto por la vulnerabilidad e integridad individual. Ocasionalmente, interferencias en la comunicación profesional-paciente, son originadas a partir de una relación asimétrica, hecho que trae como consecuencia iatrogenias.

Un factor interrelacionado con las iatrogenias y con las relaciones asimétricas en salud es la disponibilidad del profesional que se afecta cuando este se presenta como un objeto poderoso y se diferencia de su paciente. En este contexto, el paciente identificará una condición elemental perdida o dañada, denominada por Balint como falta básica²⁹ y referido por Daurella³⁰ como falla básica; en este documento, será aludido este último término. La falla básica se refiere a un nivel psíquico en el que predomina el lenguaje sin sentido, hecho que le impide al paciente realizar una adecuada interpretación de las palabras e informaciones dadas por el

²⁴ EMANUEL, Ezekiel y EMANUEL, Linda. *Op. cit.*, pp. 110-112.

²⁵ CAPRARA, Andrea y RODRIGUES, Josiane. «A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico». En *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol.9, N.º1, 2004, pp. 139-146.

²⁶ MEDEIROS, Felipe. «Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica». En *Revista Brasileira de Educação Médica*. Vol. 31, N.º 2, 2007, pp.180-185.

²⁷ *Ibid.*, p.181.

²⁸ *Ibid.*, p.182

²⁹ BALINT. *Op. cit.*, pp. 23-45.

³⁰ DAURELLA, Neri. *Falla básica y relación terapéutica. La aportación de Michael Balint a la concepción relacional del psicoanálisis*. Madrid: Agora Relacional, 2013, 206 p.

profesional, lo que resulta en una resignificación de las informaciones. La falla básica es originada al inicio de la vida, en respuesta a las discrepancias entre necesidades materiales y psicológicas y los afectos recibidos³¹.

Una comprensión ampliada del proceso de obtención del consentimiento informado, dice que este hace parte de la propia concepción de la relación médico-paciente³²; por tanto, debe ejecutarse en medio de una atmósfera de plena armonía entre los actores, descrita por Balint a partir de la teoría del amor primario³³. El amor primario describe la condición de plena armonía y satisfacción entre madre e hijo, establecida a partir de la vida intrauterina, en la cual predomina el estado líquido, sin la presencia de objetos delineados³⁴. La separación después del nacimiento y el surgimiento gradual de los objetos es compensado por el individuo, ya sea aferrándose a los objetos y/o personas o alejándose de ellos, como formas de recuperar la armonía perdida. Balint denominó estos fenómenos como ocnofilia³⁵ y filobatía³⁶, respectivamente.

El amor primario es el fundamento de las futuras relaciones del individuo, lo que se convierte

en un referencial para alcanzar el recomienzo, es decir, las posibilidades de cambio y de mejoría en el paciente³⁷. La promoción de la atmósfera de armonía entre paciente y profesional, implica que este deberá establecer una relación muy cercana a aquella que prevalecía en el útero materno, durante el estado de amor primario; es decir, se trata de la entera disponibilidad del profesional, para garantizar confianza y seguridad en su paciente³⁸.

Los efectos de los grupos Balint han sido analizados en países como Suecia. Fueron evaluados por médicos que trabajaban el sistema público de salud de este país, mediante cuestionarios aplicados a un grupo experimental, conformado por aquellos que participaban en la modalidad grupal y a un grupo control integrado por médicos que nunca habían participado en dicha actividad. El estudio demostró que los médicos que hicieron parte del grupo Balint experimentaron mayor satisfacción con su trabajo y mayor competencia para enfrentar los problemas emocionales y psicológicos de sus pacientes, y los orientaron a un nuevo entendimiento de la relación con posibles efectos positivos en los pacientes³⁹.

La implementación de la modalidad Balint también fue registrada en España, a partir de los años 60, por un grupo de psicoanalistas de Cataluña⁴⁰. El método Balint fue fuertemente

³¹ RIBÉ-BUITRÓN. *Op. cit.*, p.14.

³² LORDA, Pablo Simón y CONCEIRO CARRO, Luis. «El consentimiento informado. Teoría y práctica (I)». En *Med Clin Barcelona*. Vol.100, 1993, pp. 659-663.

³³ BALINT, Michael. *Primary love and psycho-analytic technique*. Londres: Hogarth Press, 1985.

³⁴ *Ibid.*, p. 102.

³⁵ Se refiere al movimiento de aproximación, indica proximidad entre madre y bebé. En esta posición ocnofílica, el bebé desarrolla la tendencia de buscar intensamente la aproximación al objeto, en procura de un contacto intenso y constante. Esta característica es llevada a la vida adulta y se manifiesta en las relaciones interpersonales.

