

Sumario

junio 2020

número **53**
ISSN 2174 - 8292

Editorial

Pandemias. **Diego Gracia** 1

A Fondo

- Identificação dos conflitos mais comuns experienciados por médicos não paliativistas no atendimento de pacientes em fim de vida. **Bruno Budicin, Mariana G. P. Aroeira-Neves, Josimário Silva** 3
- Ética en, para y de la Salud Pública. **Andreu Segura** 22
- La única vía para garantizar que la Gestación Subrogada sea éticamente correcta. **Dr. Ramón Ortega Lozano** 36
- ¿Certificación en buenas prácticas éticas de la investigación? Una necesidad para incentivar la producción científica. **Guillermo Droppelmann, Felipe Feijoo, David Prieto** 47
- COVID-19, salud pública y medioambiente. **Carlos Pose** 64

En Persona

Entrevista a Michael Barilan. **Diego Gracia** 77

Deliberando

Discriminación por creencias religiosas. **José Felipe Solsona Durán** 86

La opinión del experto

- Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los médicos de España. **Emilio Bouza, P.R. Gil-Monte (Ed.)** 91
- Situación general de la infección en el anciano en España: un documento multidisciplinar de opinión. **Emilio Bouza (Ed.)** 142

Hemos Leído

Serrano Martínez, M. (2019). *Los últimos días. Razón y práctica de los cuidados paliativos*. Madrid: Digital Reasons. **Diego Gracia** 187

Gracia, D. (2019). *Bioética mínima*. Madrid: Triacastela. **Carlos Pose** 191

Álvarez Díaz, J. A. (2016). Aspectos éticos de la nanotecnología en la atención a la salud. Coyoacán: Ed. Universidad Autónoma Metropolitana. **Bárbara Rubio** 196

PANDEMIAS

Diego Gracia

Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud

Las enfermedades se clasifican, de acuerdo con sus características, de varios modos. Uno, muy clásico, es dividir las en agudas y crónicas. Se encuentra ya en la literatura hipocrática. Otro es diferenciar las que afectan a individuos aislados de las que se extienden por poblaciones. En este último caso, puede suceder que estén presentes en un medio de modo continuo, en cuyo caso hablamos de enfermedades endémicas, o que se extiendan por toda o por una parte importante de la población, pero de forma aguda, discontinua o intermitente. En este caso se habla de enfermedades epidémicas. Cuando una epidemia afecta no a una población concreta, sino que invade el globo entero, se habla de pandemia.

Todo ser vivo necesita un medio adecuado para nacer, crecer y reproducirse. El ser vivo, por tanto, sólo alcanza su estabilidad vital en su medio propicio. Esta idea del medio de los seres vivos, que hoy puede parecer trivial, no empezó a cobrar relevancia teórica más que en la segunda mitad del siglo XIX, cuando el médico y naturalista Ernst Haeckel publicó, en 1866, su libro *Morfología general de los organismos*. En él introdujo el término “ecología”, que vincula indisolublemente la “vida” con el “medio” (*Umwelt*), de tal modo que cuando el medio resulta inadecuado para un ser vivo, éste desaparece, muere. Lo cual significa que no es correcta la tesis, vigente durante la mayor parte de la historia occidental, de que el ser humano está dotado de una condición ontológica completamente distinta de la del medio en que habita. Aún a finales del siglo XVIII podía afirmar Kant que el ser humano es “fin” en sí mismo, en tanto que la naturaleza tiene sólo la condición de “medio”, del que aquél puede disponer a discreción. El ser humano, dada su condición de fin, está dotado, dijo Kant, de “dignidad”, a diferencia de los demás seres de la naturaleza, que no tienen otro valor que el de su “precio”. Ha sido durante el último siglo cuando ha ido abriéndose paso la idea de que, si el ser humano está dotado de dignidad, y si para ejercerla necesita encontrarse en un medio adecuado, éste no puede ser visto como una mera mercancía que se compra y se vende, sino que ha de participar también en alguna medida de la condición de fin en sí mismo. Este es el origen de todo el movimiento ecológico operado en la última centuria.

Era necesaria esta introducción para enfocar en sus justos términos el tema de las enfermedades epidémicas, y con más razón el de las pandémicas. Las infecciones son consustanciales a la propia estructura de la vida sobre la tierra. Pero por más que pueda parecer extraño, las epidemias no se han dado siempre en la historia humana, aunque solo sea porque para que puedan existir es necesario que los individuos se concentren en poblaciones y vivan hacinados, lo cual parece que no se dio en las primeras etapas de la humanidad. La concentración urbana comenzó con la

denominada “revolución neolítica”. De la vida nómada propia del paleolítico se pasó a otra sedentaria, propiciada por el descubrimiento de dos técnicas fundamentales, el cultivo de la tierra y la domesticación de los animales. En los poblados neolíticos los seres humanos vivieron en íntima relación con los animales, convertidos en ayuda fundamental para el cultivo de la tierra y en suplemento proteico en su alimentación.

La revolución neolítica alteró los ecosistemas de muchas especies animales. En epidemiología se denomina “reservorio” al ser vivo en que un determinado microorganismo crece y se multiplica sin causarle enfermedad. Caso de ser “susceptible” y enfermar, el sistema inmunitario reaccionará intentando destruir al intruso, que por tanto no podrá convertirse en “huésped”. Cuando los reservorios se encuentran en la proximidad de especies susceptibles, se hace posible el contagio, bien por contacto directo, bien a través de los llamados “vectores”. Si el contagio no afecta a individuos aislados sino a poblaciones, la enfermedad cobra carácter “epidémico”.

Esta breve descripción de lo que cabe llamar la “historia natural” de la enfermedad epidémica permite deducir varias conclusiones de gran relevancia. La primera, que los microorganismos patógenos no lo son para todas las especies sino solo para algunas, las susceptibles. La segunda, que los gérmenes viven y se reproducen por lo general en especies no susceptibles, que se convierten de ese modo en su “medio” adecuado. En ellas el huésped y el hospedador viven en equilibrio “ecológico”. La tercera es que la infección epidémica se debe siempre a la alteración de ese equilibrio. Esto último puede producirse por varias vías. Una, la proximidad entre los animales que hacen de reservorios y los individuos de especies susceptibles. De lo que cabe concluir que las infecciones epidémicas (hay epidemias no infecciosas) son debidas, por lo general, a la alteración o ruptura de los equilibrios ecológicos. Pero como los espacios ecológicos no están perfectamente delimitados, es frecuente la invasión por una especie del territorio de otra. Es el proceso de “lucha por la existencia” que describió Darwin. Su término será el logro de un nuevo equilibrio en el organismo mejor dotado, una vez que haya hecho desaparecer al rival.

Si la especie humana se caracteriza por algo, es por su capacidad para invadir espacios propios de otras especies vivas. Su peculiar inteligencia le permite extender su dominio al conjunto de la naturaleza, haciendo del medio (*Umwelt*) un mundo (*Welt*). De ahí a considerar que todas las otras especies biológicas han de estar a su servicio no hay más que un paso. Y si algunas de ellas amenazan su integridad física, la táctica apropiada será el exterminio, su erradicación. Durante muchos siglos, eso no pasó de ser un deseo imaginario e irreal. Pero con la aparición hace ahora ciento cincuenta años de los medicamentos llamados “quimioterápicos”, y, sobre todo, a mediados del siglo XX, de los “antibióticos”, el ser humano creyó llegada la hora de hacer realidad su vieja aspiración: erradicar todos sus gérmenes potencialmente patógenos de la faz de la tierra. Aún recuerdo la sorpresa que me produjo la predicción que oí a Gregorio Marañón a comienzos de la década de los años cincuenta, en plena euforia de la naciente era antibiótica, de que se acercaba la fecha en que la parte dedicada a las enfermedades infecciosas desaparecería de los libros de Medicina, una vez erradicados de la faz de la tierra todos los microorganismos patógenos para la especie humana.

Huelga decir que Marañón se equivocó. Pero no fue solo él. Su error lo compartía toda la cultura occidental. En el fondo, él no hizo otra cosa que repetir lo expresado por Kant siglo y medio antes. La cultura occidental ha vivido en este gravísimo error. De él hemos ido despertando poco a poco, al caer en la cuenta de las llamadas “resistencias” de los microorganismos, que provocábamos nosotros mismos al intentar exterminarlos. Sin darnos cuenta, estábamos acabando con los susceptibles y seleccionando las cepas más peligrosas, las resistentes a nuestras balas mágicas. Y fuimos aprendiendo que la mejor defensa contra los gérmenes patógenos son los gérmenes que llamamos “saprofitos”, aquellos que están ecológicamente adaptados a nuestro medio y que por ello no producen enfermedades en la especie humana, pero sí ayudan a mantener a raya a los patógenos. Y poco a poco, la medicina ha ido cambiando su táctica “exterminadora” por otra algo más “ecológica”.

Estamos en plena pandemia del virus SARS-CoV-2. Epidemias, e incluso pandemias, ha habido bastantes a lo largo de la historia. Los historiadores las han descrito con mucho detalle. La Fundación de Ciencias de la Salud dedicó hace años un ciclo a recordarlo. Pero ninguna alcanzó las proporciones actuales. ¿Por qué? ¿A qué se debe? Aún no se sabe con precisión. Pero pueden adelantarse algunos datos importantes. Uno, que este virus no es nuevo. Existía desde mucho tiempo antes en sus reservorios naturales, en ciertos animales todavía no bien identificados. Huésped y reservorio vivían en equilibrio estable. Otro, que ese equilibrio lo rompió el ser humano, por motivos que tampoco están muy claros, pero basados, según parece, en tradiciones ancestrales sobre las pretendidas virtudes curativas y vigorizantes del consumo de ciertos animales que son sus reservorios naturales. Y otra conclusión, la última, es que esta es la primera epidemia aparecida en la llamada “época de la globalización”. La movilidad, tanto de productos como de personas, nunca había sido tan elevada como lo es hoy. En la “aldea global” en que vivimos, es comprensible que la epidemia se haya hecho global en un tiempo sorprendentemente rápido. La actual pandemia constituye una razón más, la última a día de hoy, para reflexionar sobre la deriva de nuestra sociedad, empeñada en un desarrollo que, cuanto más global se hace, se demuestra menos sostenible. La vida es siempre equilibrio. Los ecosistemas son equilibrios naturales. Y la cultura, es decir, la acción de los seres humanos sobre el medio, no puede tener otro objetivo que el de elevar ese equilibrio a un nuevo nivel, el propiamente humano. Es de nuestra exclusiva responsabilidad el que ese equilibrio resulte o no, a la postre, sostenible.

Diego Gracia

Identificação dos conflitos mais comuns experienciados por médicos não paliativistas no atendimento de pacientes em fim de vida

Identification of the most common conflicts experienced by non-palliative physicians in end-of-life care

Identificación de los conflictos más comunes experimentados por médicos no paliativos en el cuidado de pacientes vitales

Bruno Budicin¹; Mariana G. P. Aroeira-Neves¹; Josimário Silva²

¹ Alunos do Curso de Especialização em Medicina Paliativa do Instituto Paliar

² Professor de Bioética do Instituto Paliar; Orientador do trabalho; Pós Doutor em Bioética; Presidente da Rede Bioética Brasil.

Resumen

En Brasil, el conocimiento teórico en Cuidados Paliativos y Bioética ha aumentado en los últimos años; sin embargo, aún existe una gran distancia entre la teoría y su aplicación efectiva en la práctica médica. Esto se refleja en la baja calidad de la atención a los pacientes terminales y en la gran angustia de los profesionales que atienden a este tipo de pacientes. Comprender mejor las dificultades experimentadas por los médicos sin capacitación específica en Cuidados Paliativos y conocer cómo actúan ante los dilemas morales que enfrentan, es un paso hacia la creación de estrategias para capacitar a estos profesionales. Este artículo tiene como objetivo identificar y comprender mejor estas dificultades a través de un cuestionario semiestructurado y un análisis reflexivo de estos dilemas morales.

Palabras clave: Bioética, Ética médica, Cuidados paliativos, Conflictos en bioética, Final de la vida

Abstract

In Brazil, the theoretical knowledge in Palliative Care and Bioethics has been increasing in recent years, however there is still a great distance between theory and its effective application in medical practice. This is reflected in the poor quality of death of end-of-life patients and great distress for the professionals attending this type of patient. A better understanding of the difficulties experienced by physicians who lack specific training in Palliative Care and of how they act in solving the moral dilemmas they face is a step towards creating strategies for training these healthcare professionals. This paper aims to better identify and understand these difficulties through a semi-structured questionnaire and reflective analysis of these moral dilemmas.

Keywords: Bioethics, Medical Ethics, Palliative care, Bioethics conflicts, End of life

Resumo

No Brasil, o conhecimento teórico em Cuidados Paliativos e Bioética vem aumentando nos últimos anos, entretanto ainda existe uma grande distância entre a teoria e a sua efetiva aplicação na prática médica. Isso se reflete numa má qualidade da atenção aos pacientes em fim de vida e numa grande angústia para o profissional que atende esse tipo de paciente. Entender melhor as dificuldades vivenciadas por médicos sem formação específica em Cuidados Paliativos e como estes atuam na resolução dos dilemas morais que enfrentam é um passo na direção de criar estratégias de capacitação desse profissional. Esse trabalho visa identificar e compreender melhor essas dificuldades através de um questionário semiestructurado e análise reflexiva sobre esses dilemas morais.

Palavras chave: Bioética, Ética médica, Cuidados paliativos, Conflitos em bioética, Fim da vida

1. Introdução

No Brasil, apesar de um maior conhecimento conceitual sobre os Cuidados Paliativos e dos princípios da Bioética, estes ainda não estão plenamente presentes nos cuidados dos pacientes em fim de vida. Há um conhecimento conceitual sobre Cuidados Paliativos e Bioética que ainda não se reflete na prática (1, 2).

Isso se reflete na má qualidade de morte vivenciada por estes pacientes. Em 2015, o Brasil ficou em 42º lugar no ranking de qualidade de morte da OMS, com pontuação de 42,5/100, enquanto que o Reino Unido, o primeiro colocado, possui uma pontuação 93,9/100 (3).

Um estudo avaliou o conhecimento e a autopercepção do conhecimento em cuidados paliativos de 76 médicos. Nesta abordagem direta sobre o autoconhecimento em cuidados paliativos, 47,4% admitiram um conhecimento bom e suficiente no âmbito do tema; 44,7%, regular e 7,9%, insuficiente. Entretanto, apenas 2,6% conseguiram responder corretamente a questão: o que você entende por cuidados paliativos? (2).

Conhecer as limitações e dificuldades vividas pela equipe de saúde é de vital importância para a criação de estratégias focadas para capacitá-la a atender melhor os pacientes em fim de vida, diminuindo a distância entre a teoria e a prática dos conceitos dos Cuidados Paliativos e Bioética.

As dificuldades e os conflitos éticos enfrentados pela equipe de saúde no atendimento de pacientes terminais são complexos e variados, incluindo dúvidas técnicas, problemas de comunicação, uma medicina culturalmente medicocêntrica e paternalista e a vulnerabilidade pessoal de lidar com a finitude.

Cinco dimensões, que se relacionam entre si, podem ser identificadas como áreas de conflito, sendo a primeira delas relacionadas a dúvidas técnicas, como por exemplo elegibilidade dos pacientes, controle de sintomas, reconhecimento do processo de morte, limites e proporcionalidade terapêutica, legalidade das ações, abordagens de demandas subjetivas. Essas “incertezas” sobre a terminalidade e limites de intervenção para prolongar a vida dos pacientes; a própria determinação de quando o paciente torna-se terminal e a dúvida sobre até quando se deve investir geram conflitos íntimos que trazem o sentido problemático da situação. (4)

No Brasil, apesar de um maior conhecimento conceitual sobre os Cuidados Paliativos e dos princípios da Bioética, estes ainda não estão plenamente presentes nos cuidados dos pacientes em fim de vida.

Outra dificuldade existente é a centralização das decisões terapêuticas no médico, sem participação dos outros membros da equipe de saúde. Em Chaves e Massarollo (4) “foi referido pelos enfermeiros que na maior parte das vezes as decisões dos médicos praticamente são desvinculadas dos outros profissionais, ficando a sua decisão nem sempre atrelada à família e ao paciente.”

O despreparo da equipe de saúde na comunicação com paciente e família é uma limitação que gera conflitos e angústia em todos os envolvidos. Existe uma falta de treinamento nas técnicas de comunicação e empatia. Dessa forma, “profissionais de saúde podem ter dificuldades para empreender uma eficaz interação com o

paciente/família por falta de habilidade em comunicar-se de forma simples, acessível e de acordo com as características dos interlocutores, ou pelo receio de sobrecarregar emocionalmente o paciente com uma má notícia ou mitigar sua esperança.” (5)

Lidar com pacientes e famílias também é difícil pois envolve valores, crenças, expectativas, sentimentos e vulnerabilidade. “O profissional também precisa lidar com a dificuldade da família em aceitar a finitude do ente querido. A obstinação dos familiares muitas vezes exige que a equipe médica faça todo o possível para impedir o momento derradeiro, mesmo que isso implique, na prática, distanásia.” (6) Respeitar a autonomia do paciente e da família, assim como a autonomia da equipe em traçar condutas pode envolver dilemas que se beneficiariam dos conhecimentos em Bioética para serem conduzidos.

As dificuldades e os conflitos éticos enfrentados pela equipe de saúde no atendimento de pacientes terminais são complexos e variados, incluindo dúvidas técnicas, problemas de comunicação, uma medicina culturalmente medicocêntrica e paternalista e a vulnerabilidade pessoal de lidar com a finitude.

Uma última dimensão presente nos relatos das dificuldades em trabalhar com pacientes paliativos é a espiritualidade. Ao trabalhar com pacientes próximos ou em processo de morte existe uma confrontação com a própria finitude dos indivíduos da equipe. Experiências pessoais e o sentimento de impotência perante a morte também tornam desafiador o trabalho em cuidados paliativos. Lidar com pacientes terminais “pode nos deixar desconfortáveis tanto por nos lembrar de nossa própria finitude, como nos remeter a experiências de luto e perde vivenciados por nós” (7) (tradução livre). As dificuldades vividas pelo médico não paliativistas ao atender pacientes em fim de vida são de diferentes dimensões e são acentuadas pelo desconhecimento da assistência em cuidados paliativos e das questões relativas aos problemas bioéticos e espirituais que esses casos apresentam.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, de coorte transversal, exploratória e descritiva, que utilizará questionário semiestruturado com uma questão aberta onde será interpretada a narrativa dos voluntários diante de situações vivenciadas no que se refere aos dilemas de ordem moral em situações de pacientes em final de vida e questões fechadas. Este trabalho será realizado em duas etapas. A primeira etapa constitui-se da aplicação de um questionário anônimo para entender os principais conflitos de ordem moral vivenciados pelos médicos no cuidado à pacientes em fim de vida (ANEXO A). Será utilizada uma pergunta aberta, sem qualquer restrição ao relato

A dificuldade de comunicação entre equipe de familiares foi observada em 16 questionários (53,3%), sendo o dilema mais comum neste estudo.

escolhido pelo médico ou influência dos pesquisadores a um conflito de ordem moral específico. Este questionário é precedido de um termo de consentimento.

O número de participantes foi definido quando o número de questionários for obtido começou apresentar repetição de conflitos éticos, ou seja, por saturação das respostas. A pesquisa ocorreu através da plataforma de pesquisa da Google, de forma

digital, protegida por senhas. A forma digital permite que o questionário seja realizado em diversas regiões brasileiras. O recrutamento foi feito através de plataformas sociais. Além da questão aberta inicial, o questionário possui perguntas fechadas socioculturais e sobre a formação e área de atuação dos participantes da pesquisa para permitir a caracterização da amostra.

Na segunda etapa, os resultados de cada avaliação, foram analisados conforme o conjunto de técnicas de análise de conteúdo conforme descrito por Bardin (8). Nesta técnica, os conflitos descritos

O despreparo da equipe de saúde na comunicação com paciente e família é uma limitação que gera conflitos e angústia em todos os envolvidos.

nos questionários foram submetidos à pré-análise, a exploração do material e, por fim ao tratamento dos resultados com inferência e interpretação. Nas questões fechadas, os dados foram registrados em planilha de Excel e submetidos a análise de proporcionalidades através do teste *qui quadrado* ou extrado de Fisher.