³⁶ Indica distancia entre madre y bebé. Consiste en administrar distancia y establecer relaciones que admiten cierto distanciamiento; es decir, los objetos significativos serán convocados solo en el caso de necesidad.

³⁷ BRANDT. *Op. cit.*, pp. 203-4.

³⁸ *Ibid.*, p. 204.

³⁹ KJELDMAND, Dorte. «The doctor, the task and the group. Balint groups as a means of developing new understanding in the physician-patient relationship». En *Acta Universitatis Upsaliensis*. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 76 p. [PDF]. [Fecha de consulta 21 de octubre de 2015] Disponible en <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:168540/FULLTEXT01.pdf>

⁴⁰ DAURELLA, Neri. *La aportación de los grupos Balint: una perspectiva actualizada*. [PDF] [Fecha de consulta 21 de octubre de 2015] Disponible en http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Projectes/Salut_Mental_2010/Docs/G_Balint_NDaurella.pdf



difundido durante los años 80; sin embargo, perdió su fuerza, especialmente en la propia comunidad médica⁴¹.

Ribé-Buitrón⁴² presenta una serie de aspectos que influenciaron el decaimiento de este método, a tal punto de ser considerado como innecesarios. Se refiere a los rápidos avances tecnológicos en equipos médicos que repercutieron en la pérdida de la subjetividad, presiones corporativas sobre los profesionales, la concepción de la salud como bien de consumo y la falta de adaptabilidad de la metodología a las características de la asistencia sanitaria española; además, señaló la falta de sentido crítico de los pacientes al recibir respuestas sobre su padecimiento⁴³. Teniendo en cuenta estos factores, el autor problematiza las repercusiones emocionales en los trabajadores de las instituciones de salud y en sus pacientes ocasionadas por la gestión mercantilista de la salud; de este modo, propone los grupos Balint como una forma de enfrentar la inadecuada gestión interna de la salud⁴⁴.

2.2 ALGUNAS EXPERIENCIAS

Experiencias sobre la aplicación de los grupos Balint han sido registradas en el Brasil. Esta consistió en una variación de este método, asociado a los grupos *Paidéia* de cogestión de los colectivos organizados que consideran la necesidad de entender las instituciones como espacios de transformación para alcanzar los objetivos colectivos. La propuesta se denominó *Grupos Balint-Paidéia*⁴⁵. Este método grupal

se adapta a la realidad del Sistema Único de Salud⁴⁶, y engloba la discusión tanto de casos clínicos como de casos gerenciales relacionados con la atención y gestión en salud. A continuación serán referidas dos experiencias sobre esta propuesta.

La primera se presentó en el contexto de la atención básica hospitalaria, como un instrumento para fortalecer la formación de los profesionales de salud y como apoyo a la gestión de una clínica, para reconocer singularidades de individuos y grupos, más reconocida en Brasil como la clínica ampliada. La experiencia fue aplicada en médicos y enfermeros de la red de hospitales en la ciudad de Campinas, estado de São Paulo y determinando que esta conjugación de métodos se constituye en una «herramienta» para el enfrentamiento de los desafíos relacionados con la autonomía tanto del profesional como del paciente, en el ámbito de la gestión de los servicios de salud, no restringidos a la mera relación clínica⁴⁷.

La segunda experiencia relacionada con los grupos *Balint-Paidéia* se presentó asociada al tópico de la comunicación de malas noticias en la Red de Atención Oncológica del Instituto Nacional de Cáncer en Río de Janeiro en 2009. El proyecto incorporó la participación de todos los profesionales involucrados en el manejo de la enfermedad, fundamentados en la realidad sobre la falta de instrumentos para optimizar su capacidad de enfrentar las especificidades inherentes al cáncer. Fue constatado el impacto positivo de este método grupal sobre la salud de los profesionales, y

⁴¹ TIZÓN, Jorge. «Grupos Balint o grupos de reflexión (sobre los componentes relacionales de la asistencia)». En *Temas de psicoanálisis*. Vol. 3, 1998, pp. 7-37.

⁴² RIBÉ-BUITRÓN. *Op. cit.*, p. 18.

⁴³ *Ibid.*, p. 17.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 25.

⁴⁵ CUNHA. *Op. cit.*, p. 10.

⁴⁶ Entiéndase por Sistema Único de Salud como el sistema creado por la Constitución Federal Brasileña de 1988 que establece la salud como derecho social, para garantizar acceso completo, universal y gratuito para la totalidad de los habitantes brasileños. (BRASIL. «Portal da saúde SUS». [En línea] [Fecha de consulta 12 de mayo de 2015] Disponible en <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>

⁴⁷ CUNHA. *Op. cit.*, p. 11.

se estableció la necesidad de dar continuidad a esta propuesta⁴⁸.