O critério de inclusão: a) Médicos que vivenciaram conflito de ordem moral em situações clínicas de final de vida; b) Médicos que compreenderam a relevância da pesquisa em derem a sua anuência por meio da assinatura do TCLE. O critério de exclusão considerou: a) Médicos com alguma formação em Medicina Paliativa. B) e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

Ao lidar com pacientes com doenças graves, em estágio avançado, sem possibilidade de cura e nos seus últimos dias de vida, a falta de um planejamento terapêutico pré-determinado torna essa experiência desafiadora para o médico, principalmente para aquele que não acompanhou o paciente durante sua evolução da doença.

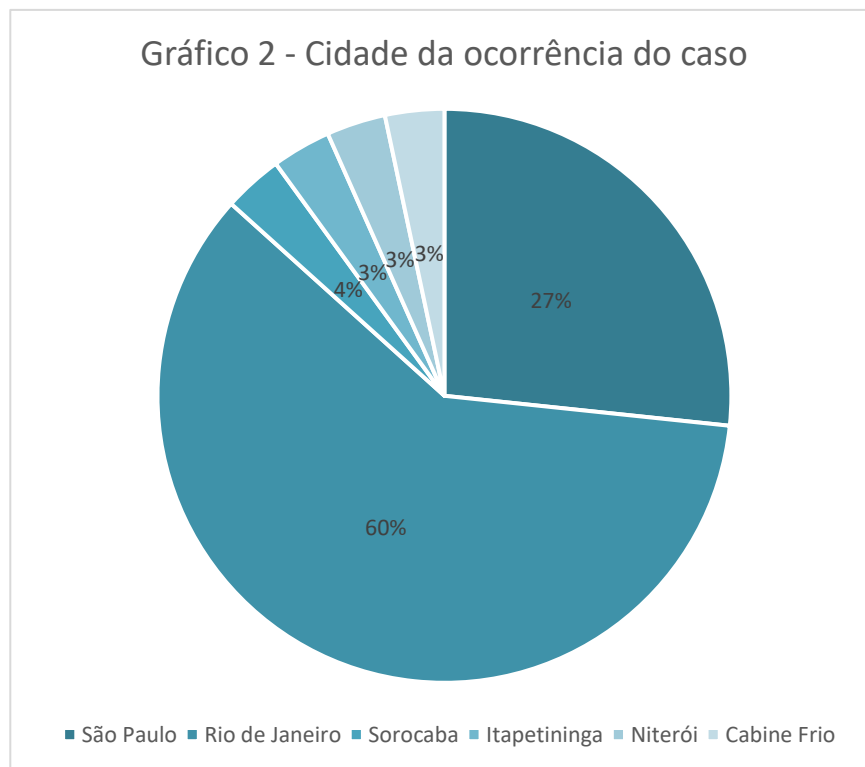
Os riscos possíveis eram de gradação mínima, considerando como risco mínimo aquele em que por meio de perguntas o entrevistador poderá causar algum tipo de constrangimento ao voluntário da pesquisa. Risco esse que foi considerado pelos os entrevistadores ao informar antes do

início das entrevistas que qualquer constrangimento o entrevistado ficasse a vontade para declinar da participação e que não haveria dano ou responsabilidade a pessoa do voluntário.

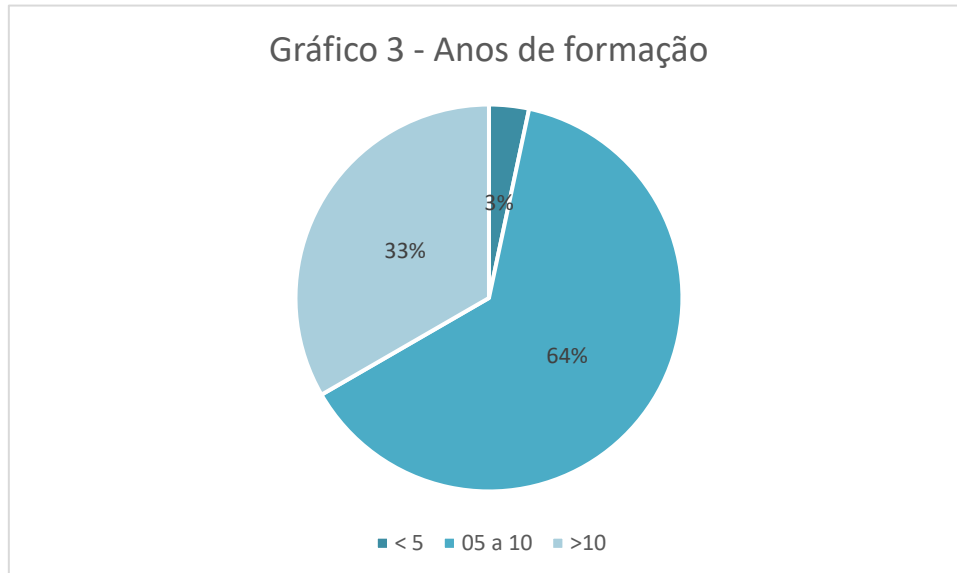
3. Resultado

Foram utilizados nessa análise 30 questionários, sendo que todos concordaram com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra foi composta por dezoito pessoas do sexo feminino (60%) e 12 do sexo masculino (40%). A idade média foi de 35,96 anos com desvio padrão de 9,17 anos, sendo desconsiderados seis questionários que preencheram de forma errada a informação.

A cidade com maior prevalência de respostas foi o Rio de Janeiro, seguido por São Paulo como pode ser visto no gráfico.



Da amostra em questão, teve um maior preenchimento do questionário por médicos com média de formação entre 5 e 10 anos, como podemos observar no gráfico 3.

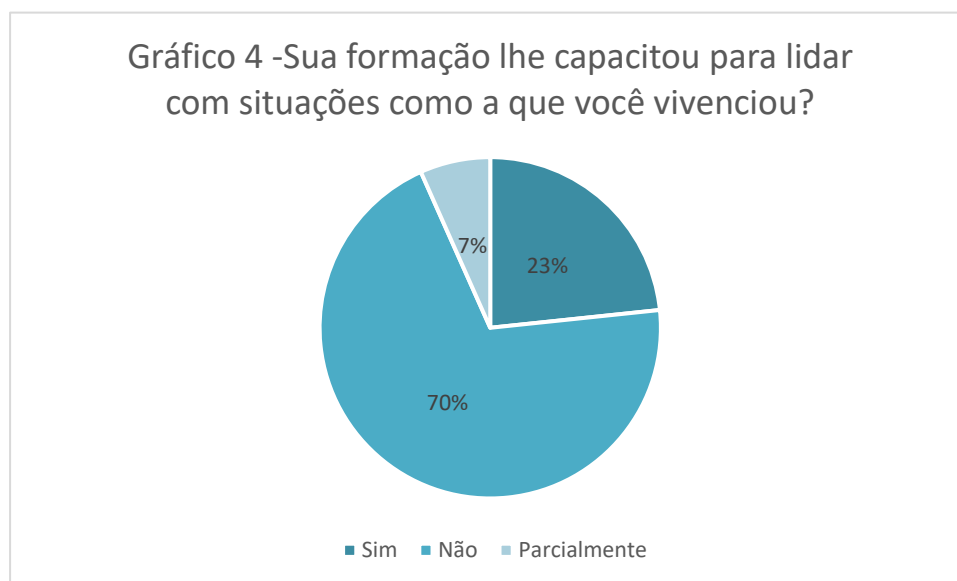


A formação dos médicos em sua maioria é representada por clínicos e dentre os clínicos por médicos com formação em clínica médica e geriatria, podemos observar isso no e tabela 1 a seguir:

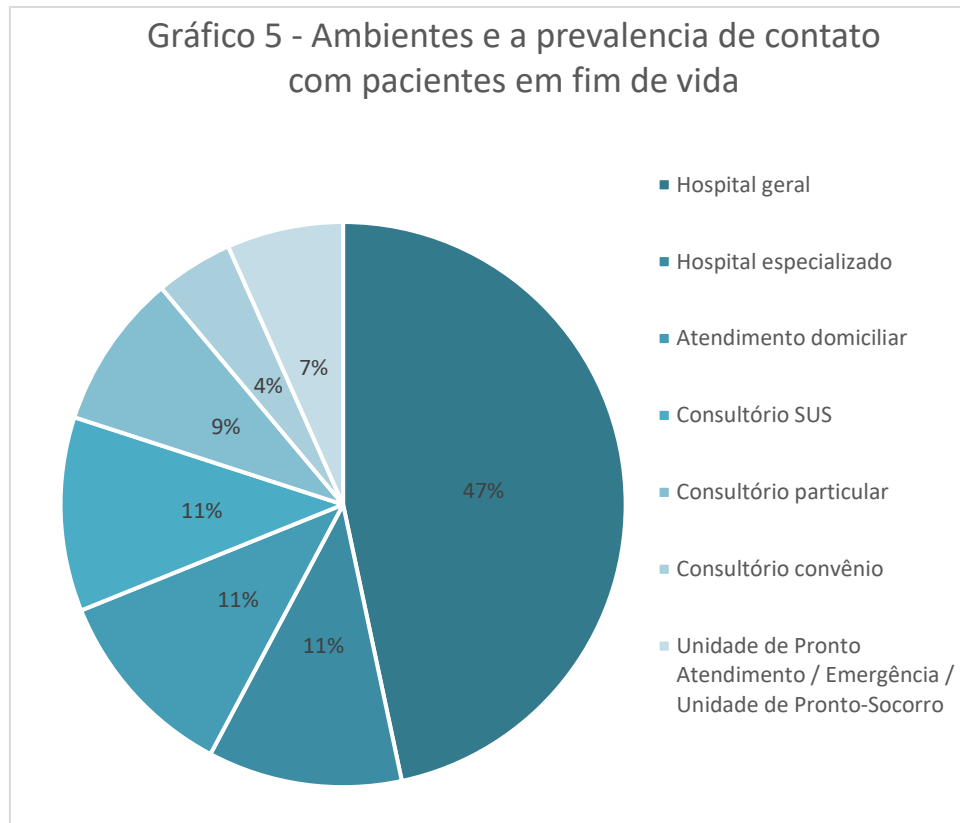
Tabela 1: Especialização

Clínica Médica	6
Geriatria	6
Nefrologia	3
Cardiologia	2
Medicina de Família e Comunidade	1
Medicina Física e Reabilitação	1
Gestão Hospitalar	1
Cirurgia Torácica	1
Neuropediatria	1
Infectologia	1
Neurologia	1
Neurocirurgia	1
Cirurgia Plástica	1
Gastroenterologia e endoscopia	1
Pediatria	1
Radio-oncologia	1
Cirurgia geral e do aparelho digestivo	1

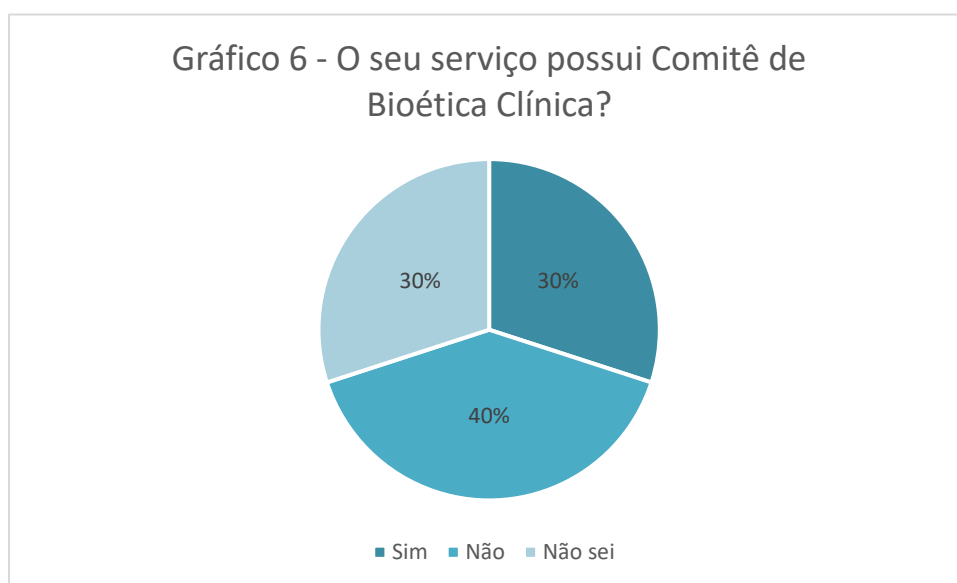
Dos médicos entrevistados, vinte e um não acreditam que sua formação os capacitou para lidar com situações como as vivenciadas nos relatos. Os demais acreditam que a formação acadêmica recebida os capacitou total ou parcialmente para essas experiências. (gráfico 4)



O ambiente que os entrevistados tiveram maior contato com pacientes em fim de vida foi em hospital geral, sendo os consultórios de convênio o lugar com menos casos, como pode ser visto no gráfico 5 a seguir:



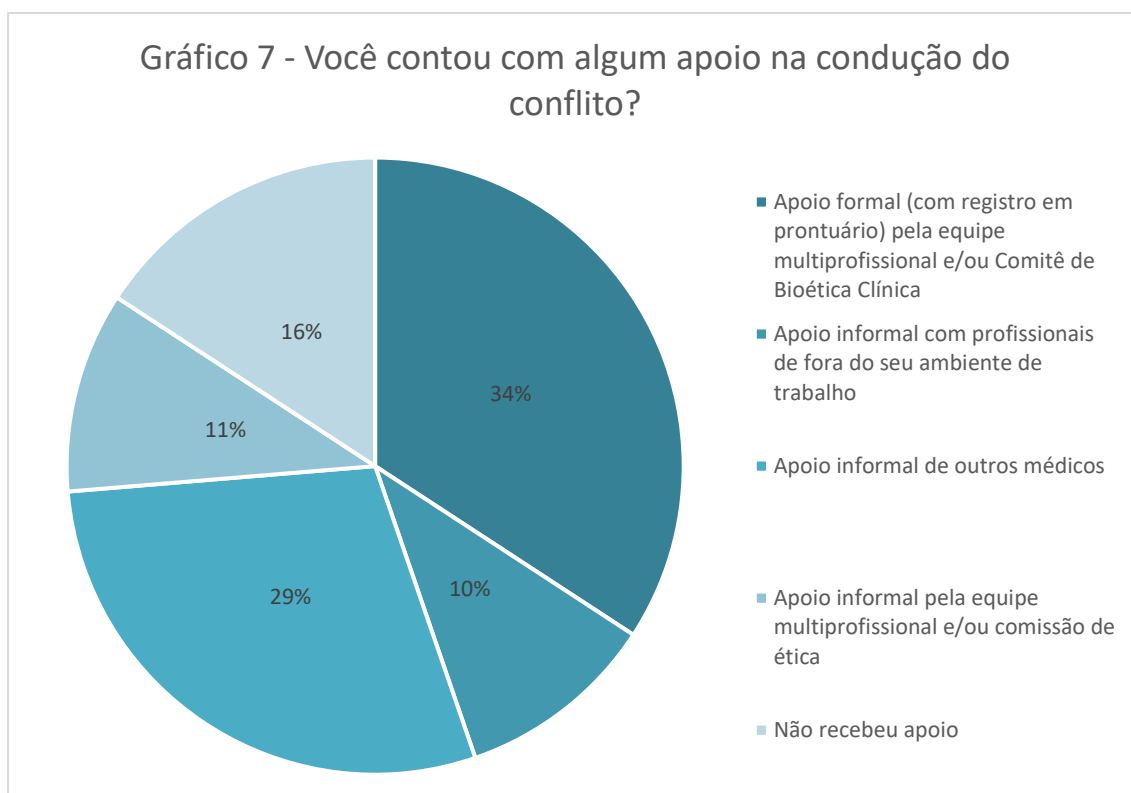
No local de trabalho desses médicos, doze responderam que este possui Comitê de Bioética Clínica, e nove não tem conhecimento se o seu serviço presta essa assistência. (Gráfico 6)



Entre os médicos que trabalham em equipe multiprofissional, os profissionais de maior prevalência são: enfermagem, psicologia, nutrição e fisioterapia. Outros médicos relataram presença de diversos outros profissionais, como pode ser visto na tabela 2 a seguir:

Tabela 2: Equipe Multiprofissional	
Enfermagem	29
Psicologia	26
Nutrição	25
Fisioterapia	25
Fonoaudiologia	22
Assistência social	18
Capelão	6
Físico médico	1
Paliativista	1
Dentista	1
Terapia ocupacional	1
Técnico de enfermagem	1
Palhaço	1
Pastor/Padre	1

De acordo com o conflito apresentado o médico foi convidado a responder a respeito do apoio que contou para conduzir o caso, era uma pergunta que cabia mais de uma resposta, no gráfico 7 é possível verificar a porcentagem de apoio que esses médicos obtiveram



Trinta e um formulários preenchidos durante a fase de captação foram submetidos a fase de pré-análise. Nesta etapa, foi optado pela exclusão de um formulário em que a questão principal "Relate uma experiência difícil envolvendo paciente em fim de vida que tenha marcado sua prática. Descreva sua experiência e condução do caso." Não foi abordada pelo participante e seu relato não descrevia um dilema de ordem moral. Os trinta questionários restantes foram então avaliados e categorizados por conteúdo em temas de maior relevância: comunicação, enfrentamento da morte, desconhecimentos ou dúvidas técnicas sobre terminalidade e cuidados paliativos e ausência de planos de cuidados e/ou diretivas antecipadas de vontade (Tabelas 3-7).

a) Comunicação

A dificuldade de comunicação entre equipe de familiares foi observada em 16 questionários (53,3%) (tabela 3), sendo o dilema mais comum neste estudo. A comunicação para esclarecer o diagnóstico e alinhar as expectativas da família e paciente com a proposta terapêutica fica clara em relatos como M3 "Família em dificuldade de enfrentamento do diagnóstico e com expectativa de... reabilitação completa" e M24 "esposa médica em processo de negação. Mais difícil trazê-la a realidade...". Mesmo quando o prognóstico já é conhecido há as barreiras para o diálogo sobre cuidados paliativos: M4 "Paciente chega a emergência com...prognóstico reservado já de conhecimento da família, porém dificuldade em instituir cuidados paliativos a partir deste momento" e M26 "...durante 62 dias permaneceu na Unidade de Terapia Intensiva apesar da família não querer mais manter o suporte de vida." A comunicação do óbito também foi citada: M1 "A família não aceitava o ocorrido... estavam inconformados com a situação... foi extremamente difícil dar a notícia do óbito."

O relacionamento conflituoso entre equipe e familiares também mostrou ser de difícil abordagem por parte dos médicos: M22 "família foi agressiva e recusou qualquer tipo de medida paliativa..." e M23 "os pais...não aceitavam sua partida e acusavam a equipe de estar matando o filho deles." A hostilidade em sua maior parte foi relatada por parte da família, mas houve um relato em que se observou uma atitude agressiva por parte de uma equipe de saúde (sem formação em cuidados paliativos): M18 "A equipe acusava a família de negligência...".

O desconhecimento de tratamentos menos invasivos e menos "protocolares" pode encorajar condutas médicas obstinadas.

Além das dificuldades na comunicação entre médico e pacientes e familiares, a comunicação entre a própria equipe médica foi identificada como parte da experiência difícil na abordagem de cuidados paliativos. As barreiras de comunicação ocorrem quando médicos veem o prognóstico do paciente de forma diversa, como fica claro nestes relatos: M12 "Inclusive a própria equipe... que a acompanhava (a paciente) também tinha dificuldade em assumir a terminalidade" e M24 "a esposa sempre ao conversar com o oncologista ouvia que havia mais uma possibilidade quimioterápica. Nitidamente o paciente estava em seus últimos dias."

Mas a comunicação entre equipe também fica prejudicada quando há uma transmissão ineficiente das informações relevantes do plano terapêutico do paciente: M7 "A condução do caso era difícil pois não tínhamos acesso ao prontuário da oncologia, e não sabíamos qual era a proposta de cuidado." Em um caso extremo,

mas provavelmente não incomum, um paciente foi submetido as manobras de reanimação cardíaca mesmo já tendo estabelecido pelo seu médico a abordagem paliativa pois a médica que o atendeu no momento da intercorrência não teve acesso a informação: M31 "...comecei a fazer os procedimentos de reanimação... No prontuário que o paciente já estava em cuidados paliativos e não era candidata a reanimação, mas como eu não conhecia o paciente tive que conduzir como se fosse."

Tabela 3: Comunicação	
médico -família e/ou paciente	M1 "A família não aceitava o ocorrido... estavam inconformados com a situação... foi extremamente difícil dar a notícia do óbito."
	M3 "Família em dificuldade de enfrentamento do diagnóstico e com expectativa de... reabilitação completa"
	M4 "Paciente chega a emergência com... prognóstico reservado já de conhecimento da família, porém dificuldade em instituir cuidados paliativos a partir deste momento."
	M11 "...tentamos que uma família compreendesse a palição como proteção aos sintomas em paciente."
	M12 "Os familiares não aceitavam a terminalidade da mesma..."
	M14 "...a família aceitava paliativismo mas paciente não."
	M15 "...os familiares não aceitavam o quadro do paciente."
	M17 "Quando conversado com os familiares sobre a proximidade das últimas horas, estes mudaram de ideia e decidiram pela implementação de medidas invasivas..."
	M18 "A equipe acusava a família de negligência..."
	M21 "Entendo como difícil a comunicação para a família sobre palição."
	M22 "família foi agressiva e recusou qualquer tipo de medida paliativa..."
	M23 "os pais... não aceitavam sua partida e acusavam a equipe de estar matando o filho deles."
	M24 "esposa médica em processo de negação. Mais difícil trazê-la a realidade..."
	M26 "...durante 62 dias permaneceu na Unidade de Terapia Intensiva apesar da família não querer mais manter o suporte de vida."
	M27 "Familiares pressionavam por medidas invasivas fúteis... Com muita conversa consegui aplacar a ira dos familiares."
	M30 "Acalmar a família..."
médico - equipe	M7 "A condução do caso era difícil pois não tínhamos acesso ao prontuário da oncologia, e não sabíamos qual era a proposta de cuidado."
	M12 "Inclusive a própria equipe... que a acompanhava (a paciente) também tinha dificuldade em assumir a terminalidade"
	M16 "Discussão dentro da equipe e com os serviços do hospital sobre a indicação de GTT em uma paciente com demência terminal."
	M24 "a esposa sempre ao conversar com o oncologista ouvia que havia mais uma possibilidade quimioterápica. Nitidamente o paciente estava em seus últimos dias."
	M31 "...comecei a fazer os procedimentos de reanimação... No prontuário que o paciente já estava em cuidados paliativos e não era candidata a reanimação, mas como eu não conhecia o paciente tive que conduzir como se fosse."

b) Ausência de diretivas antecipadas de vontades ou plano de cuidados:

As diretivas antecipadas de vontade são definidas pelo Conselho Regional de Medicina como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (9). Nela registra-se os valores e desejos do paciente que ajudarão a nortear as decisões da equipe médica e dos responsáveis pelo paciente, no momento em que este não possa mais se expressar. Ou seja, com base nas diretivas antecipadas, a equipe de saúde pode estabelecer um plano de cuidados individualizado, respeitando a dignidade do paciente.

Entretanto, essa prática ainda não é amplamente difundida. Ao lidar com pacientes com doenças graves, em estágio avançado, sem possibilidade de cura e nos seus últimos dias de vida, a falta de um planejamento terapêutico pré-determinado torna essa experiência desafiadora para o médico, principalmente para aquele que não acompanhou o paciente durante sua evolução da doença. Os relatos referentes a esta dificuldade estão apresentados na tabela 4. Os médicos que entram em contato com esses pacientes em intercorrências isolada são particularmente expostos a essa situação: M4 *"Paciente chega a emergência com... prognóstico reservado já de conhecimento da família, porém dificuldade em instituir cuidados paliativos a partir deste momento."* e M7 *"A condução do caso era difícil pois não tínhamos acesso ao prontuário... e não sabíamos qual era a proposta de cuidado."*

Muitas vezes, a ausência de um plano de cuidados ocorre por desconhecimento ou negação da terminalidade e da indicação de cuidados paliativos por parte do médico assistente: M19 *"Infelizmente, em grande parte delas não há esclarecimento às famílias por seus respectivos médicos assistentes, os quais não sabem lidar com a situação. Desconhecem o direito a uma morte digna e não sabem como oferecer conforto neste momento."*; M12 *"Inclusive a própria equipe de hematologia que a acompanhava também tinha dificuldade em assumir a terminalidade"* e M24 *"Mais difícil trazê-la (a esposa) a realidade pois sempre ao conversar com o oncologista ouvia que havia mais uma possibilidade quimioterápica. Nitidamente o paciente estava em seus últimos dias."*

Uma forma de minimizar o desconhecimento dos cuidados paliativos na prática médica é disponibilidade de equipes capacitadas que poderiam auxiliar e capacitar o médico assistente na condução de casos de pacientes elegíveis.

Em outros casos, parece ser a falta de um líder de equipe que acompanhe o paciente longitudinalmente: que tome a iniciativa: M6 *"... (a paciente) já estava há uns 6 meses no Hospital... ninguém abordou a família sobre cuidados paliativos"*, ou que escute a família: M26 *"Foi entubada e durante 62 dias permaneceu na Unidade de Terapia Intensiva apesar da família não querer mais manter o suporte de vida."*

As diretivas antecipadas são uma forma de garantir que o paciente exerça sua autonomia quando este não consegue mais se comunicar, garantindo que seu plano de cuidados seja baseado em seus valores e desejos. Ao não dar essa oportunidade ao paciente, o médico precisa tomar essas decisões sem saber realmente o que o

paciente queria. O questionamento de M9 "Até que ponto o paciente queria estar ali ou até eu ponto ele entendia? Até onde deveria ter seguido com tratamento? Será que deveria ter sido fechado paliativo no pronto socorro?" passam a ser de responsabilidade do médico e familiares, que lidam com seus próprios valores e crenças. Essa situação também expõe a família ao peso de decisões e estresse que agravam o sofrimento pelo qual estão passando: M28 "Conflito de opiniões entre familiares horas antes do óbito."

Tabela 4: Ausência de diretivas antecipadas ou plano de cuidados
M4 "Paciente chega a emergência com... prognóstico reservado já de conhecimento da família, porém dificuldade em instituir cuidados paliativos a partir deste momento."
M6 "...já estava há uns 6 meses no Hospital... ninguém abordou a família sobre cuidados paliativos."
M7 "A condução do caso era difícil pois não tínhamos acesso ao prontuário... e não sabíamos qual era a proposta de cuidado."
M9 "Até que ponto o paciente queria estar ali ou até eu ponto ele entendia? Até onde deveria ter seguido com tratamento? Será que deveria ter sido fechado paliativo no pronto socorro?"
M11 "...explanando sobre a irreversibilidade do quadro, que enfim aceitou nosso suporte que apesar de tardio, ofereceu conforto ao paciente em final de vida."
M12 "Inclusive a própria equipe de hematologia que a acompanhava também tinha dificuldade em assumir a terminalidade."
M19 " Infelizmente, em grande parte delas não há esclarecimento às famílias por seus respectivos médicos e assistentes, os quais não sabem lidar com a situação. Desconhecem o direito a uma morte digna e não sabem como oferecer conforto neste momento."
M24 "Mais difícil trazê-la (a esposa) a realidade pois sempre ao conversar com o oncologista ouvia que havia mais uma possibilidade quimioterápica. Nitidamente o paciente estava em seus últimos dias."
M26 "Foi entubada e durante 62 dias permaneceu na Unidade de Terapia Intensiva apesar da família não querer mais manter o suporte de vida."
M28 "Conflito de opiniões entre familiares horas antes do óbito."

c) Desconhecimento ou dúvidas técnicas:

Apesar dos cuidados paliativos estarem tendo maior divulgação, a falta de conhecimentos sobre o tema permanece sendo uma causa de experiências desafiadoras para a prática médica. Além disso, o pobre entendimento dos cuidados paliativos está relacionado a uma má comunicação e não reconhecimento dos pacientes elegíveis a esse tipo de abordagem, como fica claro neste relato: M18 "Em visita de fonoaudiologia, nutrição, médica e enfermagem indicaram a internação para realização de gastrostomia, mas a família recusou, informando que a mãe havia perdido o único prazer que tinha na vida e que não viam sentido em prolongar a vida de alguém que não tem mais qualidade. A equipe acusava a família de negligência...". Os relatos sobre esse tema estão expostos na tabela 5.

O desconhecimento de tratamentos menos invasivos e menos “protocolares” pode encorajar condutas médicas obstinadas: M24: *...pois sempre ao conversar com o oncologista ouvia que havia mais uma possibilidade quimioterápica. Nitidamente o paciente estava em seus últimos dias (de vida)” e M26 “Foi entubada e durante 62 dias permaneceu na Unidade de Terapia Intensiva apesar da família não querer mais manter o suporte de vida.”*

Muitos dos dilemas morais expressados poderiam ser experienciados com maior facilidade pelo médico, caso este tivesse maior conhecimento sobre bioética e cuidados paliativos: M9 *“Intubar ou não? Sem equipe de cuidados paliativos optado por tratar a pneumonia sendo o paciente intubado. Paciente evoluiu com pneumonia nosocomial e insuficiência renal aguda. Tratar novamente? Dialisar?”* e M22 *“A família o tempo todo insistindo em investimento total em discordância com o aconselhamento de toda equipe do setor. A decisão é sempre da família? Se como equipe médica julgássemos (e julgamos) que a paciente não tinha prognóstico favorável, poderíamos ter tomado outras condutas a despeito da opinião da família?”*

O desconhecimento sobre o tema é na verdade um problema na formação médica atual como expõe M23 *“...pois vivenciar a dor e a perda é algo que não faz parte do nosso aprendizado acadêmico. Fomos “treinados” para curar e trazer a vida.”*

Tabela 5: Desconhecimento ou dúvidas técnicas sobre terminalidade e cuidados paliativos
M9 "Intubar ou não? Sem equipe de cuidados paliativos optado por tratar a pneumonia sendo o paciente intubado. Paciente evoluiu com pneumonia nosocomial e insuficiência renal aguda. Tratar novamente? Dialisar?"
M12 "...Inclusive a própria equipe de hematologia que a acompanhava também tinha dificuldade em assumir a terminalidade."
M16 "Discussão dentro da equipe e com os serviços do hospital sobre a indicação de gastrostomia em uma paciente com demência terminal."
M17 "Quando conversado com os familiares sobre a proximidade das últimas horas, estes mudaram de idéia e decidiram pela implementação de medidas invasivas, sendo o paciente intubado e acoplado à ventilação mecânica, necessitando de punção venosa profunda para início de antibiótico e transferência para Unidade de Terapia Intensiva."
M18 "Em visita de fonoaudiologia, nutrição, médica e enfermagem indicaram a internação para realização de gastrostomia, mas a família recusou, informando que a mãe havia perdido o único prazer que tinha na vida e que não viam sentido em prolongar a vida de alguém que não tem mais qualidade. A equipe acusava a família de negligência..."
M22 "A família o tempo todo insistindo em investimento total em discordância com o aconselhamento de toda equipe do setor. A decisão é sempre da família? Se como equipe médica julgássemos (e julgamos) que a paciente não tinha prognóstico favorável, poderíamos ter tomado outras condutas a despeito da opinião da família?"
M23 "... pois vivenciar a dor e a perda é algo que não faz parte do nosso aprendizado acadêmico. Fomos “treinados” para curar e trazer a vida."
M24: <i>...pois sempre ao conversar com o oncologista ouvia que havia mais uma possibilidade quimioterápica. Nitidamente o paciente estava em seus últimos dias (de vida)".</i>
M26 "Foi entubada e durante 62 dias permaneceu na Unidade de Terapia Intensiva apesar da família não querer mais manter o suporte de vida."

d) Equipe capacitada em Cuidados Paliativos:

Uma forma de minimizar o desconhecimento dos cuidados paliativos na prática médica é disponibilidade de equipes capacitadas que poderiam auxiliar e capacitar o médico assistente na condução de casos de pacientes elegíveis. Porém, essas equipes e serviços ainda são bastante restritos, com relata M5 *"Poucos serviços contam com retaguarda de cuidados paliativos e mesmo que existam os serviços são pequenos."*

Na tabela 6 estão listados os relatos acerca da falta de profissionais capacitados disponíveis para auxiliar os médicos. Entre os benefícios de uma equipe capacidade em cuidados paliativos, observa-se o suporte em implementar uma abordagem de cuidados ampla e multidimensional, que o médico sozinho tem dificuldade de manejar: M6 *"...senti falta de uma equipe multiprofissional para ampliar o conceito de "cuidado" e transferir isso para a família. Em uma única conversa, não consegui sucesso"* e M25 *"Nossa conduta foi tentar aliviar dor física, mas talvez pudéssemos ter dado mais apoio psicológico."*

Além do cuidado com o paciente, a equipe de cuidados paliativos poderia identificar demandas de cuidado da própria equipe de saúde e providenciar o suporte necessário: M20 *"Foi muito traumática para mim sozinho a passagem da quimioterapia e do tratamento dias intercorrências para a palição."*

Tabela 6: Ausência de equipe capacitada em Cuidados Paliativos
M5 "Poucos serviços contam com retaguarda de cuidados paliativos e mesmo que existam os serviços são pequenos."
M6 "...senti falta de uma equipe multiprofissional para ampliar o conceito de "cuidado" e transferir isso para a família. Em uma única conversa, não consegui sucesso."
M9 "Intubar ou não? Sem equipe de cuidados paliativos (no Hospital), foi optado por tratar a pneumonia sendo o paciente intubado..."
M18 "Em visita de fonoaudiologia, nutrição, médica e enfermagem indicaram a internação para realização de gastrostomia, mas a família recusou, informando que... não viam sentido em prolongar a vida de alguém que não tem mais qualidade. A equipe acusava a família de negligência..."
M20 "Foi muito traumática para mim sozinho a passagem da quimioterapia e do tratamento dias intercorrências para a palição."
M25 "Nossa conduta foi tentar aliviar dor física, mas talvez pudéssemos ter dado mais apoio psicológico."

e) Enfrentamento da morte, aspectos religiosos e demandas subjetivas:

A vulnerabilidade do ser humano, a proximidade da morte e o sofrimento decorrente da doença também são relatados como experiências difíceis pelos médicos (Tabela 7): M13 *"Uma experiência marcante foi a primeira que me deparei... um jovem... sem proposta terapêutica. O acompanhei até o fim de sua vida no hospital, o que durou cerca de duas semanas."*

A impotência do médico frente a situações de morte e sofrimento aparece neste relato: M23 *"Nenhum desses casos é fácil de lidar, pois vivenciar a dor e a perda é algo que não faz parte do nosso aprendizado acadêmico. Fomos "treinados" para curar e trazer*

a vida. A morte de alguns pacientes foi mais impactante do que outros, acredito que pelo vínculo prévio estabelecido com eles e suas famílias".

A vulnerabilidade do ser humano, a proximidade da morte e o sofrimento decorrente da doença também são relatados como experiências difíceis pelos médicos.

A posição do médico como ponto central na estrutura patriarcal da equipe de saúde, que ainda é o modelo em voga na assistência de saúde, faz com que este assuma para si toda a responsabilidade do tratamento do paciente. Além disso, e

talvez por isso, também isola o médico em seus dilemas e enfrentamentos: M20 "Quando a situação (do paciente) se agravou eu não tive estrutura emocional para reconhecer a necessidade de mudança de foco e adoção de cuidados paliativos. Foi muito traumática para mim sozinho a passagem da quimioterapia e do tratamento dias intercorrências para a palição...Eu deveria ter pedido ajuda a outros colegas para me auxiliarem naquele momento difícil."

O cuidado de um paciente em fim de vida envolve outras demandas para as quais o médico não é treinado a reconhecer e muitas vezes nem é o profissional mais capacitado em lidar. Muitos médicos se sentem desconfortáveis quando os pacientes fazem pedidos específicos por questões espirituais e sociais: M10 "rapaz de 15 anos com Leucemia grave, em final de vida e brigado com os pais, que pede para eles saírem do quarto, segura minha mão e falece" e M10 "A mãe de um colega... que em final de vida... me pede para rezar com ela e pedisse perdão a Deus por ela."

Tabela 7: Enfrentamento da morte, aspectos religiosos e demandas subjetivas

M1 "...foi extremamente difícil dar a notícia do óbito."
M10 "A mãe de um colega... que em final de vida... me pede para rezar com ela e pedisse perdão a Deus por ela."
M10 "rapaz de 15 anos com Leucemia grave, em final de vida e brigado com os pais, que pede para eles saírem do quarto, segura minha mão e falece."
M11 "Por questões religiosas... a família recusou e manteve posicionamento contrário (a proposta da equipe médica) por recomendação do Pastor de sua igreja."
M12 "...os familiares não aceitavam a terminalidade da mesma (todos acreditavam em milagres e que Deus a iria curar)."
M13 "Uma experiência marcante foi a primeira que me deparei... um jovem... sem proposta terapêutica. O acompanhei até o fim de sua vida no hospital, o que durou cerca de duas semanas."
M20 "Quando a situação (do paciente) se agravou eu não tive estrutura emocional para reconhecer a necessidade de mudança de foco e adoção de cuidados paliativos. Foi muito traumática para mim sozinho a passagem da quimioterapia e do tratamento dias intercorrências para a palição...Eu deveria ter pedido ajuda a outros colegas para me auxiliarem naquele momento difícil."
M23 "Nenhum desses casos é fácil de lidar, pois vivenciar a dor e a perda é algo que não faz parte do nosso aprendizado acadêmico. Fomos "treinados" para curar e trazer a vida. A morte de alguns pacientes foi mais impactante do que outros, acredito que pelo vínculo prévio estabelecido com eles e suas famílias".
M25 "Me surpreendeu o bom humor (da paciente) e a vontade de estar bem no fim da vida."

4. Considerações finais

A formação médica ainda é falha no sentido de capacitar e sensibilizar para auxiliar as equipes e mesmo o médico no cuidado de paciente em fim de vida. Fica evidente que o processo formativo ainda não consegue atingir à reflexão necessária para a formação do profissional que cuida do paciente em final de vida. Nesse sentido, a maioria das decisões médicas são tomadas sem considerar a equipe multiprofissional, inclusive as poucas demandas para os Comitês de Bioética Clínica que são espaço deliberativos de grande importância que auxilia aos profissionais na identificação de saídas prudentes para a resolução de casos de maior complexidade e elevado conflitos morais. Temos um longo caminho pela frente. Trabalhar nossos medos e preconceitos diante da morte, capacitar profissionais para que possam agir em cooperação na busca de cursos de ações prudentes, deliberando com todos os protagonistas envolvidos no caso concreto sempre buscando identificar o que é razoável para atender as necessidades do trinômio paciente/família/equipe no alívio do sofrimento em qualquer que seja a dimensão humana.

5. Bibliografia

Silva RSd, Evangelista CLdS, Santos RDd, Paixão GPdN, Marinho CLA, Lira GG. (2016). Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. *Revista Bioética*; 24(3), 579-89.

Brugugnolli ID, Gonsaga RAT, da Silva EM. (2013). Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? *Revista Bioética*, 21(3), 477-85.

Murray S. (2015). The Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. *The Economist*.

Chaves AAB, Massarollo MCKB. (2009). Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, 43(1), 30-6.

Abreu CBBd, Fortes PAdC. (2014). Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 22(2), 299-308.

Poletto S, Bettinelli LA, Santin JR. (2016). Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana. *Revista Bioética*, 24(3), 590-5.

VV.AA. (2013). *When a Patient is Dying. Caring for a Dying Patient*. Ireland: Hospice Friendly Hospital Programme's Map for End-of-Life Care.

Bardin L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Brasil: Edições 70 Brasil, 280 p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (2012). RESOLUÇÃO CFM no 1.995/2012 [press release].

5- O seu serviço possui comitê de Bioética?

- a. ☐ Não .
- b. ☐ Sim.
- c. ☐ Não sei.