En Colombia también se registran experiencias sobre la aplicación de los grupos Balint, específicamente en el contexto de la formación médica. La práctica de internado con énfasis en Medicina Familiar de la Escuela Colombiana de Medicina de la Universidad El Bosque, en Bogotá, abre un espacio para esta modalidad grupal como un espacio académico de la formación de los médicos familiares⁴⁹. Por otro lado, la Pontificia Universidad Javeriana, en la Especialización en Medicina Familiar, establece los seminarios Balint como uno de los componentes longitudinales de su programa⁵⁰.

2.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTONOMÍA: REFLEXIONES A PARTIR DE LA BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN

El consentimiento informado implica un proceso para su obtención, incluida una serie de derechos que, en conjunto, deben ser enmarcados en la discusión sobre el derecho a la salud⁵¹.

⁴⁸ PITOMBO, Luciana y NERI, Regina «Grupos Balint-Paidéia: uma experiência da gestão compartilhada da clínica ampliada na rede de atenção oncológica». En *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação, pp. 47-54. [PDF]. [Fecha de consulta 15 de mayo de 2015] Disponible en http://www.saude.sp.gov.br/recursos/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/comunicacao_de_noticias_dificais.pdf

⁴⁹ UNIVERSIDAD EL BOSQUE. *Internado con énfasis en medicina familiar*. [En línea]. [Fecha de consulta 22 de octubre de 2015]. Disponible en http://www.uelbosque.edu.co/programas_academicos/pregrado/medicina/internado_énfasis_medicina_familiar

⁵⁰ PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Facultad de medicina, especialización en medicina familiar. [En línea]. [Fecha de consulta 22 de octubre de 2015]. Disponible en http://med.javeriana.edu.co/preventiva/Esp_MedFam/Esp_MedFam.htm

⁵¹ OVALLE, Constanza. «Autonomía como condición esencial de la dignidad humana y fundamento del consentimiento informado». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 4, N.º 2, 2009, pp. 241-259.

Además, el consentimiento informado es un instrumento fundamental de la comunicación en salud, definido como la autorización autónoma dada por el paciente al profesional, para que este inicie y ejecute determinado tratamiento; infortunadamente, este instrumento no refleja la calidad de la comunicación, porque ha sido demostrado que la simple firma del consentimiento no garantiza que su obtención respetó a plenitud la autodeterminación del individuo⁵².

Esta situación fue demostrada en el contexto de la investigación con seres humanos y puede estar siendo reproducida en el contexto clínico, especialmente en la atención hospitalaria, por cuenta del entorno burocrático que prioriza el cumplimiento de normas administrativas y perjudica la salud del paciente. Del mismo modo, la alta rotación de los profesionales, determinada por la estructura organizacional hospitalaria, también es un factor que puede afectar negativamente el proceso de obtención del consentimiento informado. Así, este instrumento se convierte en un mero requisito burocrático⁵³ para salvaguardar jurídicamente el nombre del profesional, y se distancia del proceso que debe garantizar la libre elección y voluntad del paciente.

Las prácticas en salud, entre ellas el consentimiento informado, exigen un pleno ejercicio de autonomía, tanto del paciente, como del profesional; por lo tanto, es imprescindible presentar breves nociones sobre este principio.

La autonomía ha sido defendida como principio *prima facie* aplicado a las prácticas en salud; es la capacidad de autoleislación del individuo,

⁵² LORENZO, Cláudio. «O consentimento livre e esclarecido e a realidade do analfabetismo funcional no Brasil: uma abordagem para a norma e para além da norma». En *Revista Bioética*. Vol. 15, N.º 2, 2007, pp. 268-282.

⁵³ LORENZO. *Op. cit.*, p. 273.

considerada por Kant⁵⁴ como fundamento de la dignidad humana. Un acto solo es considerado moral cuando es ejecutado en forma libre. Sin embargo, según la perspectiva de la Bioética de Intervención⁵⁵, la autonomía no es el único fundamento para las prácticas en salud; ellas deben ser analizadas en contexto colectivo que considere los altos índices de pobreza y exclusión social, tal como acontece en la sociedad colombiana. El punto de discusión se centra en el problema de considerar la autonomía como principio máximo, hecho que trae como consecuencia el individualismo y el egoísmo extremos.

Ante esta visión reduccionista, impuesta y difundida por la bioética norteamericana, han sido propuestos otros conceptos como la solidaridad crítica, alteridad y empoderamiento, entre otros, como elementos teóricos contextualizados en la realidad de los países en vía de desarrollo, con la meta de garantizar el libre ejercicio de la autonomía de los más frágiles⁵⁶.

Reconocer el valor de esta propuesta bioética originada en América Latina posibilita analizar la distorsión que sufrió la relación profesional-paciente en Colombia como consecuencia de la mercantilización de la salud. El modelo neoliberal de la salud promovió la pérdida de autonomía y capacidad de decisión del profesional sobre la salud de su paciente, porque incorporó en esta diada a la justicia como vía para garantizar la prestación del servicio⁵⁷. Igualmente, intereses comerciales también están afectando el ejercicio de autodeterminación del profesio-

nal, hecho que repercute en el bienestar de los pacientes. Márquez⁵⁸ explica que esta situación promueve la pérdida del verdadero sentido de la relación terapéutica, porque precariza a las profesiones de la salud y perjudica seriamente a los pacientes, que reciben el peso de las injusticias sanitarias. Ante este escenario, se ve como una situación de carácter colectivo, la privatización del sistema de salud colombiano, afecta negativamente la relación entre profesionales y pacientes, la cual ha sido analizada, según una perspectiva individualista, por la bioética estadounidense. Por consiguiente, conviene ampliar el enfoque bioético de las dinámicas en salud colombianas.

2.4 VULNERABILIDAD Y RELACIONES DE PODER EN EL CONTEXTO PROFESIONAL-PACIENTE

La capacidad del paciente para tomar decisiones en forma libre, informada y empoderada sobre su salud, se limita de acuerdo con su grado de vulnerabilidad. El concepto de vulnerabilidad engloba la idea de dependencia⁵⁹ que a su vez impide y amenaza la libertad de elección de los individuos, afecta su dignidad humana y el pleno ejercicio del derecho a la salud. Por tanto, una persona vulnerable no será libre y en consecuencia, no será autónoma. Estas afirmaciones van al encuentro con las críticas a las prácticas mercantilistas en torno a los servicios de salud, en las que esta última se reduce a un bien con valor comercial.

Según Foucault⁶⁰, el ejercicio del derecho a la salud está influenciado por fuerzas políticas; es

⁵⁴ KANT. *Op. cit.*, p. 124.

⁵⁵ GARRAFA, Volnei. «De una bioética de principios a una bioética interventiva». En *Revista Bioética*. Vol. 13, N.º 1, 2005, pp.125-134.

⁵⁶ GARRAFA. *Op. cit.*, p. 130.

⁵⁷ MÁRQUEZ, Jorge. «Relación médico-paciente y mercado de la salud en Colombia». En *Interface, comunicação, saúde, educação*. Vol. 18, N.º 50, 2014, pp. 609-617.

⁵⁸ MÁRQUEZ. *Op. cit.*, p. 611.

⁵⁹ GARRAFA, Volnei y PRADO, Mauro Machado. «Mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social». En *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 17, N.º 6, 2001, pp.1489-96.

⁶⁰ FOUCAULT, Michael. *Microfísica del Poder*. Madrid: La Piqueta, 1979, pp. 82-94.

decir, la vida física y biológica pasó a ser interés del Estado que desarrolla una organización de poder sobre la vida humana, lo que denominó *biopoder*, el cual es considerado como requisito para el desarrollo del capitalismo. Para el autor, los hospitales y en general, las instituciones de salud, son laboratorios de poder, donde predominan mecanismos de vigilancia dirigidos a disciplinar el comportamiento humano, con vistas a la utilidad económica. Por consiguiente, las instituciones de salud son lugares en los cuales se materializa el *biopoder* y en los que los profesionales hacen parte de un orden jerárquico del aparato de producción⁶¹.

En virtud de estos conceptos, el *biopoder* repercute en la salud, mediante la producción de nuevas y más sofisticadas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, junto a la medicina genómica que idealiza un futuro en el cual el ser humano no sufra de enfermedad alguna⁶². Según esta perspectiva, se deduce que el *biopoder* se materializa mediante los sistemas de salud privatizados, predominantes en los países en vías de desarrollo como Colombia, donde el interés económico impregna la relación entre el Estado y los usuarios y se desprotegen a aquellos que no pueden pagar por los servicios de salud. Así mismo, la gestión mercantilista de la vida y de la salud reproduce las relaciones asimétricas entre profesional y paciente, lo que se manifiesta en la negación del servicio, sobrecarga de trabajo para el profesional de salud, tiempo limitado para atender al paciente, dificultades para el acceso a los medicamentos y exigencias administrativas de tipo burocrático, tanto para profesionales como para los usuarios del sistema, que impiden al profesional responder efectivamente a la vulnerabilidad de su paciente.

⁶¹ *Ibid.*, p. 90

⁶² JUNGES, José Roque. «Direito à saúde, biopoder e bioética». En *Interface-Comunicação Saúde Educação*. Vol. 13, N.º 29, 2009, pp. 285-295.

En este contexto, las asimetrías entre profesionales y pacientes toman una mayor dimensión, asociada a los desafíos impuestos por las injusticias sanitarias que a su vez exigen la ampliación de las obligaciones morales de los profesionales de la salud más allá de su práctica cotidiana. Para materializar estas obligaciones morales y considerando la educación del profesional como un aspecto fundamental de la relación con su paciente, son necesarias estrategias prácticas que refuercen la formación humanística de los profesionales⁶³. Los grupos Balint se configuran como una de estas estrategias.