6- Dados pessoais:

- a. Cidade: _____
- b. Data de nascimento: dd/mm/aaaa.
- c. Sexo: ☐ masculino.
☐ feminino.
- d. Atuação: ☐ clínica, especialização: _____
☐ cirúrgica, especialização: _____

7- Ano de formatura: _____

8- Formação em cuidados paliativos:

- a. ☐ Não.
- b. ☐ Sim,
 - i. ☐ residência medica.
 - ii. ☐ especialização.
 - iii. ☐ aperfeiçoamento.
 - iv. ☐ curso de longa duração.
 - v. ☐ curso de curta duração.
 - vi. ☐ outra, qual? _____
- c. ☐ Cursando
 - i. ☐ residência medica.
 - ii. ☐ especialização.
 - iii. ☐ aperfeiçoamento.
 - iv. ☐ curso de longa duração.
 - v. ☐ curso de curta duração.
 - vi. ☐ outra, qual? _____

9- Ambiente onde você tem maior contato com pacientes em fim de vida:

- a. ☐ Hospital geral.
- b. ☐ Hospital especializado.
- c. ☐ Clínica particular.
- d. ☐ Clínica convênio.
- e. ☐ Ambulatório.
- f. ☐ Unidade de Pronto Atendimento / Emergência / Unidade de Pronto Socorro.
- g. ☐ Atendimento domiciliar.

10- Você acredita que sua formação lhe capacitou para lidar com situações como a que você vivenciou? Fique à vontade para comentar.

- a. ☐ Não.
- b. ☐ Sim.

Comentário: _____

Ética en, para y de la Salud Pública

Ethics in, for and Applied to Public Health

Andreu Segura

Médico de Salud Pública

Vocal del Comité de Bioética y del Consejo Asesor de Salud Pública. Generalitat de Catalunya. Editor invitado de *Gaceta Sanitaria*. Coordinador de los grupos de trabajo de ética y salud pública y de análisis y prevención de la iatrogenia de SESPAS

Resumen

La salud pública moderna no ha prestado demasiada atención a la ética hasta hace muy poco. Tal vez porque buena parte de sus funciones se han desarrollado en el ámbito de las administraciones públicas sometidas a reglamentos y leyes en lugar de las normas deontológicas de las corporaciones profesionales, pero también porque al tener un propósito formal tan loable, parecería que no necesita acudir a la ética para valorar sus actividades. Como pasó durante el despotismo ilustrado. Una actitud arrogante que puede explicar la desconfianza popular frente a algunas de sus recomendaciones. Obstáculo que la aplicación de la ética podría superar.

Palabras clave: Bioética, Ética clínica, Legislación.

Abstract

Modern public health has not paid much attention to ethics until very recently. Perhaps because a large part of their functions have been developed in public administrations, which are subject to regulations and laws and not to the deontological standards of professional corporations, but also because having such a lovely formal purpose -- health promotion and protection-- it seems that it is not necessary to go to ethics to assess their activities. As it happened in the time of Enlightened Absolutism. An arrogant attitude that could explain popular distrust of some of their recommendations. One obstacle that the application of ethics could overcome.

Keywords: Bioethics, Clinical Ethics, Legislation.

Ética en, para y de la Salud Pública

Lawrence Gostin, actual director del *O'Neill Institute for National and Global Health Law* y director del *WHO Collaborating Center on Public Health Law & Human Rights*, proponía hace ya unos años el empleo de las preposiciones en, para y de con el propósito de acotar las posibles relaciones entre la ética y la salud pública (Gostin, 2001: 121-30).

La aplicación de una perspectiva ética **en** cualquiera de las áreas de la salud pública (que son básicamente la promoción y la protección colectivas de la salud comunitaria, así como la monitorización de los problemas y los determinantes de la salud de la población y, por ende, su contribución al diseño de políticas de salud y sanitarias) es, además de un elemento que puede enriquecer las propuestas y diseños de programas e intervenciones, una referencia moral acerca de la bondad de las intervenciones que se llevan a cabo.

La ética también puede constituir una referencia acerca de la valoración de los comportamientos de las personas en el ejercicio de la práctica profesional de la salud pública, elaborando un conjunto de normas **para** adoptar conductas moralmente aceptables.

Finalmente, el desarrollo de la salud pública en la sociedad, ya sea en el ámbito más específico del sistema sanitario o en el comunitario, más global e intersectorial, puede constituir un objeto **de** interés para la ética como filosofía moral.

Pero, ¿qué entendemos por Salud pública?

Salud Pública es una expresión calcada, como tantas otras, del inglés. Una de sus acepciones se corresponde, más o menos, con el término español sanidad. Sin embargo, tiene otros significados posibles.

El primero y más literal sería el de salud del público, es decir, de la población. Aunque público también se refiere a aquello que es de todos, por lo que algunos denominan salud pública al sistema de atención sanitaria financiado públicamente, mediante impuestos y, en algunos casos, tasas¹. En este caso, sin embargo, es preferible la expresión sanidad pública, ya que emplear salud pública en este sentido se presta a confusión, puesto que puede dar a entender que la salud de las personas y de las poblaciones depende fundamentalmente de la sanidad. Y todavía peor, porque puede inducir una medicalización indebida. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en América latina el término sanidad no es muy corriente ya que los sanitarios, más que denominar a los profesionales y trabajadores del sector, designan los váteres o inodoros, de modo que los departamentos ministeriales correspondientes son de salud y no de sanidad, nomenclatura habitual en los países de habla inglesa en los que los servicios asistenciales sanitarios se denominan *healthcare*. Y los organismos gubernamentales responsables son los *Health Departments*, de la misma manera que el Servicio Nacional de Sanidad del Reino Unido es el *National Health Service*.

Se entiende por Salud Pública el conjunto de actividades que la sociedad lleva a cabo para promover y proteger la salud de la población, desde el sistema sanitario o no.

Lo que, sin embargo, no le parece bien a todo el mundo. Iona Heath, que fuera presidenta del Colegio británico de Médicos de Familia, llegó a proponer que se le cambiara el nombre y pasara a denominarse *National Sicknes Service* (Helth, 2007: 19), entre otros motivos porque la competencia específica de los profesionales del sistema sanitario es la atención a los pacientes y sus enfermedades.

Salud y sanidad son palabras estrechamente relacionadas, pero no sinónimas². Y aunque los propósitos de la sanidad incluyen la protección –y si se quiere también la promoción– de la salud, ésta, en su sentido positivo, más allá de la mera ausencia de enfermedad o de insania, no depende solo ni básicamente del sistema sanitario.

Muchos son los que se han dado en llamar determinantes de la salud, que lo son no solo de las personas como de las poblaciones, puesto que la salud colectiva no es simplemente la suma de la salud del vecindario sino una característica propia, en algunos casos emergente, como la denominada inmunidad colectiva, una propiedad atribuible a una determinada comunidad en un momento preciso, que redunde en la protección de algunos individuos susceptibles mientras forman parte de esa colectividad. Pero son muchas más las particularidades que hacen que las ciudades sean más o menos saludables, como el diseño urbano, la densidad demográfica, el control de la contaminación, el transporte público, la cohesión social, etc., y la salud de cada uno de sus habitantes también depende de ellas.

La variabilidad y la heterogeneidad de estos determinantes, entre los cuales se incluyen los sociales, que son, además de colectivos, culturales, nos permite reconocer y comprender la definición de Salud Pública formulada hará pronto un siglo por CEA Winslow, que a la sazón dirigía el departamento de salud pública fundado por él mismo en la escuela de Medicina de la Universidad de Yale:

Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongando la vida y promoviendo la salud física y la eficiencia a través de esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad, educar a las personas en los principios de higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de la maquinaria social capaz de garantizar a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (Winslow, 1920: 23-30)

El Instituto norteamericano de Medicina lo resumía así en 1988: *“Aquello que hacemos como sociedad para habilitar las condiciones necesarias para la salud de las personas.”* (Institute of Medicine, 2003). De donde se deduce que tanto las medidas, intervenciones y programas, como los dispositivos e instalaciones, así como las instituciones de la salud pública pueden formar o no parte del sistema sanitario. Lo que comporta que su significado es más amplio que el que le corresponde al concepto de sanidad. Algo que se comprende fácilmente considerando la seguridad vial, cuya influencia sobre la salud y también sobre la enfermedad –morbimortalidad asociada a los accidentes de tránsito– es obvia, a pesar de que la responsabilidad social, política y administrativa no acostumbra a ser de Sanidad sino más bien de Tráfico.

Los factores que más influencia ejercen y que resultan mejores predictores del estado de salud son, en primer lugar, el nivel educativo, y en segundo la ocupación laboral,

que puede resultar fuente de morbimortalidad, sobre todo si el trabajo no es creativo. Tampoco puede olvidarse la influencia de un entorno saludable o de una vivienda confortable, así como de la economía y de la capacidad adquisitiva, entre otros.

Antecedentes históricos

La independencia que tiene la salud pública de otras actividades sanitarias como la atención médica, la caracteriza desde el inicio mismo de su existencia. Los antecedentes de la clínica se remontan probablemente a las primeras especies de primates bípedos, los partos de cuyas hembras comportaban un riesgo de complicaciones mucho mayor que los de otros simios antropomorfos, y desde luego muy superior al de los cuadrúpedos, por lo que resulta verosímil suponer que una ayuda a las parturientas australopitecinas en el alumbramiento, que debieron prestar otras hembras ya madres, mejorara la probabilidad de supervivencia. Las hembras se ocupaban también de la recolección de alimentos y plantas, de algunas de las cuales pudieron aprender sus propiedades terapéuticas. Algo que pudo repetirse en las especies más evolucionadas y generar una especialización en las colectividades de *Homo sapiens* en el Paleolítico.

Si bien la bioética se define como una aplicación de la ética a la biosfera y sus componentes, su primer propósito fue proteger a los seres humanos objeto de investigación, aunque paulatinamente ha ido influyendo en las normas deontológicas de las profesiones sanitarias.

Pero hasta el Neolítico y la urbanización no se puede hablar de salud pública. La viabilidad de los asentamientos humanos estables, algunos de los cuales tienen más de ocho mil años, requirió imprescindiblemente de agua potable, capacidad de almacenamiento y conservación de alimentos y de algún sistema de evacuación de residuos, así

como de una mínima policía mortuoria, es decir, de un programa higiénico mínimo para la pervivencia de la ciudad. Este saneamiento constituyó la protección colectiva básica de la salud comunitaria. Pero los testimonios arqueológicos muestran, además, instalaciones y espacios para el ocio y el bienestar, como termas y piscinas, en algunos casos de una factura estética envidiable, lo que demuestra el objetivo de promoción de la salud. Y la protección y promoción colectivas de la salud comunitaria constituyen el núcleo de la salud pública.

Cabe concluir, pues, que medicina y salud pública son actividades distintas que se desarrollan independientemente. Ello no obstante, y sobre todo desde la aportación de los hipocráticos con su tratado *Sobre aires, aguas y lugares*, los clínicos conocen la influencia de algunos determinantes ambientales y culturales sobre la salud y la enfermedad. El citado tratado hipocrático es el antecedente del género literario de las Topografías médicas, que a su vez lo han sido de la Medicina comunitaria.

El saneamiento urbano se desarrolló extraordinariamente en tiempos de Augusto, cuando Roma albergaba un millón de residentes. Promotor de la administración, el emperador creó un servicio imperial de correos y encargó la gestión del abastecimiento del agua a la ciudad y su mantenimiento a Agripa, nombrándole *curator aquarum*, con un equipo de operarios –la mayoría esclavos– encargados de la supervisión de la red de conducciones y depósitos (Repullo, 2006: 475-82). Este servicio público fue el encargado, más tarde, de la inspección de los mercados y la

distribución de alimentos, bajo el nuevo nombre de *curator aquarum et miniciae*, antecedente de los modernos cuerpos de funcionarios de sanidad o de salud pública.

Pero tal vez no fuera hasta la peste negra de mediados del siglo XIV cuando se tomó una iniciativa de protección de la salud colectiva dirigida específicamente a la prevención de una enfermedad, en este caso la difusión de la plaga. Sucedió en la actual Dubrovnik, entonces la Ragusa veneciana, cuando las autoridades políticas decretaron la cuarentena de un buque procedente del Mar Negro. (Sehdev, 2020: 1071-2).

De todos modos, la salud pública moderna tiene sus raíces en el higienismo y en la revolución industrial. La miseria del pueblo como generadora de enfermedades fue la proclama de Johann Peter Frank en 1790. Su obra en nueve volúmenes –*System einer vollständigen medicinischen Polizey*– "Un sistema completo de política médica", publicada entre 1779 y 1827, seis años después de su muerte, tuvo una enorme repercusión en su época. (Sigerist, 2006: 269-79).

En la introducción, después de un párrafo de carácter más político³, afirma:

La política médica, en consecuencia, como ciencia de la política en general, es un arte de la prevención, una doctrina mediante la cual los seres humanos y sus animales auxiliares pueden ser protegidos de las dañosas consecuencias del hacinamiento; es, en especial, un arte que alienta el bienestar corporal para que, sin sufrir un exceso de males físicos, los seres humanos puedan demorar lo más posible el momento fatal en que, por fin, deben morir. Es inaudito que esta ciencia, la cual se hace cada día más esencialmente necesaria para nuestra especie, deba ser todavía cultivada solo, y en mínimo grado, en algunos sitios, y nunca, que yo sepa, en forma sistemática. Esto puede deberse al hecho de que las gentes han comenzado hace muy poco a comprender el valor del ser humano, y a perseguir el beneficio de la población; como también al hecho de que estas preocupaciones han tenido como efecto iniciar la contemplación filantrópica de las causas que, para muchos, provocan la supuesta decadencia de nuestro género...

La SP como responsabilidad de las administraciones. El nacimiento de la SP moderna

Frank fue influido por el cameralismo (Rosen, 1953: 21-42), la versión alemana del mercantilismo que caracterizó el pensamiento del despotismo de la Ilustración, con su lema todo para el pueblo pero sin el pueblo, familiar para muchos higienistas. Según Rodríguez Braun:

Todo el movimiento de la Ilustración tiene estrechos paralelismos con el utilitarismo: el impulso reformista, el énfasis en la educación, la investigación y los experimentos científicos caracterizan a ambos movimientos. (Rodríguez Braun, 1992: 95-109).

La obra de Frank inspiró a muchos de los reformadores sanitarios del siglo XIX entre los cuales el médico Rudolf Virchow (1821-1902) y el abogado Edwin Chadwick (1800-1890) jugaron un papel notorio en el desarrollo de la salud pública moderna.

Virchow⁴ fue candidato al premio Nobel por sus aportaciones a la fisiopatología, particularmente en relación con la teoría celular, resumida en el célebre aforismo que popularizó “*omnis cellula e cellula*”. Su obra de 1858, *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre*, se considera la base de la ciencia médica moderna (Reese, 1988: 105-8) y el mayor avance de la medicina desde sus inicios. (Knatterud, 2020: 43-5). Menos conocida es su contribución a la formación de los estudiantes de medicina mediante el fomento del uso de los microscopios. Acuñó una gran cantidad de neologismos, como por ejemplo agenesia, cromatina, degeneración amiloide, espina bífida, leucemia, parénquima, osteoide, trombosis o zoonosis.

Pero además de estas y otras aportaciones a la medicina, también contribuyó significativamente al desarrollo de la salud pública como disciplina sanitaria. Comprobó que someter la carne de cerdo a 137 °F (58'34°C) durante diez minutos destruía las larvas de *Trichinella*

Mientras que las normas deontológicas afectan básicamente a los agentes y pacientes de modo individual, la salud pública tiene que ver con la dimensión colectiva de los seres humanos y con las poblaciones y comunidades.

spiralis, lo que evitaba la triquinosis (Saunders, 2000: 199-207), hallazgo que condujo directamente al establecimiento de la inspección de carne, adoptado por primera vez en Berlín. Más reconocidas son sus recomendaciones para controlar la epidemia de tifus exantemático que afectó la Alta Silesia durante 1847-1848. En su informe, de 190 páginas, el joven Virchow –tenía 25 años– asociaba la epidemia a las penosas condiciones laborales, de habitación y de alimentación de los obreros, por lo que recomendaba la adopción de mejoras en tales condiciones, lo que fue interpretado por las autoridades como una intromisión subversiva. (Taylor, 1985: 547-59). De regreso a Berlín en marzo de 1848 participó activamente en la revolución que se declaró contra el gobierno. En julio de ese año, ayudó a fundar *Die medicinische Reform* (La reforma médica), una revista semanal cuyos lemas principales fueron “la medicina es una ciencia social” y “el médico es el abogado natural de los pobres”. Esta iniciativa apenas pudo subsistir un año, cuando las autoridades políticas la clausuraron y Virchow fue expulsado de su trabajo en la capital, a la que regresaría años más tarde para proseguir incrementando su prestigio académico y su participación política. Fue diputado y uno de los fundadores del partido progresista alemán, que contaba con el apoyo de la naciente clase media de la burguesía alemana. Esta formación acabaría integrándose en el *Deutsche freisinnige Partei* (Partido librepensador alemán, también llamado Partido Radical Alemán), situado en una posición que hoy calificaríamos de centro izquierda.

Pero su legado más célebre puede resumirse en este párrafo transcrito por Mackenbach:

La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina a gran escala. La medicina, como ciencia social, como ciencia de los seres humanos, tiene la obligación de señalar problemas e intentar su solución teórica: el político, el antropólogo práctico, debe encontrar los medios para su solución real ... (Mackenbach, 2009: 199-207)

Desde la perspectiva de la ética, la aportación de Virchow tiene que ver sobre todo con la justicia. Una justicia basada en el igualitarismo –precursora de los derechos

humanos y de la categoría entonces incipiente de justicia social—. Aunque últimamente se discuta si la política y la ética son incompatibles, y no por el chiste fácil de que los políticos sean amoralessino porque los valores morales no se pueden imponer socialmente (Cortina, 1986).

En cambio, la perspectiva ética de Chadwick es el utilitarismo. A los treinta años se hizo abogado. Hasta entonces sobrevivió publicando artículos divulgativos como "La ciencia aplicada y su lugar en la democracia" en la *Westminster Review*, fundada por Jeremy Bentham. En 1832 fue contratado

En cierto modo la bioética se propone proteger a los individuos de los eventuales perjuicios ocasionados por las intervenciones que en aras al bien común llevan a cabo los poderes y administraciones públicas.

por la Comisión Real designada para reformar la Ley de Pobres. Hacia 1838, durante una grave epidemia de tifus exantemático –frecuente también en la Inglaterra victoriana (Hardy, 1988: 401-25)–, promovió una investigación sobre las condiciones de vida de los afectados. Tras recabar información de múltiples, en 1843 publicó su informe sobre *La condición sanitaria de la clase obrera en la Gran Bretaña* que insistía en la importancia de la suciedad --incluida la degradación moral-- de los pobres, de modo que la solución no era --a diferencia del planteamiento de Friedrich Engels en su obra casi homónima y coetánea⁵-- la eliminación de la pobreza sino de los miasmas, los agentes etiológicos de las enfermedades, explicación compartida por los salubristas de la época.

Tras la publicación del informe, se formó la Asociación de Salud de las Ciudades. Entre sus recomendaciones destaca el suministro constante de agua potable a los domicilios y la sustitución de los sistemas de drenaje de residuos, pozos sépticos incluidos, mediante la instalación de váteres domésticos con desagüe a la red de cloacas. Propuestas que se incorporaron a las cláusulas de la ley de obras de saneamiento (*Waterworks Clauses Act*) promulgada en 1847. Esta norma, a la vez que limitaba las ganancias de las compañías suministradoras al 10%, les exigía garantías de abastecimiento de agua para el consumo y también para la limpieza del alcantarillado y el riego de las calles. Sin embargo, el vaciado intensivo de los muchos pozos negros al Támesis⁶ supuso la contaminación del río (Segura, 2020: 265). Un incidente atribuible a la falta de aplicación de todos los requisitos planificados por parte de la empresa responsable, como consecuencia de su elevado presupuesto (Binnie, 1981: 22-3).

Es importante el desarrollo de aplicaciones de la ética a la salud pública, particularmente para afrontar eventuales dilemas entre los intereses colectivos y los individuales, incluidos los que afectan a la dimensión social de los seres humanos y a la ecología.

Chadwick, familiarizado con la economía política ricardiana, amigo de J.S. Mill, miembro destacado del *Political Economy Club*, fue secretario personal del ya citado filósofo utilitarista Jeremy Bentham entre 1831 y 1832. Según nos cuenta José Luis Ramos (Ramos, 2014: 11-38), "...empezó a interesarse por los asuntos de sanidad pública ya a finales de la década de 1820,

consolidando luego dicho interés a través del análisis del problema de la pobreza, pues como secretario de la Comisión de la Ley de Pobres fue el principal autor --junto a Senior-- del informe de 1834, que sería la base de la nueva y controvertida legislación en la materia". Gracias al empeño de Chadwick, en 1848 el parlamento

inglés aprobaba la *Public Health Act* mediante la cual se promovía que las ciudades mejoraran la salubridad urbana, pero bajo la supervisión del *General Board of Health*. Una iniciativa legislativa que pretendía reducir la mortalidad atribuible a las epidemias que asolaban las ciudades industriales, supuestamente como consecuencia de los miasmas, la explicación causal de muchos higienistas de la época, sin renunciar a otros propósitos como prevenir la eventual radicalización del proletariado.

Implicaciones éticas del Utilitarismo para la salud pública

Cabe admitir la influencia del utilitarismo en los planteamientos y las iniciativas de buena parte de los salubristas europeos del siglo XIX, incluidos españoles como Mateo Seoane, quien pasó una temporada exiliado en Londres, y sus discípulos Pedro Felipe Monlau o Francisco Méndez Álvaro.

El utilitarismo, como una versión del consecuencialismo, adopta como criterio de valoración moral los efectos provocados por las decisiones que se toman; en este caso la utilidad de las consecuencias que se derivan de las intervenciones. Jeremy Bentham, que se considera el fundador del utilitarismo, definió la utilidad como la suma del placer que resulta de una acción, menos el sufrimiento que eventualmente produzca. Esta doctrina ética a veces es resumida como "el máximo bienestar para el máximo número".

Conviene tener en cuenta, sin embargo, la adscripción al liberalismo político de la mayoría de los utilitaristas de la época, entre los que destaca con luz propia John Stuart Mill y su tratado *Sobre la libertad*, no desde la perspectiva del libre albedrío sino por su defensa de la autonomía personal. Para Mill no resultan moralmente aceptables las normas sociales que obligan a adoptar decisiones saludables en contra de la voluntad de uno, salvo en el caso que tales medidas protejan la salud de terceros. Un criterio difícilmente rebatible.

Dado que el sujeto y el objeto de la salud pública son las poblaciones y que el criterio moral principal del planteamiento utilitarista se refiere al beneficio global, su pertinencia es obvia. No obstante, el utilitarismo ha merecido bastantes críticas. Algunas de ellas desde la filosofía moral, como las que esgrime Rawls, para quien la bondad de una creencia, decisión o acción no depende de sus consecuencias, por muy positivas que sean⁷. Un planteamiento que se reivindica kantiano. Lo que en el ámbito de la salud pública sería, salvando las distancias, no respetar las convicciones de quienes se oponen a tomar una decisión saludable para ellos.

Las consideraciones éticas pueden ser de aplicación a cualesquiera de las áreas de la Salud Pública, ya sea la promoción y la protección de la salud comunitaria, como también a la monitorización de los problemas de salud y sus determinantes, así como al diseño de políticas sanitarias y de salud. Tal es el objetivo de la ética en la salud pública.

Otras críticas más pragmáticas son, por ejemplo, las que se refieren a las discrepancias sobre lo que se considera útil o sobre el bienestar o la felicidad. Sin embargo, una de las unidades de medida más utilizadas a la hora de comparar los resultados de diversas intervenciones sanitarias se basa precisamente en el concepto de utilidad. La relación entre el coste y la utilidad de los estudios epidemiológicos y de economía de la salud, que es una valoración de la eficiencia relativa, se mide en años

--perdidos o ganados-- de supervivencia ajustada por calidad de vida o en buena salud; son los QUALY.

El desarrollo de la SP y la ética

La cuestión es que la salud pública moderna, entendida como el brazo gubernativo responsable de la protección de la salud colectiva, se desarrolla básicamente en el seno de las administraciones públicas, locales, regionales y estatales. Se trata de un ámbito muy regulado por leyes y reglamentos que, sin sustituir del todo las normas deontológicas propias de las corporaciones profesionales implicadas, constituye la referencia principal de la adecuación de la práctica.

Los valores culturales predominantes en el contexto social del momento son los que caracterizan los propósitos de la protección y la promoción de la salud como ética mente óptimos, incluso aunque en la práctica puedan justificar actitudes y comportamientos en defensa de las clases sociales más poderosas, como denuncia Michael Foucault en su *Biopolítica* (Foucault, 2001: 210). Así pues, las buenas intenciones que motivan las iniciativas salubristas, junto a la convicción de que efectivamente mejoran el bienestar de la sociedad, parecían suficiente justificación moral, por lo que no se consideraba necesario desarrollar otro tipo de ética. Algo que entró en crisis a finales del siglo pasado, cuando, como consecuencia, entre otros motivos, de la aparición de la pandemia del SIDA, se produjo una renovada reivindicación de los derechos humanos y se vio la necesidad de analizar las decisiones y los programas de promoción y de protección de la salud colectiva desde una perspectiva ética, más allá del recurso al utilitarismo.

Es entonces también cuando aparece en el escenario la bioética. Aunque el concepto había sido propuesto por Fritz Jahr, un pastor de la iglesia protestante en 1927 (Sass, 2007: 279-95), la idea no tuvo apenas difusión debido al advenimiento del nazismo. En cambio, la derrota de Hitler permitió conocer, difundir y reprobar los experimentos humanos en los campos de concentración nazis, lo que supuso una dolorosa sensibilización de la opinión pública y la comunidad científica sobre la cuestión e hizo posible que prosperaran los planteamientos éticos globales sobre la vida formulados por Potter (Potter, 1971; Wilches, 2011: 70-84).

También son objeto de interés ético las reglas de comportamiento que conviene que respeten los profesionales de la salud pública en el ejercicio de su dedicación laboral, es decir, la ética *para* la salud pública.

Pero fue la publicación del informe Belmont (*The National Commission*, 1978) –hace ahora cuarenta y cuatro años– la que consagró la bioética y sus célebres cuatro principios⁸. La decisión de regular los derechos de las personas en las investigaciones científicas y

médicas para preservar su dignidad y proteger su salud, que fue el objeto del informe, se tomó a partir del escándalo que en 1972 generó la publicación de un reportaje sobre el estudio que el servicio de salud pública de los Estados Unidos, precisamente, había estado llevando a cabo en Tuskegee, Alabama, desde el año 1932. El estudio consistió en el seguimiento de una cohorte de casi cuatrocientos afroamericanos afectados de sífilis y unos doscientos controles, reclutados sin ser adecuadamente informados del propósito de la indagación, que no era otro que comprobar si la historia natural de la sífilis en la población negra era distinta de la que unos años antes se

había establecido en Noruega. Para alcanzar el objetivo del estudio, los enfermos no debían recibir en ningún caso tratamiento específico.

Pero mientras la repulsa generada estimulaba el desarrollo de la bioética, no solo en el área de la investigación sino también en el de la práctica clínica, en la que paulatinamente iba introduciéndose la necesidad del consentimiento informado para promover la autonomía del paciente, los servicios de salud pública permanecieron al margen. Incluso las escuelas de salud pública prestaban una atención marginal a la ética. En 1974, una encuesta a las escuelas oficiales de la disciplina mostró que apenas cinco de las quince que respondieron reconocían el potencial interés de unas bases éticas, y que solo en dos de ellas, Harvard y Columbia, habían habilitado para ellas un espacio significativo en el plan de estudios (Bluestone, 1976: 478-9).

La irrupción del SIDA y la protesta de los colectivos homosexuales contra su discriminación, al identificarlos como grupo de riesgo, junto a heroinómanos y hemofílicos, comportó la decidida promoción de los derechos humanos –un planteamiento ético no consecuencialista– en el ámbito de la salud pública, gracias, entre otros, al trabajo del malogrado Jonathan Mann (Marks, 2001: 131-8), estimulando también la aplicación de argumentos y consideraciones éticas, de modo que tanto las instituciones profesionales (Thomas, 2002: 1057-60) como las escuelas de salud pública (Thomas, 2003: 279-86) fueron incorporando la ética en sus programas, primero en los EEUU y poco a poco también en Europa (Aceijas et al, 2012).

En España la situación es todavía incipiente. Sobre todo si se compara con la formación y la práctica de la bioética que ya ha alcanzado cierta tradición en el sistema sanitario, tanto en el ámbito estatal, con la Comisión de Bioética de España, como en algunas autonomías que disponen de comisiones equivalentes y, desde luego, gracias a la existencia de unidades y comités de ética asistencial y de investigación. En el ámbito de la formación de postgrado se han desarrollado algunos programas universitarios de maestría en bioética que en muchos casos se ofrecen en modalidades online.

En cambio, la oferta formativa específica sobre ética y salud pública es bastante limitada (Buron et al, 2019: 89-109). Ello no obstante, SESPAS alberga un grupo de trabajo sobre ética y salud pública que, con la colaboración de la Fundación Grífols, viene organizando encuentros monográficos anuales, que además se editan como cuadernos de la fundación y son de acceso libre (Fundación Grífols, 2010-2018). Y hace poco la revista *Bioética y Derecho*, que edita el Observatorio de Bioética de la Universidad de Barcelona, ha publicado un monográfico que incluye siete artículos y una editorial sobre cuestiones de salud pública bajo la perspectiva de la ética (Observatorio de Bioética, 2019).

La salud pública puede considerarse un campo genuino de aplicación de la ética, de modo que podemos hablar de la ética de la salud pública.

La orientación actual de la ética aplicada a la salud pública

Si bien el planteamiento utilitarista conserva su vigencia, el recurso a la perspectiva más deontológica, basada en criterios independientes de las consecuencias, se ha ido

incorporando en la salud pública, seguramente gracias a la influencia de los principios de la bioética y sobre todo en relación con la equidad y la eficiencia social, a pesar de que el valor o la idea de justicia en la que se basan admite interpretaciones muy variadas.

El recurso a la ética a la hora de diseñar los programas y las intervenciones de la salud pública puede ser de utilidad para anticipar y prevenir en su caso eventuales conflictos morales entre los derechos individuales y el interés común, como ocurre por ejemplo en la ponencia de vacunas de la comisión de salud pública del consejo interterritorial, y desde luego también a la hora de evaluar sus resultados y justificar su continuidad o no. Lo que vale también para las decisiones que se toman con el propósito de proteger la salud de la población, las cuales a menudo implican cierta tensión entre los beneficios y perjuicios potenciales de la aplicación del principio de precaución (Stirling, 2007: 309-15). En este sentido, el protagonismo de las administraciones públicas en el contexto del llamado Estado del bienestar ha llevado a algunas de ellas a incorporar una nueva perspectiva, como la sugerida por Karen Jochelson en su reflexión sobre el papel gubernamental en Salud Pública (Jochelson, 2005), pasando de "niñera" a "azafata" y reivindicando la posición de auxiliar que desempeñan los tripulantes de cabina en los vuelos comerciales. De ahí la denominación como *stewardship* del modelo propuesto por el *Nuffield Council of Bioethics* (Nuffield Council of Bioethics, 2007) que ha sido adoptado por el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) (Killick et al, 2010). Un modelo que se caracteriza por tratar de facilitar y convencer más que de obligar, en el que la proporcionalidad, la transparencia y la solidaridad cobran relevancia, sin olvidar la importancia de proteger de eventuales daños a terceros, la excepción que Mill aceptaba como obligación moral para modificar comportamientos o decisiones lesivas para el prójimo. Como ocurre por ejemplo con la iatrogenia, un problema de salud pública que puede beneficiarse también de la aplicación de la ética, en este caso de la ética de la ignorancia y de la incertidumbre (Segura, 2019: 11-24).

Bibliografía

- Aceijas C, Brall C, Schröder-Bäck P, Otok R, Maeckelberghe E, Stjernberg L, Strech D, Tulchinsky TH (2012). Teaching ethics in schools of public health in the European Region: findings from a screening survey. *Public Health Reviews*; 34: epub ahead of print.
- Binnie GM (1981). *Early Victorian Water Engineers*. London: Thomas Telford; 22-3.
- Bluestone NR (1976). Teaching of ethics in schools of public health. *Am J Public Health*; 66, 478-9.
- Buron A, Segura A (2019). Public health ethics education in public health masters in Spain: Current status and available resources for teaching. *Rev Bio y Der*; 45: 89-109. Accesible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/issue/view/2093>.
- Cortina A (1986). *Ética mínima*. Madrid: Tecnos.
- Daguet-Gagey A (2001). *Les grandes curatèles urbaines. Rome, ville et capitale: de César à la fin des Antonins*. París: Éditions du Temps, 89-112.

Foucault M (2001). El nacimiento de la medicina social conferencia en la Universidad del Estado de Rio de Janeiro, octubre de 1974. En *Dits et Écrits*, II, París: Gallimard, 210. Accesible en: <http://www.alcoberro.info/planes/foucault9.htm>

Fundación Grifols. Cuadernos editados conjuntamente con el grupo de ética de SESPAS. Q24(2010) Q27(2012) Q29(2013) Q32(2014) Q37(2015) Q38(2016) Q42(2017) Q48(2018). Accesible en: <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/monographs>.

Gostin LO (2001). Public health, ethics, and human rights: A tribute to the late Jonathan Mann. *J. Law Med. Ethics*; 29, 121-30.

Hardy A (1988). Urban famine or urban crisis? Typhus in the Victorian city. *Medical History*; 32, 401-25.

Heath I (2007). In defence of a National Sickness Service. *BMJ*; 334, 19.

Institute of Medicine (2003). *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10548>.

Jocheson K (2005). *Nanny or Steward: The role of government in Public Health*. King's Found working paper. Accesible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/nanny-steward-role-government-public-health-working-paper-karen-jochelson-kings-fund-6-october-2005.pdf

Killoran, A and White, P (2010). NICE public health guidance. *Journal of Public Health*; 32, 136-137.

Knatterud ME (2002). *First Do No Harm: Empathy and the Writing of Medical Journal Articles*. New York: Routledge, 43-5.

Mackenbach, J P (2009). Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. *Journal of Epidemiology & Community Health*; 63, 181-4.

Marks SP (2001). Jonathan Mann's legacy to the 21st century: The human rights imperative for public health. *Journal of Law, Medicine & Ethics*; 29, 131-8.

Nuffield Council of Bioethics (2007). *Public Health: ethical issues*. London: Nuffield Council. Accesible en: <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Public-health-ethical-issues.pdf>

Observatorio de Bioética (2019). Monográfico sobre ética y salud pública. *Rev Bio y Der*; 45, Accesible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/issue/view/2093>.

Potter VR (1971). *Bioethics bridge to the future*. Prebtis Hall: New York.

Ramos JL (2014). Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español. *Historia industrial*; 55, 11-38.

Reese DM (1988). Fundamentals--Rudolf Virchow and modern medicine. *Western Journal of Medicine*; 169, 105-8.

Repullo JR, Segura A (2006). Salud Pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. *Rev Esp Salud Pública*; 80, 475-82.

Rodriguez Braun C (1992). Ilustración y utilitarismo en Iberoamérica. *Telos: revista utilitarista de Iberoamérica*; 1, 95-109. Accesible en: <http://www.usc.es/revistas/index.php/telos/article/view/940/893>.

Rosen G (1953). Cameralism and the Concept of Medical Police. *Bulletin of the History and Medicine*; 27, 21-42.

Sass HM (2007). Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics. *Kennedy Inst Ethics J*; 17, 279-95.

Saunders L Z (2000). Virchow's Contributions to Veterinary Medicine: Celebrated Then, Forgotten Now. *Veterinary Pathology*; 37, 199-207.

Segura A (2010). Recensión bibliográfica: El mapa fantasma. La historia real de la epidemia más terrorífica vivida en Londres. Steven Johnson. *Gac Sanit*; 24, 265.

Segura Benedicto A (2019). La ètica de la ignorància (i de la incertesa) i la iatrogènia, un problema de salut pública. *Rev Bio y Der*; 45, 11-24.

Sehdev PS (2002). The Origin of Quarantine. *Clinical Infectious Diseases*; 35, 1071-2.

SESPAS. Área de Trabajo de Ética y Salud Pública. Accesible en: <https://sespas.es/areas-de-trabajo/etica/>.

Sigerist H (2006). Johan Peter Frank, un pionero de la medicina social. *Salud Colectiva*: Buenos Aires; 2, 269-79. Accesible en: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/col/v2n3/v2n3a05.pdf.

Stirling A. (2007). Risk, precaution and science: towards a more constructive policy debate. Talking point on the precautionary principle. *EMBO reports*; 8, 309-15.

Taylor R, Rieger A (1985). Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia. *International Journal of Health Services*; 15, 547-59.

The National Commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research (1978). *The Belmont Report*. DHEW Publication No. (OS) 78-0014 Washington DC, Accesible en: https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf.

Thomas JC (2003). Teaching ethics in schools of public health. *Public Health Rep*; 118, 279-86.

Thomas JC, Sage M, Dillenberg J, Guillory, JV (2002). A code of ethics for public health. *Am J Public Health*; 92, 1057-60.

Wilches AM (2011). La propuesta bioética de Van Rensselaer Potter cuarenta años después. *Opción*; 66, 70-84.

Winslow CEA (1920). The untilled fields of public health. *Science*; 51, 23-33.

NOTAS

¹ Los defensores más fundamentalistas de la sanidad pública restringen este significado a las instalaciones y equipamientos cuya titularidad es de alguna administración pública y en la que profesionales y trabajadores son funcionarios públicos.

² Aunque la primera acepción de sanidad en el diccionario de la RAE sea cualidad de sano, como corresponde a su etimología, ya que el latín *sanitas*, de donde proviene, significa precisamente cualidad de buena salud, sanidad se emplea en la práctica se emplea para referirse al “conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio”. Curiosamente, el origen, también latino, de salud es *salus*, *-utis*, que además de la salud significa la salvación o el saludo. Saludar es, pues, desear salud y saludable, salvador o salvadora.

³ *“La seguridad interna del Estado es el objetivo de la ciencia general de la política. Lo más importante de esta ciencia es que, actuando de acuerdo con determinados principios, promueva la salud de los seres humanos que viven en sociedad y de aquellos animales necesarios para colaborar en las tareas humanas y en las recreativas. En consecuencia, debemos fomentar el bienestar de la población a través de medios que hagan posible a las personas gozar, jubilosamente y durante largos períodos, de las ventajas que la vida social puede ofrecerles; sin sufrir injustificadamente las vicisitudes y los altibajos a que la vida social, por fuerza, los expone tan pronto deciden domesticar el salvajismo de la naturaleza, y renunciar para siempre a ciertas supremacías que nunca fueron tan irresistibles como bajo las rudas y extremosas condiciones de vida de los seres humanos”.*

⁴ Si bien algunas de sus consideraciones se demostraron erróneas, como por ejemplo atribuir al primer fósil neandertal descubierto naturaleza de *H. sapiens* afectado de raquitismo. O sus contumaces críticas al darwinismo, tal vez motivadas por el abuso interpretativo de Spencer y su darwinismo social. Incluso rechazó, como muchos sanitarios de la época, el papel de los microbios como potenciales agentes patógenos.

⁵ Los costes de la investigación y la redacción de su Report on The Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain, corrieron a su costa, aunque la publicación ha sido la más vendida por The Stationery Office hasta la fecha. La edición original del mucho más conocido libro de Friedrich Engels Die Lage der arbeitenden Klasse in England se publicó en 1845. La perspectiva de ambos autores es muy distinta.

⁶ La controversia con el médico John Snow, quien postulaba que el agente del cólera era precisamente el agua contaminada o infectada, es un hito en la historia de la epidemiología y de la salud pública. Según Steven Johnson, la iniciativa de Chadwick de drenar los pozos negros al río fue la causa, aparentemente paradójica, de muchas de las epidemias de cólera que afectaron a los londinenses en la segunda mitad del XIX. Véase la referencia bibliográfica 17.

⁷ Aunque las condiciones de vida de los esclavos fueran mejores que las de los ciudadanos pobres no esclavos, la esclavitud no podría merecer una valoración ética positiva.