3. DISCUSIÓN

A partir de los argumentos presentados, es posible identificar tres contribuciones fundamentales de los Grupos Balint para la práctica clínica bioética:

El ejercicio de los grupos Balint objetiva optimizar la conciencia del profesional sobre el proceso que se desarrolla en la mente de su paciente durante la atención clínica; este objetivo, converge con el papel de la alteridad⁶⁴, que exige el reconocimiento y entendimiento del otro; esta es la primera contribución de la referida modalidad grupal a la práctica clínica bioética. En otras palabras, el paciente tiene derecho a hablar, ser escuchado y ser visto en su totalidad; así como, el profesional debe estar dispuesto y tener la capacidad para escucharlo, hablarle y verlo integralmente. La alteridad fue propuesta como referencial bioético por Lévi-

⁶³ Esta afirmación no pretende individualizar en los profesionales la responsabilidad por la atención descalificada, sino que, es recomendable que ante los desafíos impuestos por la mercantilización de la salud, se abran espacios para perfeccionar su habilidad crítica sobre el entorno social, el sistema del cual hacen parte, su gestión y administración, con vistas a la superación progresiva de las injusticias sanitarias.

⁶⁴ HOSSNE, William Saad y SEGRE, Marco. «Dos referenciais da bioética- a alteridade». En *Revista Bioethikos*. Centro Universitário São Camilo, Vol. 5. N.º 1, 2011, pp. 35-40.



nas⁶⁵, considerando la realidad del otro en una relación asimétrica y no recíproca; enfatiza en la responsabilidad del agente por el otro sin esperar nada a cambio. A pesar de la condición de dominación del profesional y de sumisión del paciente, en esta relación no debe existir posesión del uno sobre el otro.

La propuesta de Balint destaca la comprensión del paciente, fundamentado en la teoría de amor primario. Está interconectada con la alteridad, asume una total armonía del sujeto con su entorno y lo conduce a una satisfacción psíquica en sus relaciones interpersonales. Además, la alteridad ha sido incorporada a la reflexión bioética en América Latina, con vistas al enfrentamiento de las problemáticas persistentes que afectan a los países en vías de desarrollo, particularmente, a las poblaciones más vulnerables de la sociedad. Este referencial se articula con otros principios como la justicia, la equidad, la solidaridad crítica y las 4 «Pes»: prevención de posibles iatrogenias, precaución frente a lo desconocido, prudencia con respecto a los nuevos avances y protección de los más frágiles⁶⁶. Por consiguiente, la propuesta de Balint converge con esta concepción bioética.

La segunda contribución de los grupos Balint se relaciona con el empoderamiento de la sociedad como un todo, como elemento para que los sujetos vulnerables, alcancen su autonomía y su inclusión social⁶⁷. La idea del empoderamiento enfatiza en la dimensión social de cada individuo, es decir, las instituciones, los grupos sociales, la familia, etc., y revela que las decisiones individuales tienen repercusión en otros segmentos sociales. El empoderamiento ha sido

propuesto como elemento que equilibra las relaciones asimétricas. El individuo empoderado es aquel conocedor competente de su propio cuerpo y mente⁶⁸.

Un método grupal como el propuesto por Balint que procura capacitar al profesional de salud para establecer una atmósfera de armonía con su paciente, indispensable para el entendimiento pleno de las informaciones sobre la enfermedad y su tratamiento, se constituye en un instrumento orientado al empoderamiento del profesional de salud y del paciente. Balint a partir de su trabajo en la clínica Tavistock en Londres, asumió la responsabilidad de apoyar el trabajo de los profesionales, para ayudarlos a enfrentar los desafíos asociados a las relaciones de poder.

A pesar de que la actividad grupal creada por Balint no estaba articulada a la gestión en el sistema de salud londinense, en Brasil, con la propuesta de los grupos *Balint-Paidéia*, se pretende efectuar dicha articulación y abrir la discusión no solo a casos con pacientes, sino también a casos de tipo gerencial, institucional y de salud colectiva, sin que se torne en un espacio decisorio⁶⁹. De este modo, se procura interconectar la clínica con la política, como estrategia para la optimización de la calidad en la atención de los pacientes, así como enfrentar la gestión hegemónica que impide el trabajo inter- y transdisciplinar. Por estas razones, la propuesta de Balint se asocia directamente con el empoderamiento, porque un profesional empoderado de la situación de su entorno laboral, social y de las condiciones de la población que atiende, lucha para la implementación de un sistema más justo.

⁶⁵ LEVINAS, Emmanuel. *Ética e infinito: diálogos com Philippe Nemo*. Lisboa: Edições 70, 1988, pp.111-5.

⁶⁶ GARRAFA. *Op. cit.*, p.130.

⁶⁷ GARRAFA, Volnei. «Inclusão social no contexto político da bioética». En *Revista Brasileira de Bioética*. Vol. 1, N.º 2, 2005, pp.122-132.

⁶⁸ LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana María y MADEIRA, Wilma. «Hipertrofia das mediações, internet e empoderamento no campo da saúde-doença». En *Saúde e Sociedade*, Vol.16, N.º 3, 2007, pp. 149-157.

⁶⁹ CUNHA. *Op. cit.*, p. 61.

La tercera contribución de los grupos Balint para la práctica clínica bioética se asocia con el ejercicio de la solidaridad crítica que enfatiza en la necesidad de que el agente proporcione al otro la conquista de su propia autonomía, libre de paternalismos y autoritarismos, para alcanzar libertad individual; dicha intervención lleva a la transformación de una sociedad incluyente contraria a los actos solidarios que perpetúan la condición pasiva del beneficiario⁷⁰. El término *crítica* implica el reconocimiento de dos elementos presentes en la relación solidaria: el social y el político que generan la capacidad de intervenir activamente en la creación de políticas públicas⁷¹.

Importa resaltar que en Colombia, la promulgación de la Ley 100 de 1993⁷² estableció la solidaridad como uno de sus ejes, como práctica de ayuda recíproca entre personas de diferentes niveles socioeconómicos; su objetivo fue alcanzar una mayor cobertura de los servicios, para que poblaciones de escasos recursos fueran solidariamente ayudadas por los sectores más poderosos de la sociedad⁷³. Sin embargo, conviene apuntar el papel del sistema complementario

de salud y de la medicina prepagada, en el cual personas con mayor capacidad de pago pagan un valor adicional para obtener un servicio de salud de mejor calidad y oportunidad. Este hecho demuestra que el derecho a la salud solo es garantizado totalmente para las personas más ricas de la sociedad y garantizan, en forma parcial para los demás estratos socioeconómicos.

La fragmentación del sistema conduce a la falta de solidaridad en la sociedad, aumenta las desigualdades y en consecuencia la exclusión social. Esta realidad se constituye en una forma de solidaridad asistencial, en la que el paternalismo del Estado no transforma efectivamente las inequidades entre quien ayuda y quien es ayudado, lo que genera una condición permanente de sumisión de los sectores más frágiles de la sociedad⁷⁴.

En este contexto, es urgente despertar la conciencia de los profesionales de la salud sobre el tipo de solidaridad que están reproduciendo en su práctica clínica. Los grupos Balint priorizan los aspectos de la contratransferencia realizada por el profesional a su paciente, durante la atención clínica y se constituyen en una estrategia para capacitar a los profesionales, para que identifiquen las repercusiones de sus actividades, su práctica institucional, su realidad social y la realidad de sus pacientes; de este modo, es posible avanzar más allá del simple tratamiento de una enfermedad y alcanzar una verdadera solidaridad crítica y calidad de los servicios de salud.

CONCLUSIONES

La propuesta grupal de Balint converge con la práctica de la alteridad, del empoderamiento y de la solidaridad crítica, fundamentos bioéticos que permiten analizar la relación profesional-

⁷⁰ SELLI, Lucilda y GARRAFA, Volnei. «Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico». En *Revista Saúde Pública*. Vol. 39, N.º 3, 2005, pp. 473-8

⁷¹ SELLI, GARRAFA. *Op. cit.*, p. 477.

⁷² Ley que creó en Colombia, el Sistema de Seguridad Social Integral, conformado por los regímenes para pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios. (COLOMBIA. Ley 100 de 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones-. [PDF]. [Fecha de consulta 14 de junio de 2014]. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200100%20DE%201993.pdf>

⁷³ A partir de este fundamento fueron creados los regímenes contributivo y subsidiado en el Sistema de Seguridad Social en Salud; el primero conformado por población con capacidad de pago que cubren los costos de la cobertura de los servicios; por su parte, en el régimen subsidiado es incluida la población sin ingresos suficientes para su inclusión en el sistema. HERNANDEZ, Mario. «Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia». *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 18, N.º 4, 2002, pp. 991-1001.

⁷⁴ GARRAFA, Volnei y SOARES, Sheila. «O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética». En *Revista Bioethikos*. Vol. 7, N.º 3, 2013, pp. 247-258.



paciente con una perspectiva colectiva. A su vez, el ejercicio de estos grupos refuerza los tres aspectos fundamentales de la relación entre profesional y paciente: la comunicación de las informaciones, la educación del profesional y la concepción del paciente como persona autónoma y empoderada. Con base en estos argumentos es posible un diálogo entre psicología y bioética.