⁸ Aunque el informe establece tres, Beauchamp y Childress –Beauchamp TJ, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, 1979– añadieron el de no maleficencia, que no es meramente la ausencia de beneficencia y que, con los del respeto a la persona [autonomía] y el de justicia, completan el cuarteto.

La única vía para garantizar que la Gestación Subrogada sea éticamente correcta

The Only Way to Guarantee an Ethical Surrogacy

Dr. Ramón Ortega Lozano

Facultad de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija. Universidad Nebrija.

Resumen

La gestación subrogada (GS) es un tema controvertido en bioética y cambiar su actual prohibición en España se ha convertido en uno de los asuntos a tratar en la agenda política de este país. Este artículo tiene como objetivo analizar los aspectos éticos que se vulneran con la gestación subrogada. Se trata de argumentos que muestran cómo se ve afectada, sobre todo, aunque no exclusivamente, la mujer gestante. A partir de la exposición de dichos razonamientos se hace la propuesta de una situación en la que la gestación subrogada podría ser considerada éticamente correcta. Un argumento a tomar en cuenta en caso de levantar la prohibición de la gestación subrogada en España.

Palabras clave: Bioética, Ética clínica, Gestación Subrogada, Legislación.

Abstract

Surrogate pregnancy is a controversial topic in bioethics and its current prohibition in Spain has become one of the issues to be addressed in the political agenda of this country. This article aims to analyze the ethical aspects that are violated in the case of surrogate pregnancy. The arguments presented show how this affects especially, but not exclusively, the surrogate mother. On the basis of these arguments, this paper proposes a situation in which the surrogate pregnancy could be considered ethically correct. This argumentation should be considered in the debate concerning lifting the ban on surrogate pregnancy in Spain.

Keywords: Bioethics, Clinical ethics, Surrogate pregnancy, Legislation.

La gestación subrogada (GS)¹ sigue siendo motivo de debate, de demanda social y es, sin duda, parte de la agenda política con miras a cambiar su actual prohibición en España (B.O.E, Ley 14/2006). Por este motivo es fundamental exponer los argumentos éticos que lesiona esta práctica en la gestante², en la justicia global y en el bienestar psico-afectivo de las partes involucradas (Ortega-Lozano et al., 2018). Toda posible legalización deberá velar por la protección de estas partes.

Uno de los principales problemas éticos es la dificultad para respetar el principio de autonomía de la gestante, de modo que tome la decisión de forma libre e informada. Una verdadera autonomía exige que la gestante no esté condicionada por factores externos a la hora de tomar su decisión, como pueden ser su economía o su estabilidad psico-social. Para ello, el Grupo de Ética y Buena Práctica de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) propone la elaboración de un informe que compruebe la situación socioeconómica de la gestante, así como el respeto de ciertos criterios de exclusión en caso de razonables dudas sobre su libertad: inestabilidad en la pareja de la gestante, adicciones, trastornos psíquicos, la sospecha de incapacidad para afrontar la separación del recién nacido o la evidencia de coacción económica, emocional o social (Núñez et al., 2015). Para poder garantizar esta situación es fundamental que la GS se lleve a cabo de forma altruista³, es decir, que “no puede haber pago de un precio a la gestante, sino [solo] una compensación económica por las molestias, que incluya desde luego [los] gastos médicos relacionados con el embarazo que no tenga cubiertos” (Núñez et al., 2015: 16) y que la gestante pertenezca al mismo Estado/Nación que los comitentes, dos cuestiones que se explicarán a continuación. En cuanto al primer punto (el altruismo), Guerra Palmero (2018) opina que apelar sólo a la autonomía y obviar cuestiones relacionadas con la igualdad y la justicia no conduce a un verdadero entendimiento del fenómeno. Por tanto, no puede comprenderse una verdadera libertad de decisión en la gestante sin tomar en cuenta su contexto: “el ejercicio pleno de la autonomía de las personas sólo es posible desde condiciones de justicia e igualdad” (Guerra Palmero, 2018). Para ello, González Gerpe (2018) agrupa una serie de puntos, provenientes de diversas propuestas, que deben ser evaluados para garantizar la voluntariedad de la gestante: historia social, incluido el origen familiar; ocupación y situación económica; historia sexual y reproductiva; historial de desórdenes alimentarios o abuso de sustancias; historial de abusos sexuales y/o físicos; historial psiquiátrico; creencias religiosas que pueden influir en el comportamiento; madurez, juicio, asertividad y capacidad para tomar decisiones; estilo de personalidad y habilidades de afrontamiento; capacidad de empatía, estresores de la vida actual y cambios previstos en los próximos dos años; experiencia previa como gestante; motivación para ser gestante; apoyo de otras personas; red social; deseo de tener más hijos propios, entre otros. Para ello sugiere someter a las gestantes a una serie de tests y cuestionarios para valorar su idoneidad: test de evaluación psicopatológica, test proyectivos (proyectan su personalidad, pero también conflictos inconscientes que le pueden resultar desconocidos) e instrumentos de medida de estresores actuales⁴.

El segundo punto (la pertenencia al mismo Estado/Nación), hace hincapié en las desigualdades existentes entre las mujeres en un marco global. Para explicar esto

conviene recordar lo que expresa el informe realizado por Comité de Bioética Español (CBE) al respecto: “incluso en los países en los que esta se acepta, muchos ciudadanos optan por contratarla en el extranjero. En aquellos que solo permiten la gestación subrogada altruista es posible que una persona no encuentre una ‘gestante desinteresada’ y opte por la gestación subrogada comercial en el extranjero.” (López et al., 2017, 19). Por ello se considera que esta práctica debe vigilarse, porque pone en peligro a un sector de la población mundial vulnerable: la mujer de países pobres. Incluso Romero Casabona (Casabona, 2018), el único miembro de la CBE que emitió un voto particular a favor de la GS, denuncia “la insuficiencia instrumental para prevenir la realización de estas prácticas en el extranjero. En buena medida motivada [...] porque las autoridades españolas competentes han, primero, tolerado y, después, cuando aumentaba sensiblemente el número de estos casos, facilitado la inscripción de los hijos en el consulado⁵ [...] dando así carta de naturaleza a lo que he calificado más arriba como un auténtico fraude de ley” (p. 116). Todo parece indicar que sigue primando el modelo mercantilista que atenta no solo contra los derechos humanos, sino que constituye una injusticia global, dada la asimetría entre las partes concernidas: “La GS no solo remite a los factores ligados al género y a la clase social, sino, como avanzábamos, a la geopolítica de la desigualdad.” (Guerra Palmero, 2018: 41). La GS se convertiría de este modo, según Bellever Capella (Bellever, 2017: 241) “[en] el recurso para ser padres de unos pocos tocados por la fortuna: aquellos que encuentren una mujer dispuesta a hacerlo desinteresadamente en España; o quienes, no lográndolo aquí, tengan recursos para ir al extranjero y encontrar allí a alguien que esté dispuesta a hacerlo en las mismas condiciones. Esta última opción resulta bastante inverosímil y, aunque se diera en algún caso, es evidente que seguiría sin ser suficiente”. Esto nos remite al hecho de que no pueden tener las mismas garantías de no explotación las gestantes en países del extranjero (muchas veces naciones pobres), adonde se suele acudir debido a que, por su escasez, no se hallan voluntarias en los Estados europeos. Incluso sin hablar de explotación, resulta dudoso tener las garantías para comprobar una verdadera voluntariedad de las gestantes en el extranjero; basta preguntarse si podrían ser vigiladas, fuera de nuestras fronteras, las condiciones arriba recogidas: por un lado, los criterios de exclusión de la SEF (Núñez et al., 2015) y, por otro, la evaluación del contexto socio-psicológico de la gestante propuesta de González Gerpe (González, 2018). El CBE apunta que, aunque este fenómeno se acompañe de buenas intenciones, hay detractores debido a que “les parece prácticamente imposible asegurar unas condiciones que no sean de explotación o que no promuevan la explotación de otras mujeres” (López y López et al., 2017: 26). Este fenómeno de explotación se vería sensiblemente reducido si las gestantes formaran parte del mismo Estado/Nación que los comitentes, pues las garantías de su voluntariedad y altruismo estarían mejor vigiladas. La Asociación por la GS en España así lo entiende, pues en su artículo tres promueve que:

La mujer gestante por subrogación deberá tener más de 18 años, buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico deberá cumplir las exigencias fijadas para los donantes en la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Deberá haber gestado al menos un hijo sano con anterioridad, que éste esté vivo, *disponer de una situación socio-económica estable y haber residido en España durante*

los dos años inmediatamente anteriores a la formalización del contrato de gestación por subrogación⁶.

Por otro lado, la libertad y voluntariedad de la gestante en el proceso de GS se inicia con la gestación y termina cuando se produce el nacimiento del bebé. Esto significa que la gestante podrá interrumpir el embarazo o continuarlo en contra de la opinión de los comitentes (Núñez et al., 2015). Yendo más lejos, se debe defender la autonomía de la gestante incluso en la entrega del bebé, ya que ningún contrato o convenio puede cancelar dicha autonomía. No es algo extraño, ya que en la donación de órganos y en la experimentación humana siempre existe la opción de retirarse o negarse, para respetar la autonomía del que voluntariamente se presta a estos procedimientos: “Desdecirse debería ser siempre una opción legítima y, por tanto, ningún acuerdo o contrato puede prescribir, obligatoriamente, la entrega del bebé.” (Guerra Palmero, 2017: 535). Con ello se intenta expresar que al nacer el bebé debería exigirse una ratificación por parte de la gestante si se pretende garantizar su autonomía (como sucede en el modelo que se lleva a cabo en el Reino Unido, en el que se entrega al bebé unas semanas después de su nacimiento). Pero lo cierto es que esta forma de posponer la decisión definitiva de entregar al bebé plantea graves conflictos de intereses entre las partes implicadas. Sin olvidar que el hecho de disminuir el riesgo de explotación para la gestante incrementa la inseguridad jurídica del niño, ya que hasta que no acontece el parto y pasan unas semanas, no podrá determinarse quiénes son los padres legales (López y López, 2017).

Por otro lado, no conviene soslayar el conflicto de intereses que supone la GS y que incide en la autonomía de la gestante. Los comitentes desean un niño sano, pero a la vez buscarán un servicio tan económico como sea posible y querrán tener potestad en decisiones relacionadas al embarazo (número de embriones, aborto, tipo de parto: eutócico o cesárea, etc.). La gestante tratará de reducir al mínimo su implicación emocional, a la vez que buscará el mayor beneficio económico (si es comercial), así como mantener el control de su vida y su proceso gestacional, tratando de reducir los riesgos para su propia salud. Según el CBE “ignorar este conflicto, la dificultad para resolverlo y el riesgo de que sea la gestante quien salga peor parada es dar la espalda a la realidad.” (López y López, 2017: 28).

Unido a estos conflictos de intereses también se encuentra el tipo de relación que pueden llegar a guardar los comitentes y la gestante, que bien puede ser un vínculo familiar o de amistad. Por ejemplo, podría darse el caso de que la gestante fuera madre de alguno de los comitentes, lo que la convertiría en abuela legal, pero madre portadora o en el caso de que fuera una hermana, esta se convertiría en tía y madre portadora (López y López, 2017). Estos lazos de unión entre comitentes y gestante, en lugar de simplificar el proceso, hacen más complejo garantizar la autonomía de la gestante, pues dichos vínculos pueden generar una presión afectivo-emocional en ella, como analizan MacCallum y colaboradores (MacCallum, 2003: 1334): “conocer a la madre puede presentar la posibilidad de que la familiar o amiga se sienta presionada para ser la madre gestante”. Aun así, en dicho estudio se concluye que existen pocas diferencias en relación a los conflictos entre gestante y

La gestación subrogada debe ser altruista y tanto la gestante como los comitentes deberían pertenecer al mismo Estado/Nación.

comitentes que se conocían (existiendo un vínculo familiar o de amistad) y aquellos que no.

Por otro lado, existen experiencias positivas en una vivencia compartida por la gestante y los comitentes de la GS, como informa un reciente estudio realizado por Jadvá y colaboradores (Jadvá, 2019) en el Reino Unido, en el que ambas partes (viviendo en el mismo país) mantienen una buena relación incluso después del nacimiento del niño, a diferencia de cuando la gestante vive en un país extranjero y, por este hecho, no conoce a los comitentes. No cabe duda de que el anonimato en esta práctica sigue siendo fuente de debate. En la actualidad se habla del concepto de “*matching*” (emparejamiento) y hay quien defiende que es crucial que comitentes y gestante se conozcan para crear una relación de confianza y un consenso en las expectativas de ambas partes. De igual manera, se ha planteado que el anonimato puede ser un conflicto con los derechos del niño de conocer su origen biológico y reproductivo (González Gerpe, 2018). En relación a este último punto el trabajo de Daniels (Daniels, 2007) resulta interesante, pues muestra el cambio de cultura que se está viviendo en la donación de ovocitos y gametos, que parte de un secretismo en el uso de técnicas reproductivas implementado desde su origen,⁷ lo que dio como resultado, según analiza el autor, la defensa del anonimato en estas donaciones. En la actualidad existe un posicionamiento creciente en favor de brindar a los hijos provenientes de estas técnicas la oportunidad de conocer a los donantes que les dieron la vida. La cuestión que se revisa en este artículo, no obstante, está centrada en la posibilidad de vulnerar la autonomía de la gestante y no en el derecho de los hijos de conocer su origen biológico y reproductivo. A este respecto Daniels (Daniels, 2007) plantea que una de las principales razones por las que un donante daría a conocer su identidad, sería por satisfacer el deseo de los descendientes de conocer quiénes fueron los donantes. Este argumento, como es evidente, poco tiene que ver con la defensa de la autonomía del donante y quizá se deba a que el análisis que hizo este autor no sea equiparable, pues la donación de ovocitos y gametos no es comparable a la de gestar un bebé para después entregarlo a los comitentes.

La autonomía de la gestante en el proceso de gestación subrogada se inicia con la gestación y termina cuando se produce el nacimiento del bebé, por lo que después del nacimiento, y antes de la entrega del bebé, debería exigirse una ratificación por parte de la gestante.

Por otro lado, la GS se ha equiparado muchas veces a la donación de órganos procedentes de donante vivo, en la que se exige altruismo, verdadera voluntariedad, etc. En relación al anonimato también podría efectuarse una comparación con lo que sucede en la donación. De hecho, aunque el Real Decreto 1723/2012 que

regula la obtención, utilización y coordinación de la donación de órganos recoge en su artículo cinco que debe mantenerse el anonimato en la donación, “esta limitación no es aplicable a los directamente interesados en el trasplante de órganos de donante vivo entre personas relacionadas genéticamente, por parentesco o por amistad íntima” (B.O.E, 2012). Es decir, el hecho de que exista un vínculo familiar o de amistad íntima parece funcionar muy bien en la donación de vivo, aunque la ley toma sus precauciones al respecto, como la de que un comité de ética asistencial se entreviste con el donante y compruebe que no existe ningún tipo de coacción física, psicológica o de otro tipo. Tras esto, el comité redacta un informe que pasa al juez encargado del

registro civil, que es quien autoriza la donación de vivo. En equiparación, podría considerarse adecuado permitir la GS cuando los comitentes y gestantes tuvieran un vínculo familiar o de amistad íntima. En este caso, al igual que pasa con la donación, debería establecerse una serie de medidas cautelares (entrevista, elaboración de un informe como propone la SEF, test psicológicos u otros medios) para velar y garantizar la existencia de una verdadera autonomía por parte de la gestante. De no existir el vínculo de unión entre gestante y comitente arriba mencionado, sería recomendable que la GS se llevara a cabo de manera anónima.

Finalmente, está el tema del acceso a este servicio. En palabras de María José Guerra (2018: 39): “En primer lugar, es un ‘servicio’ que se paga y en un futuro no parece asumible por ningún sistema nacional de salud, por lo que nos hallamos discutiendo un asunto de bioética para gente adinerada; lo que otras veces he referido como *bioética para privilegiados*”⁸. Es verdad que permitir legalmente la GS no debe suponer necesariamente que ésta se deba financiar con fondos públicos. De igual forma, es cierto que existen muchos servicios sanitarios que sólo están disponibles de forma privada, sin embargo, y al igual que sucede con otras técnicas de reproducción humana asistida (TRHA)⁹, la GS debería contemplarse, bajo el amparo de valores tan fundamentales como son los de justicia e igualdad, dentro de la cartera de servicios que brinda la sanidad pública. Por lo menos, debería ser un tema abierto al debate en caso de permitir legalmente esta práctica en España, siguiendo unos criterios de inclusión y exclusión similares a los que se establecen con otras TRHA en el Real Decreto 1030/2006 sobre la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. De no ser así, efectivamente se estaría permitiendo legalmente una técnica de la cual sólo un puñado de personas privilegiadas podría beneficiarse, fomentando así la desigualdad social. A ello se le suma que la prohibición de la GS en

La gestación subrogada debería ser una práctica médicamente indicada, esto es, estar sustentada en criterios clínicos de idoneidad para este tratamiento y ser un recurso al alcance de cualquier persona.

España no parece haber detenido la proliferación de agencias que proponen la posibilidad de llevar a cabo esta práctica en el extranjero. La pareja o persona deseosa de tener descendencia puede acudir al extranjero, lo que amplía los posibles abusos e injusticias y fomenta el “turismo reproductivo” o “exilio reproductivo” (Lamm, 2017; González Gerpe, 2018). Sin embargo, estas agencias de turismo reproductivo tampoco han dejado de expandirse en países en los que es legal esta práctica, pues debido a la escasez de gestantes altruistas en los países donde viven los comitentes, tienen que buscar gestantes en países extranjeros en donde la GS también es legal. Sería ignorar la evidencia que muchos de los países a los que se acude suelen ser más pobres, como es el caso de Ucrania, lo que vuelve a plantear el problema de la justicia global en el que se ve vulnerada la mujer (la gestante) pobre. El Grupo de Ética y Buena Práctica de la SEF menciona en su propuesta que podrán existir agencias intermediarias, pero habrán de ser obligatoriamente sin ánimo de lucro (asociaciones de pacientes, fundaciones, ONGs y similares) (Núñez et al., 2015); sin embargo, regular la intervención de intermediarios parece ser el mayor reto al que habría que enfrentarse en caso de regularizar la GS.

A lo largo de estos años de debate sobre la GS ha estado presente la cuestión de si existe un derecho a la maternidad-paternidad. Uno de los grandes errores ha sido enunciar este derecho como positivo en lugar de negativo. Los derechos negativos tienen como fundamento la obligación hacia los demás de no impedir, obstaculizar o estorbar el ejercicio de una determinada acción. Los derechos positivos, en cambio, suponen deberes positivos, es decir, acciones y no omisiones (Ausín, 2018). “[...] Quienes aquí nos incumben no son, o al menos no los son tanto, aquellos a los que se les pueda prohibir el tener hijos [...], sino quienes son incapaces de tenerlos sin asistencia, y nuestra pregunta es si tienen derecho a recibir esta asistencia” (Warnock, 2004: 37). La conclusión a la que llega Warnock (Warnock, 2004), en general sobre las técnicas de reproducción humana asistida, es que no se puede enunciar esta maternidad-paternidad como un derecho positivo. No existe un derecho legal ni moral a concebir un hijo, aunque sí se pueda expresar que legal y moralmente no se debería prohibir a nadie concebir un hijo. Se hablaría, por tanto, de un deseo “que de no ser cumplido puede generar sufrimiento [y] debe atenderse en la medida de las posibilidades técnicas bajo un principio de compasión que todo profesional de la salud debe asumir en su práctica” (Ortega Lozano et al. 2018). Por otro lado, Warnock (Warnock, 2004), apela a que, aunque el deseo de paternidad/maternidad es de los padres, no solo puede ser decisión de ellos el acudir a las TRHA, sino que debe haber una idoneidad para el tratamiento bajo criterios clínicos (posibilidades razonables de éxito, que no supongan un riesgo grave para la salud física y psíquica de la mujer o la descendencia, que se haga en una edad clínicamente adecuada, etc.). Aunque podrían darse situaciones que pudieran plantear un rechazo por criterios no clínicos, esta autora considera que “en la mayoría de los casos el rechazo al tratamiento está basado en genuinas y honestas evaluaciones clínicas” (p. 60). La GS no está exenta de estos criterios clínicos, de hecho, la SEF afirma que no debe considerarse una técnica reproductiva más y que debe, por consiguiente, recurrirse a ella únicamente en supuestos excepcionales, es decir, cuando esté médicamente indicada o en presencia de esterilidad estructural (parejas homosexuales masculinas y hombres sin pareja) (Núñez et al., 2015). De ahí, que el deseo de los comitentes sea una razón necesaria, pero no suficiente para llevar a cabo la GS. Lo que, por otro lado, no quiere decir que la ciencia médica (y los profesionales sanitarios) no tengan una deuda de compasión hacia sus pacientes que les obligue a aliviar su sufrimiento. Por lo que se trata de un asunto no de derecho, sino “del ámbito moral y profesional [que] surge como parte de un conjunto de profundos valores de la institución médica” (Warnock, 2004: 127). Por esta razón, era fundamental hacer una revisión de las implicaciones éticas de la GS a lo largo de este artículo con la finalidad de reflexionar si es posible levantar su prohibición en España.

Para concluir, es importante recalcar que si no se toman en cuenta los argumentos aducidos, la GS debería seguir siendo ilegal en España, porque estaría vulnerando principios éticos que afectan, sobre todo, aunque no exclusivamente, a la mujer gestante. No obstante, a continuación se plantea una situación que no incurre en ninguna vulneración ética de las arriba enunciadas. Lo cierto es que dicho caso, en la actualidad, parece irrealizable y

Debería ser posible levantar la prohibición de la gestación subrogada en España solo si se cumplen algunos condicionantes.

mientras no pueda llevarse a cabo, la prohibición de esta práctica en España debería seguir vigente.

La gestante debe actuar de manera libre y sin ningún tipo de presión externa para salvaguardar su autonomía. Esto exige el cumplimiento de tres criterios que buscan proteger la autonomía de la gestante en toda gestación subrogada: 1) deberá ser altruista; es decir, aunque pueda existir una compensación económica (ver nota 3), no puede haber un interés comercial por parte de la gestante, 2) la gestante deberá pertenecer al mismo Estado/Nación que los comitentes y es en dicho Estado o Nación donde se deberá llevar a cabo esta técnica de reproducción humana asistida y 3) se recomienda el anonimato para salvaguardar la autonomía de la gestante, aunque podría abrirse una excepción cuando haya un vínculo familiar o de amistad entre gestante y comitentes, siempre que se establezcan una serie de medidas cautelares para velar y garantizar la verdadera voluntariedad por parte de la primera. La implementación de la GS tendrá que estar médicamente indicada, es decir, estar sustentada en criterios clínicos de idoneidad para este tratamiento, una vez agotadas otras vías para llevar a cabo el embarazo por parte de los comitentes. La GS debería ser un recurso al alcance de cualquier persona de la población y, por tanto, debe abrirse el debate, previo a cualquier cambio legislativo, de si es sostenible su integración en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. No se recomienda permitir este servicio a nivel privado, pero en caso de hacerlo, se deberá velar especialmente por la autonomía de la gestante (con las tres implicaciones arriba mencionadas).

Bibliografía

Asociación por la Gestación Subrogada en España. Proposición de Ley. [Consultado 17-09-2019] Disponible en: <http://xn--gestacionsubrogadaenespaa-woc.es/index.php/2013-10-16-13-08-07/proposicion-de-ley>

Ausín, Txetxu (2008). Tomando en serio los derechos de bienestar. *Enrahonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason*, 40-41, 83-98.

Bascuñana Garde, Mónica (2018). Gestación subrogada: aspectos emocionales y psicológicos en la mujer gestante. *Dilemata. Revista internacional de éticas aplicadas*, 28: 41-49.

Bellver Capella, Vicente (2017). Tomarse en serio la maternidad subrogada altruista. *Cuadernos de Bioética*, 93, vol. XXVIII, 229-243.

Boletín Oficial del Estado (2006). Ley 14/2006, del 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. *BOE*. [Consultado 18-03-2019] Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292>

Boletín Oficial del Estado (2006). Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional De Salud y el procedimiento para su actualización. *BOE*. [Consultado 18-03-2019] Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>

Boletín Oficial del Estado (2010). Instrucción de 5 de octubre de 2010, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre régimen registral de la filiación de los

nacidos mediante gestación por sustitución. *BOE*. [Consultado 17-09-2019] Disponible en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-15317

Boletín Oficial del Estado (2012). Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad, *BOE*. [Consultado 06-11-2019] Disponible en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-15715

Daniels, Ken (2007). Donor gametes: anonymous or identified? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21 (1), 113-128.

González Gerpe, David (2018). Gestación subrogada: aspectos psico-sociales. *Dilemata. Revista internacional de éticas aplicadas*, 28, 21-40.

Guerra Palmero, María José (2017). Contra la llamada gestación subrogada. Derechos humanos y justicia global versus bioética neoliberal. *Gaceta Sanitaria*, 31 (6): 535-538.

Guerra Palmero, María José (2018). La mercantilización de los cuerpos de las mujeres. La “gestación subrogada” como nuevo negocio transnacional. *Dilemata. Revista internacional de éticas aplicadas*, 26, 39-51.

Jadva, Vasanti, Gamble, Natalie, Prosser, Helen, Imrie, Susan (2019). Parents' Relationship with their Surrogate in Cross-Border and Domestic Surrogacy Arrangements: comparisons by sexual orientation and location. *Fertility and Sterility*, 111 (3): 562–570.

Lamm, Eleonora (2017). Argumentos para la necesaria regulación de la gestación por sustitución. *Gaceta Sanitaria*, 31 (6): 539-540.

López y López, María Teresa, de Montalvo Jääskeläinen, Federico, Alonso Bedate, Carlos et al. (2017). Informe del comité de bioética de España sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada. *Comité de bioética de España*, Bilbao, 1-92.

MacCallum, Fiona, Lycett, Emma, Murray, Clare, Jadva, Vasanti, Golombok, Susan (2003). Surrogacy: The experience of commissioning couples, *Human Reproduction*, 18 (6), 1334-1342.

Núñez, Rocío, Feito, Lydia, Abellán, Fernando (2015). Propuesta de bases generales para la regulación en España de la Gestación por sustitución. *Grupo de Ética y Buena Práctica Clínica de la Sociedad Española de Fertilidad*, 1-28.

Ortega Lozano, Ramón, Álvarez Díaz, Jorge Álvarez, Herreros Ruiz Valdepeñas, Benjamín, Sánchez González, Miguel Ángel (2018). Gestación Subrogada: aspectos éticos. *Dilemata. Revista internacional de éticas aplicadas*, 28: 63-74.

Romero Casabona, Carlos María (2018). Las múltiples caras de la maternidad subrogada: ¿aceptamos el caos jurídico actual o buscamos una solución? *Dilemata. Revista internacional de éticas aplicadas*, 28: 110-121.

Warnock, Mary (2004). *Fabricando bebés: ¿existe un derecho a tener hijos?* Barcelona: Gedisa.

NOTAS

¹ Existe una amplia terminología (natalidad subrogada, maternidad por sustitución, gestación no materna, gestación por procuración o vientres de alquiler), siendo *gestación por sustitución* el término más correcto, ya que es el que se emplea a nivel legal en España (BOE, 2006); sin embargo, por su extendido uso, en este texto se usará el de Gestación Subrogada. La GS se da cuando una mujer se ofrece para gestar un niño, con el fin de entregarlo, una vez nacido, a la persona o personas que lo han encargado para que estos asuman la maternidad/paternidad.

² En este artículo se entiende por gestante la mujer que se embaraza para ofrecer el bebé a la pareja, a la mujer o al hombre que se convertirá(n) en padres cuando nazca el bebé. A esta última parte se le definirá como comitentes (en plural, aunque podría referirse a una única persona).

³ La GS altruista supone que no se percibe retribución en concepto de pago, solo una compensación por gastos o pérdida de ingresos que pueda ocasionar la gestación.

⁴ Hay quien opina que la GS puede tener un impacto negativo a nivel psico-social en la gestante. Para saber más sobre los factores psicológicos que pueden afectar a la gestante consultar Bascuñana Garde (2018).

⁵ Uno de los criterios legales adoptado en España para la inscripción de niños y niñas nacidos/as en extranjero por GS es que la filiación haya sido establecida por sentencia judicial y que la mujer gestante haya prestado su consentimiento de forma libre y voluntaria (BOE, 2010). Lo cierto es que en algunos de los países extranjeros a los que se suele acudir para llevar a cabo la GS, como es el caso de Ucrania, no existe sentencia judicial y la filiación se hace por notarios o por procedimientos administrativos (González Gerpe, 2018).

⁶ La cursiva es mía, pues quiero resaltar la situación económica estable y el hecho de residir en España previamente a la firma del contrato.

⁷ El primer registro de una donación reproductiva que se tiene es de 1909 cuando el médico William Pancoast inseminó a una paciente con el semen de uno de sus estudiantes. El procedimiento se hizo sin el consentimiento de la paciente, ni del marido de ésta. Más adelante Pancoast le contó al marido de la paciente el procedimiento que llevó a cabo. A éste le pareció bien (dada su infertilidad), pero consideró que su mujer no debería enterarse. A partir de este caso, Daniels (2007) analiza tres niveles de secretismo: a) que la pareja no esté informada del procedimiento antes de llevarlo a cabo; b) que el marido decida no informar a la mujer una vez que se entera; c) que no se informe nunca al hijo: "En la actualidad es improbable que se mantenga el secreto en el nivel (a) o (b). Sin embargo, la práctica del nivel (c) genera polémicos debates sobre la conveniencia de compartir el conocimiento de la inseminación con donantes a la descendencia" (p. 114)

⁸ La cursiva es de la autora.

⁹ El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, establece en su punto 5.3.8: "Los tratamientos de reproducción humana asistida (RHA) se realizarán con fin terapéutico o preventivo y en determinadas situaciones especiales". Y en el punto 5.3.8.2 especifica los criterios de inclusión: 1.º Las mujeres serán mayores de 18 años y menores de 40 y los hombres mayores de 18 años y menores de 55 en el momento del inicio del estudio de esterilidad. 2.º Serán personas sin ningún hijo, previo y sano. En caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano. 3.º La mujer no presentará ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su

salud como para la de su posible descendencia. En cuanto a los criterios de exclusión se marcan: “1.º Esterilización voluntaria previa. 2.º Existencia de contraindicación médica documentada para el tratamiento de la esterilidad. 3.º Existencia de contraindicación médica documentada para la gestación. 4.º Existencia de situación médica documentada que interfiera de forma grave sobre el desarrollo de la descendencia. 5.º Imposibilidad para cumplir el tratamiento por motivos relacionados con la salud u otros motivos familiares o relacionados con el entorno social. 6.º Existencia de situación documentada referida a cualquier otra circunstancia que pueda interferir de forma grave sobre el desarrollo de la descendencia, sometida a consideración de un comité de ética asistencial u órgano similar.

¿Certificación en buenas prácticas éticas de la investigación? Una necesidad para incentivar la producción científica

Certification on Good Ethical Practices in Research? A Necessity for Greater Scientific Productivity

Guillermo Droppelmann ^{1,2, 3}, Felipe Feijoo ⁴, David Prieto ^{5, 6}

1. Área de Investigación, Unidad Académica, Clínica MEDS, Santiago, Chile.
2. Facultad de Ciencias, Universidad Mayor, Santiago, Chile.
3. Programa de Doctorado en Ciencias mención Estadística Avanzada, Universidad Católica San Antonio, Murcia, España.
4. Escuela de Ingeniería Industrial, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
5. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España.
6. Facultad de Epidemiología y Salud Poblacional, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Inglaterra.

Resumen

La investigación constituye una fuente fundamental para el crecimiento de los países y para el desarrollo de las disciplinas. Diversos son los factores que influyen en la baja productividad científica de profesionales pertenecientes al área de la salud en Chile. Se destacan una serie de elementos obstaculizadores. La creación de un programa de certificación en buenas prácticas éticas de la investigación clínica en estudios cuya naturaleza sea descriptiva, podría fomentar un acercamiento entre los clínicos y los comités de ética científicos, así como el incentivo a una mayor productividad científica.

Palabras clave: Buenas prácticas, Certificación, Ética, Investigación.

Abstract

Research is a fundamental source for the growth of countries and for the development of disciplines. Several factors influence the low scientific productivity of professionals belonging to the health area in Chile, highlighting a series of obstacles. The creation of a certification program on good ethical practices of clinical research in studies whose nature is descriptive could facilitate the connections between clinicians and scientific ethics committees, as well as being an incentive for greater scientific productivity.

Keywords: Good practices, Certification, Ethics, Research.

“He leído varios libros sobre los aspectos formales de la ciencia, sobre la filosofía de la ciencia y sobre el método científico, y todos ellos son excelentes para hacer pensar, pero de ningún modo son eficaces para enseñar a descubrir o para crear investigadores”.

Santiago Ramón y Cajal. Reglas y consejos sobre la investigación científica. Los tónicos de la voluntad (1897).

Introducción

La investigación y el desarrollo (I+D) han sido reconocidos por las principales instituciones gubernamentales a nivel mundial como uno de los pilares fundamentales para alcanzar una mejor productividad, crecimiento económico e impacto en el bienestar de las personas, incentivando la colaboración entre países con el propósito de promover las políticas públicas referentes a ciencia y tecnología (6).

La innovación y los avances en el campo de la salud son necesarios para hacer frente a los numerosos problemas multidimensionales e interrelacionados existentes, permaneciendo muchos por largos periodos sin resolver. Para hacer frente a esta problemática, el sistema de atención de salud requiere una masa crítica de individuos capacitados para poder llevar a cabo investigación de calidad, permitiendo impactar con relevancia dentro de la comunidad en la cual se desempeñan (Stevens, 2011).

Uno de los aspectos fundamentales para poder realizar cualquier tipo de investigación biomédica en seres humanos, según la normativa nacional e internacional vigente, es contar con la aprobación de un comité de ética científico (CEC) (Schroter, 2006), debidamente acreditado por la instancia superior de salud para su funcionamiento. Entre las funciones que han de cumplir sus integrantes está la de revisar exhaustivamente una serie de documentos y formularios, con el propósito de emitir un pronunciamiento, permitiendo su autorización o rechazando su posterior ejecución (Garrard, 2005).

Entre los documentos que se solicitan para evaluar la factibilidad técnica y práctica, se encuentra el protocolo de investigación, el cual es un escrito detallado que describe desde los principales argumentos existentes del estado del arte del problema en cuestión, hasta consideraciones metodológicas, alcances éticos y disposiciones prácticas para su completa ejecución.

La magnitud de la extensión de este registro, la solicitud de distintas autorizaciones, los tiempos de resolución y espera (Bueno 2009), la compleja institucionalidad burocrática (Bozeman, 2009), pudieran explicar la falta de interés por parte de la comunidad clínica en investigar, respaldada por las escasas publicaciones de los profesionales que se dedican a la atención y cuidado de pacientes, o incluso sus pobres hallazgos y escasa utilidad clínica (Ioannidis, 2016).

Es importante hacer una distinción entre las investigaciones de carácter directo, es decir, aquellas que realizan una intervención sobre las personas, e indirecto, cuando las variables de interés son simplemente observadas, pero no son manipuladas sobre los seres humanos. En esta perspectiva, cabe destacar aquellos diseños de investigación de tipo observacional, abordajes temporales retrospectivos o

prospectivos, revisión de fichas de pacientes, estudios y series de casos clínicos, que, pese a que son considerados erróneamente con escasa jerarquía desde el punto de vista de la evidencia científica, constituyen la mayoría de las bases estructurales para todos aquellos estudios de mayor complejidad metodológica.

El presente artículo tiene como objetivo plantear la necesidad de contar con una certificación en buenas prácticas éticas de la investigación que permita acelerar y estimular el proceso de investigación por parte de los profesionales pertenecientes a las áreas médicas, biomédicas y ciencias clínicas.

I. Estado de la investigación en salud en Chile

1.1. Investigador clínico

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) define como investigadores a aquellos profesionales comprometidos con la concepción y creación de nuevos conocimientos, productos, procesos, métodos, en el interior de sistemas que están directamente involucrados en la gestión de proyectos con igual objetivo pertenecientes a instituciones gubernamentales, académicas, y centros vinculados con la investigación en el sector privado (OECD, 2018). El Instituto Canadiense en Investigación en Salud propone el término de científico-clínico para designar al individuo que posee un grado profesional en el área de la salud pero que pasa gran parte de su tiempo realizando labores de investigación, sin dejar de lado su responsabilidad asistencial (ICRH, 2002).

En Chile existe un escenario poco propicio para la investigación que involucra la escasez de investigadores clínicos, un marco gubernamental rígido, la falta de formación y de medios para la divulgación.

Desgraciadamente, la mayor parte de los trabajos de investigación en salud nunca se incorporan en la práctica clínica (Estabrooks, 2006; Scott, 2008). Del mismo modo, muchos de los problemas clínicos raramente se traducen en proyectos concretos de investigación

(Jansson, 2010). Esta brecha se debe, en gran parte, a una falta de participación de los médicos y profesionales del área de la salud en investigación científica competitiva, lo que dificulta su evaluación crítica de los artículos que lee y le priva de conocimiento que podría obtener eventualmente de los nuevos avances de sus disciplinas, pudiendo incluso prescribir tratamientos que en la actualidad han sido reportados como dañinos (Jiwa, 2012). Los profesionales sanitarios que logran ser también investigadores según estándares internacionales, representan un recurso humano absolutamente necesario para las escuelas de ciencias de la salud, pero se convierten en un recurso costoso de mantener o renovar (Salas, 2005), debido a que los programas académicos existentes destinados a la formación de capital humano avanzado, no han fomentado el desarrollo de estas importantes competencias investigadoras (IDRC/CONICYT).

Para solucionar esta brecha existente entre la investigación en salud y la práctica clínica, debiera promoverse una mayor cantidad de profesionales que desarrollen permanentemente nuevos conocimientos relevantes para la atención clínica. Este profesional/científico-investigador debe ser un sujeto comprometido con la búsqueda de nuevos conocimientos, herramientas y enfoques que le permitan obtener el mejor diagnóstico, tratamiento y prevención de las diferentes enfermedades existentes

(Lawrence, 2010), logrando llenar el vacío entre la práctica profesional y la investigación, traduciendo los resultados de la investigación en la clínica y definiendo los asuntos de investigación basados en temas clínicos que se enfrentan en las labores cotidianas (Ben-David, 1960; Roy, 1997).

1.2. Marco gubernamental

El marco regulatorio legislativo existente en Chile tampoco favorece la producción de investigación en el área de la salud, lo cual ha sido motivo de constante cuestionamiento por parte de la comunidad científica y académica del país (Oyarzún, 2013; Vega, 2015).

Entre las principales leyes que se destacan en esta temática se encuentra la Ley 20.120 sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma, que prohíbe la clonación humana, la Ley 19.628 sobre Protección de la Vida Privada, la Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud y la Ley 20.850 sobre la Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (Ley 19.628), (Ley 20.120) (Ley 20.584), (Ley 20.850), las cuales restringen de alguna forma el incentivo de áreas de investigación que resultan fundamentales para el avance del conocimiento y el mejoramiento de ciertas poblaciones más vulnerables.

A nivel gubernamental, Chile no contaba hasta el año pasado con un Ministerio de Ciencia e Investigación, ni con una política nacional que fomentara la investigación intersectorial, aunque sí posee diversas instituciones que se

Son varios los elementos obstaculizadores que desincentivan la realización de investigación por parte del profesional clínico.

encargan de la administración y distribución de los recursos financieros destinados por el Estado para el incentivo de la investigación en salud. Destaca la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) (CONICYT, 2018) del Ministerio de Educación, que a través del Fondo de Desarrollo de Ciencia y Tecnología (FONDECYT), institución estatal dedicada a estimular y promover el desarrollo de la investigación científica y tecnológica del país (FONDECYT, 2018), y del Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF) (FONDEF, 2018), que en conjunto con el Ministerio de Salud conforman el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS) (FONIS, 2018), que tienen como propósito la promoción de la investigación aplicada en salud de alta calidad, alineándose con el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la década en salud (MINSAL, 2018). No obstante, la forma de postulación a estos fondos resulta muchas veces engorrosa para aquellos profesionales clínicos no habituados a este tipo de actividades.