El evidente deterioro de la relación profesional-paciente en Colombia, producto de la mercantilización de la salud, hace necesario proponer acciones orientadas al refuerzo de la formación humanística de los profesionales. Estas actividades no deben limitarse al periodo de formación académica; conviene incluirlas en el ámbito laboral de los servicios públicos de salud, donde se materializan las prácticas hegemónicas. Los grupos Balint se constituyen en un instrumento orientado a analizar las especificidades de la relación entre profesional y paciente, para favorecer la búsqueda de formas de enfrentamiento de los desafíos sociales, administrativos y políticos, asociados a este tipo de relación.

Es necesario realizar estudios que evalúen la viabilidad de los grupos Balint, adaptados a la práctica clínica en el sistema de salud colombiano, dirigido a la totalidad de profesionales que prestan servicios en los diversos niveles de atención, como instrumento que permita reconocer al paciente más allá de los diagnósticos, pronósticos y planes de tratamiento. La evaluación sobre la viabilidad de este método grupal en Colombia permitirá formular propuestas dirigidas al enfrentamiento bioético de los desafíos impuestos por el sistema de salud neoliberal.

Bibliografía

- AGUILAR FLEITAS, Baltasar. «La relación médico-paciente. Dimensiones». En *Revista Uruguaya de Cardiología*, Vol. 29, 2014.
- ÁLVAREZ, Jorge Alberto. «Psicoanálisis y Bioética». En *Revista Latinoamericana de Bioética*. Vol. 15, N.º 1, 2015.
- BALINT, Michael. *O médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu, 2005.
- _____. *Primary love and psycho-analytic technique*. Londres: Hogarth Press, 1985.
- BRANDT, Juan Adolfo. «Grupo Balint: aspectos que marcam sua especificidade». En *Vínculo-Revista do NESME*. Vol. 2, N.º 6, 2009.
- _____. «Um método e uma técnica para o começo de profissionais: as contribuições de Balint». En BRANDT, Juan Adolfo. *Liderança democrática do trabalho - Grupo Balint*. Curitiba: Juruá, 2011.
- BRASIL. «Portal da saúde SUS». [En línea] [Fecha de consulta 12 de mayo de 2015] Disponible en <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>
- CAPRARA, Andrea y RODRIGUES, Josiane. «A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico». En *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol.9, N.º1, 2004.
- CARMONA, Daniele Souza; DE OLIVEIRA SANTOS, Fernanda; FONSECA, Sara Lopes. «Bioética, Eutanásia e Psicologia: tecendo algumas reflexões». En *Mnemosine*, Vol. 7, N.º 2, 2011.
- COLOMBIA. Ley 100 de 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones-. [PDF]. [Fecha de consulta 14 de junio de 2014]. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%20100%20DE%201993.pdf>
- CRISTO, Lilian y ARAÚJO, Tereza Cristina. «Comunicação e oncologia: levantamento de estudos brasileiros». En *Brasília Médica*. Vol. 48, N.º 1, 2011.
- CUNHA, Gustavo Tenório. *Grupos Balint-Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na atenção básica*. Tesis de Doctorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, 2009.
- DAURELLA, Neri. *Falla básica y relación terapéutica. La aportación de Michael Balint a la concepción relacional del psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional, 2013.
- _____. *La aportación de los grupos Balint: una perspectiva actualizada*. [PDF] [Fecha de consulta 21

- de octubre de 2015] Disponible en http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Projectes/Salut_Mental_2010/Docs/G_Balint_NDaurella.pdf
15. EMANUEL, Ezekiel J. y EMANUEL, Linda L. *Cuatro modelos de la relación médico-paciente. Bioética para clínicos*. [En línea]. [Fecha de consulta 18 de octubre de 2015]. Disponible en http://rillo.educsalud.cl/Curso%20Transv%20Bioetica%202012%20Emanuel%20E.%20Cuatro_modelos_relacion_M-P.pdf
 16. FOUCAULT, Michael. *Microfísica del Poder*. Madrid: La Piqueta, 1979.
 17. GARRAFA, Volnei y PORTO, Dora. «Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice». En *Bioethics*. Vol. 17, N.º 5-6, 2003.
 18. GARRAFA, Volnei y PRADO, Mauro Machado. «Mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social». En *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 17, N.º 6, 2001.
 19. GARRAFA, Volnei y SOARES, Sheila. «O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética». En *Revista Bioethikos*. Vol. 7, N.º 3, 2013, pp. 247-258.
 20. GARRAFA, Volnei. «De una bioética de principios a una bioética interventiva». En *Revista Bioética*. Vol. 13, N.º 1, 2005.
 21. _____. «Inclusão social no contexto político da bioética». En *Revista Brasileira de Bioética*. Vol. 1, N.º 2, 2005.
 22. _____. «Introdução à bioética». En *Revista Hospital Universitário Universidade Federal do Maranhão*. Vol. 6, 2005.
 23. HERNANDEZ, Mario. «Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia». *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 18, N.º 4, 2002.
 24. HOSSNE, William Saad y SEGRE, Marco. «Dos referenciais da bioética- a alteridade». En *Revista Bioethikos*. Centro Universitário São Camilo, Vol. 5. N.º 1, 2011.
 25. JUNGES, José Roque. «Direito à saúde, biopoder e bioética». En *Interface-Comunicação Saúde Educação*. Vol. 13, N.º 29, 2009.
 26. KANT, Emanuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Buenos Aires: Porrúa, 1983.
 27. KJELDMAND, Dorte. «The doctor, the task and the group. Balint groups as a means of developing new understanding in the physician-patient relationship». En *Acta Universitatis Upsaliensis*. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 76 p. [PDF]. [Fecha de consulta 21 de octubre de 2015] Disponible en <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:168540/FULLTEXT01.pdf>
 28. LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana María y MADEIRA, Wilma. «Hipertrofia das mediações, internet e empoderamento no campo da saúde-doença». En *Saúde e Sociedade*, Vol.16, N.º 3, 2007.
 29. LEVINAS, Emmanuel. *Ética e infinito: diálogos com Philippe Nemo*. Lisboa: Edições 70, 1988.
 30. LORDA, Pablo Simón y CONCHEIRO CARRO, Luis. «El consentimiento informado. Teoría y práctica (I)». En *Med Clin Barcelona*. Vol.100, 1993.
 31. LORENZO, Cláudio. «O consentimento livre e esclarecido e a realidade do analfabetismo funcional no Brasil: uma abordagem para a norma e para além da norma». En *Revista Bioética*. Vol. 15, N.º 2, 2007.
 32. LUDWIG, Martha Wallig Brusius *et al.* «Psicoterapia e bioética: aproximando conceitos, aperfeiçoando práticas». En *Psicologia em Estudo*, 2007, Vol. 12, N.º 3.
 33. MÁRQUEZ, Jorge. «Relación médico-paciente y mercado de la salud en Colombia». En *Interface, comunicación, saúde, educação*. Vol 18, N.º 50, 2014.
 34. MEDEIROS, Felipe. «Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica». En *Revista Brasileira de Educação Médica*. Vol. 31, N.º 2, 2007.
 - 35.
 36. MONTENEGRO, Keyla. *Cuidados paliativos e psicologia: a legitimação da alteridade como promoção da dignidade humana*. Monografía. Brasília. Centro Universitário de Brasília-Uniceub, Faculdade da educação e da saúde, 2012.
 37. MURGUÍA, Daniel y REYES-TERRA, José María. «El psicoanálisis. Freud y sus continuadores». En *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 67, N.º 2, 2003.
 38. OVALLE, Constanza. «Autonomía como condición esencial de la dignidad humana y fundamento del consentimiento informado». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 4, N.º 2, 2009.
 39. OWENS, Thomas P. *Balint y la medicina general*. [En línea]. [Fecha de consulta 15 de octubre de 2015].

- Disponible en <http://www.sumaclick.com/owens/balint-y-la-medicina-general/>
40. PITOMBO, Luciana y NERI, Regina «Grupos Balint-Paidéia: uma experiência da gestão compartilhada da clínica ampliada na rede de atenção oncológica». En *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação, pp. 47-54. [PDF]. [Fecha de consulta 15 de mayo de 2015] Disponible en http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/comunicacao_de_noticias_dificeis.pdf
 41. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Facultad de medicina, especialización en medicina familiar. [En línea]. [Fecha de consulta 22 de octubre de 2015]. Disponible en http://med.javeriana.edu.co/preventiva/Esp_MedFam/Esp_MedFam.htm
 42. RIBÉ-BUITRÓN, José Miguel. «Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva de Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con atención primaria». En *Norte de Salud Mental*. Vol. 10, N.º 44, 2012.
 43. SELLI, Lucilda y GARRAFA, Volnei. «Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico». En *Revista Saúde Pública*. Vol. 39, N.º 3, 2005.
 44. TIZÓN, Jorge. «Grupos Balint o grupos de reflexión (sobre los componentes relacionales de la asistencia)». En *Temas de psicoanálisis*. Vol. 3, 1998.
 45. TODOROV, João Cláudio. «A psicologia como o estudo de interações». En *Psicologia: teoria e pesquisa*. Vol. 23, 2007.
 46. UNIVERSIDAD EL BOSQUE. *Internado con énfasis en medicina familiar*. [En línea]. [Fecha de consulta 22 de octubre de 2015]. Disponible en http://www.uelbosque.edu.co/programas_academicos/pregrado/medicina/internado_énfasis_medicina_familiar