El esfuerzo gubernamental parece no ser suficiente, ya que según el informe del CONICYT realizado durante el año 2016, las áreas de mayor producción científica durante el periodo comprendido entre 2000-2015 fueron la astronomía, la biología molecular, la ecología, la física de partículas y la biología marina (CONICYT, 2018), no existiendo registro en el área de las ciencias médicas, de la salud o clínicas.

1.3. Formación de capital humano

A nivel de educación superior, el escenario destaca por una contribución creciente de diversos centros de investigación y de estudios avanzados, destacando las

universidades estatales adheridas al Consejo de rectores de las universidades chilenas (CRUCH), que presentan los mejores indicadores, lo que a su vez explica que la gran mayoría de las investigaciones se caractericen por su fuerte carácter académico más que por el abordaje clínico. Eso a su vez pone en evidencia los grandes problemas existentes, tanto con las fuentes de financiamiento como con la formación de los equipos humanos de investigación (Solimano, 2011).

Dentro de la formación de profesionales, destacan algunas iniciativas académicas, como los programas de doctorado en ciencias médicas de la Universidad de Chile, de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Universidad Austral, así como las más recientes de la Universidad de la Frontera y la Universidad Del Desarrollo. Sin embargo, aún no existe una oferta académica importante por parte de las instituciones de educación superior y de las mismas instituciones públicas y privadas de salud, en orden a satisfacer esta imperiosa necesidad de desarrollar la investigación en el área clínica, ya que los esfuerzos se concentran principalmente en la formación de sujetos que puedan dar respuesta a la creciente demanda asistencial, educando a especialistas y subespecialistas con escaso entrenamiento en investigación. Los registros demuestran el escaso interés de los profesionales de la salud en acceder a programas académicos de doctorado (CONICYT, 2000).

Esta situación ha permanecido prácticamente invariable con el transcurso del tiempo, ya que durante la última convocatoria de becas de doctorado otorgadas por CONICYT a nivel nacional, las ciencias médicas y de la salud se encontraban nuevamente en el último lugar con un 5% de los beneficiarios (CONICYT, 2018).

1.4. Divulgación científica

Si se considera como indicador la cantidad de literatura científica publicada en el área de la salud, existe un mejor posicionamiento, sobresaliendo incluso por encima de las ciencias naturales, ingeniería y tecnología, las ciencias agrarias, así como las ciencias sociales y humanidades, pero si se observa la cantidad de citaciones de los documentos, el número es más bajo que algunas de las disciplinas mencionadas, y si se compara con un indicador internacional estandarizado como el impacto de la citación, el número desciende aún más (CONICYT, 2018).

Otro indicador que podría resultar de interés es la ubicación de las revistas chilenas en el *Journal Citation Reports* (JCR). En él solo existían revistas chilenas del área de las ciencias médicas y de la salud en el cuartil 4, ascendiendo al cuartil 3 si al ubicarlas en el *SCImago Journal Rank* de igual año (CONICYT, 2018). Esto evidencia no solo un déficit en la cantidad de las publicaciones en esta área, sino que también en su calidad.

Según FONDECYT, la cantidad de proyectos que se adjudicaron a través de fondos de financiamiento público para el área de medicina y ciencias biomédicas, no supera en promedio 24 proyectos por año en el periodo regular 2014 y 2018, quedando posicionada por debajo de otras áreas (FONDECYT, 2018). Son manifiestas las desigualdades entre instituciones públicas y privadas de educación superior, así como entre zonas geográficas, repitiéndose la situación ya registrada en el periodo comprendido entre los años 1980 – 2000 (CONICYT, 1981-2000). De nuevo resulta palpable la escasez de proyectos dedicados específicamente a mejorar la calidad de la salud de las personas.

II. BUROCRATIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Contexto histórico

La investigación, la creación y el aprendizaje se limitan cuando se reglamentan excesivamente los procesos mediante extensos protocolos y se rigidizan las operaciones naturales que las incentivan, provocando un detrimento de su desarrollo (Tejeda, 2013).

El término burocracia presenta diversas connotaciones conceptuales. Nosotros la definimos como un sistema de organización ineficiente con trámites lentos y costos, sin flexibilidad en sus normas de actuación (Vargas, 2009). Esto implica un gran esfuerzo a los investigadores, exigiéndoles la cumplimentación de formularios que carecen de utilidad y sometiéndoles a un proceso fiscalizador agobiante, que muchas veces posiciona a los científicos bajo sospecha innecesaria (González, 2004).

Este escenario en ningún caso es azaroso, ya que hunde sus raíces en la historia, ya que a lo largo de ella se han presentado innumerables hechos atentatorios contra la dignidad e integridad de los derechos humanos, sobre todo por la falta de ética entre los investigadores científicos de finales del siglo XIX y primer tercio del siglo XX, más incentivados por probar sus hipótesis que por velar por la integridad de las personas (Sierra, 2011).

Tal fue el caso de los experimentos criminales realizados por Giuseppe Sanarelli tras inocular con fiebre amarilla a personas (Sanarelli, 1897), las intervenciones hechas por Carlos Finlay y la Comisión Walter Reed para determinar la fuente de contagio de la fiebre amarilla (Finlay, 1965; Reed, 1900), la infección deliberada con la bacteria del cólera a prisioneros en Filipinas (Chernin, 1989), las investigaciones de Joseph Goldberg para conocer la evolución natural de la pelagra y determinar un potencial tratamiento (Etheridge, 1993), las múltiples atrocidades ejecutadas por el tercer *Reich* durante la segunda guerra mundial para conocer los límites del cuerpo humano (Baumslag, 2005; Berenbaum, 1993), los estudios con hepatitis en la escuela de *Willowbrook State*, infectando a niños con retraso mental para identificar la etiología de la hepatitis (Giles, 1969), la inoculación deliberada a personas con sífilis en Guatemala (Tanne, 2010), así como el estudio realizado en la comunidad de Tuskegee, Alabama en Estados Unidos, denegando el tratamiento a enfermos de sífilis (Carmack, 2008).

Estas atrocidades motivaron a la comunidad científica internacional a desarrollar diversas normativas éticas que protegieran la integridad de los seres humanos, destacando entre ellas el Código de Nüremberg tras la segunda guerra mundial (Nuremberg Code, 1947), el pronunciamiento de la Iglesia Católica a través del papa Pío XII sobre la investigación en seres humanos (Pío XII, 1952), la declaración de Helsinki propuesta por la Asociación Médica Mundial (AMM) el año 1964 y sus múltiples actualizaciones realizadas en los años 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004, 2008, 2013 (WMA, 1997), el Informe Belmont del año 1979 que describe los principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación (Gobierno mexicano, 2018), así como las guías elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (CIOMS, 2018), y los esfuerzos individuales de algunos médicos bioeticistas tales como Ezequiel Emanuel (Emanuel, 2008).

Cabe destacar que muchos investigadores no siguen estas recomendaciones (Suárez, 2015), ya sea por desconocimiento o simplemente porque constituye un obstáculo más en el proceso de investigación. La situación cambia y se ve influenciada en mayor medida gracias a las exigencias impuestas recientemente por los comités editoriales de las revistas científicas internacionales, al exigir la aprobación de un ente regulatorio, comité, que no solo debe actuar como un evaluador externo al equipo de investigadores (ICMJE, 1997; Amdur, 1997), sino que también ha de verificar la factibilidad metodológica de los protocolos de investigación que se presentan (Droppelmann, 2018), así como valorar el verdadero impacto y utilidad para las personas que serán sometidas a una determinada intervención. De esta forma se establece la obligatoriedad de contar con algún tipo de pronunciamiento ético, incrementando nuevamente la complejidad en la ejecución de un proyecto de investigación (UNESCO, 2006).

En Chile, la creación de los comités de ética científicos (CEC), tanto en servicios de salud regionales como en hospitales públicos y privados, surgen a través de la creación de la Norma 57 del Ministerio de Salud en el año 2001, que regula el correcto procedimiento para la implementación de los ensayos clínicos de productos farmacéuticos en seres humanos (ISP, 2018).

2.2. Aspectos obstaculizadores

Dentro de los aspectos institucionales que hemos identificado como obstaculizadores del proceso de investigación biomédica, aparte de la ya mencionada burocracia administrativa, se encuentra la extensa documentación solicitada por los CEC (tabla-1), que incluye la recomendada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011).

Si bien esa documentación resulta siempre necesaria, debería adecuarse en detalle y extensión a las características propias de cada tipo de diseño. Por ejemplo, la documentación requerida para un proyecto con diseño observacional retrospectivo debería ser menos extensa y detallada que la exigida para aprobar un estudio cuyo propósito sea intervenir a un grupo de personas para probar una sustancia con fines terapéuticos a través de un ensayo clínico.

Tabla 1. Documentos que solicita un comité de ética científico.

- | |
|---|
| 1. El formulario de solicitud fechado y firmado por todos los solicitantes enumerados y funcionarios institucionales. |
| 2. El protocolo del proyecto de investigación propuesto, identificado y fechado claramente, junto con la documentación y los anexos. |
| 3. Un resumen o sinopsis del proyecto en un lenguaje no técnico. |
| 4. Una descripción (que se puede incluir en el protocolo) de las consideraciones éticas que implica la investigación propuesta. |
| 5. Información sobre investigaciones anteriores en la misma área de trabajo que justifique o apoye la propuesta. |
| 6. Un resumen adecuado de todos los datos de seguridad, farmacológicos, farmacéuticos y toxicológicos disponibles sobre el producto sujeto a estudio, junto con un resumen de la experiencia clínica con ese producto hasta la fecha, cuando la investigación incluya |

un producto experimental.

7. Los *curricula vitae* actualizados de los principales investigadores.
 8. Todos los formularios de recopilación de datos que se utilizarán en el proyecto de investigación.
 9. Todos los formularios, documentos y anuncios que se utilizarán para la captación de potenciales participantes.
 10. Una descripción detallada del proceso y las estrategias de captación.
 11. Los formularios de consentimiento informado.
 12. Una descripción del proceso que se usará para obtener y verificar el consentimiento informado.
 13. Una descripción de las medidas que se adoptarán para garantizar la protección de la privacidad de los participantes y la confidencialidad de los datos.
 14. Una declaración de las remuneraciones u otros productos o servicios que se proporcionarán a los participantes en el estudio.
 15. Una descripción de los acuerdos de cobertura de seguro para los participantes en la investigación, cuando corresponda.
 16. Todas las decisiones anteriores de otros CEC o autoridades reguladoras sobre el estudio propuesto.
 17. Una declaración de que los investigadores están totalmente de acuerdo en cumplir los principios éticos planteados en las pautas pertinentes.
-

Otro punto importante que podría influir en el desinterés de los clínicos por la investigación, es el tiempo que transcurre desde la presentación del proyecto hasta la obtención de la aprobación para su ejecución. El tiempo promedio de aprobación es 30 a 60 días (Novaes, 2009), no muy distante a lo que propone la autoridad sanitaria de Chile a través del reglamento de comités de ética científica, que exige un plazo no mayor de 45 días, prorrogable 20 días más por razones previamente justificadas (MINSAL, 2018). Estos son los tiempos para estudios de intervención tipo ensayo clínico. No existen datos sobre los tiempos de respuesta para aquellos estudios observacionales.

III. CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRÁCTICAS ÉTICAS EN INVESTIGACIÓN

3.1. Entrenamiento en bioética o ética clínica

Un aspecto fundamental es la formación por parte de los estudiantes y profesionales del área de ciencias médicas, biomédicas y de la salud en temas relacionados con la ética de la investigación. Pese a que la mayoría de las instituciones clínicas y educacionales declaran que existe una relación compartida entre educar e investigar (Annas, 1980), se necesita la integración de los conocimientos teóricos recibidos (Cadicott, 2005) con la práctica de los profesionales (Gü lcan, 2015), y que a su vez la entrega de conocimientos sea lo más homogénea posible en el conjunto de las instituciones (Ferreira-Padilla, 2016), buscando siempre el mejoramiento de las personas objeto de estudio.

Es común el acuerdo de que un equilibrio entre la capacitación del personal del área de la salud y el respeto de la autonomía del paciente puede dar como resultado un mejor rendimiento en términos de enseñanza, práctica e investigación (Ramana, 2013). De ahí la importancia moral de la formación y el entrenamiento (Savulescu, 1996). Es por este motivo que en la última década surgió la necesidad de contar con normas en buenas prácticas en investigación clínica. A instancias de organizaciones internacionales tales como la Conferencia Internacional de Armonización la Comunidad Europea o la Organización Mundial de la Salud, y de países como Estados Unidos y Japón, se han desarrollado “Guías de Buenas Prácticas Clínicas” (GBPC). Estas guías definen una serie de pautas y recomendaciones para el diseño, realización, auditoría, análisis e informe de estudios clínicos, de tal modo que se garantice su calidad y fiabilidad (OPS, 2018).

Resulta fundamental alcanzar un equilibrio entre formación de los profesionales de la salud, actividad asistencial y desarrollo de la investigación, a fin de aumentar la calidad de vida y mejorar el estado de salud de las personas.

Otro tipo de medidas se han llevado a cabo para garantizar que los investigadores posean estándares mínimos en ética de la investigación. Así, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos afirma que cualquier investigador que

quiera hacer investigación con seres humanos debe seguir un programa de educación en ética de la investigación. Así surgió en el año 2000 el Programa de Educación en Ética de la Investigación o, por sus siglas originales en inglés, *Collaborative Institutional Training Initiative (CITI)*, el cual ofrece una serie de cursos de formación para profesionales (CITI, 2018).

En Chile aún no se exige en la actualidad formación específica en ética científica al momento de investigar en seres humanos y solo se dispone de normas y regulaciones que permiten complementar las disposiciones vigentes en las leyes 20.120 y 20.584, según las cuales toda intervención física o psíquica o interacción con seres humanos con el objetivo de mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo y rehabilitación de la salud de las personas o de incrementar su conocimiento biológico, debe contar con la aprobación de un comité de ética científico (Ley 20.120, Ley 20.584).

Por otro lado, las instancias creadas para la capacitación de los profesionales e investigadores, consideran al ensayo clínico como referente para el desarrollo de la investigación, no abordando ningún tipo de estudios de características observacionales (Parab, 2010). A nuestro entender este tipo de estudios, así como la revisión de información retrospectiva, constituyen herramientas fundamentales de la investigación clínica (Grimes, 2002), por lo que su utilidad no debe ser menospreciada ni relegada a posiciones de escaso nivel de evidencia. No hay duda de que el ensayo clínico es el *gold standard*. Pero, se hace importante y necesario distinguir entre aquellas investigaciones que poseen un carácter prospectivo y las de tipo retrospectivo (Oyarzún, 2014).

Todo profesional perteneciente al área de la salud, ciencias biomédicas y clínicas que presente interés en desarrollar conocimiento con información proveniente de seres humanos, debiera contar con al menos algún tipo formación académica de postgrado en temas asociados con la ética de la investigación. Creemos que aquellos clínicos

que poseen interés en investigar en temas relacionados con su práctica cotidiana, deberían contar obligatoriamente con una certificación en buenas prácticas éticas de la investigación, que les permita desarrollar propuestas de investigación sin tener que presentar cada vez la extensa documentación que se exige actualmente. Para mantener al investigador actualizado, podría exigirse que la certificación se renovase cada cierto número de años.

El investigador que tuviera esta acreditación de que cumple con los estándares comunes para investigar, podría presentar al comité de ética una documentación más resumida cuando no existiese intervención directa en seres humanos, haciendo también más expedita la labor del comité.

Poseer una certificación en buenas prácticas éticas de la investigación clínica podría facilitar los procesos e incentivar la investigación.

Una certificación en buenas prácticas éticas de la investigación, podría constituir un primer acercamiento para los profesionales con labores asistenciales y los clínicos con interés

en investigar. Además, les permitiría presentar de forma más rápida y ejecutiva proyectos de investigación relacionados con su actividad clínica.

La posibilidad de presentar protocolos abreviados, más el aval de que posee las competencias necesarias, permitiría facilitar al clínico el acceso a la investigación en el área de su especialidad, lo que repercutirá no solo en el número y calidad de las publicaciones, sino también en la mejora de su actividad profesional, que a su vez tendrá efectos positivos en las personas y enfermos a los que atiende cotidianamente.

3.2. Propuesta de certificación en buenas prácticas éticas de la investigación clínica

Los siguientes aspectos resultan fundamentales para sustentar nuestra propuesta.

El primero es que tanto hospitales como instituciones de salud poseen profesionales bien intencionados, dentro de cuyos objetivos de trabajo se encuentre entregar el mejor cuidado posible a los pacientes (Agich, 1991).

El segundo punto se basa en que los comités de ética científicos se transformen en parte integral de las estructuras organizacionales de los servicios de salud, universidades e institutos de investigación (Doyal, 2001), resultando cada vez más habitual su presencia al interior de las instituciones.

El tercer aspecto lo constituyen los integrantes de los comités de ética científica, conformados por profesionales con competencias y destrezas únicas, muchas veces vinculadas fuertemente con la academia. El implementar programas de certificación en buenas prácticas éticas de la investigación al interior de los comités para los investigadores interesados, resultaría altamente necesario.

Proponemos que la iniciativa de certificación sea otorgada por los comités de ética científicos acreditados por la autoridad sanitaria respectiva o por aquellos comités que se encuentran en vías de acreditación según la legislación nacional actual. Que éstos asuman un rol no solo fiscalizador de los proyectos de investigación, sino que se transformen en entes que favorezcan la investigación actuando como puentes entre los investigadores y las investigaciones.

El Departamento de bioética del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIH), propone un entrenamiento en ética y una regulación de los aspectos relacionados con la investigación clínica para cualquier profesional que quiera obtener mayores conocimientos acerca de esta temática. (NIH, 2018) Creemos que los cinco primeros objetivos son perfectamente aplicables a nuestra propuesta. Mencionamos algunos otros objetivos que resultan fundamentales para poder obtener un entrenamiento sólido en ética de la investigación y una posterior certificación en buenas prácticas éticas de la investigación. (ver Tabla 2).

Tabla 2. Objetivos comunes de aprendizaje para un programa de entrenamiento en bioética para clínicos.

1. Conocer el marco sistemático para evaluar la ética de un protocolo de investigación clínica.
2. Aplicar códigos apropiados, regulaciones y otros documentos que rigen la conducta ética de los investigadores y de los sujetos que se someten a investigación.
3. Discutir temas controvertidos relacionados con la investigación en seres humanos.
4. Identificar aspectos críticos del consentimiento informado y desarrollar estrategias para su correcta implementación.
5. Analizar la experiencia de sujetos que han participado en protocolos de investigación.
6. Identificar aspectos básicos en el manejo de fichas clínicas y bases de datos.
7. Desarrollar estrategias de resguardo de información confidencial de personas y pacientes.
8. Valorar la investigación como un proceso de mejoramiento de la salud de las personas de los enfermos y de la gestión institucional.
9. Acercar la investigación a los profesionales del área de la salud.
10. Reconocer al comité de ética científico como un facilitador entre la investigación y los investigadores.

IV. REFLEXIONES FINALES

La investigación en salud es esencial para el progreso de los países (WHO, 2018) y el ámbito clínico resulta fundamental para buscar la mejor evidencia de los procedimientos utilizados y complementar la experiencia clínica de los profesionales (Gálvez, 2003).

La investigación científica en seres humanos siempre ha planteado el conflicto entre la práctica clínica y la generación de conocimiento producto de esta misma actividad (Novoa, 2007). A pesar de lo cual, la investigación resulta imprescindible para mejorar el proceso diagnóstico-terapéutico del paciente y mejorar la salud de las personas, incrementando de forma continua y paulatina la creatividad por parte de los profesionales que desarrollan actividades asistenciales (Otzen, 2017) y estimulando en los profesionales el pensamiento crítico, la actitud proactiva, innovadora y fomentando la curiosidad personal y laboral (Ruiz, 2010).

Entre las limitaciones que puede encontrarse un profesional al momento de investigar, se encuentran no solo las relacionadas con los aspectos metodológicos (Henríquez,

2003), institucionales, gubernamentales y de formación, sino también aquellas propias de la ética (Rodríguez, 2002).

Creemos necesario llevar a cabo futuros estudios que permitan conocer las principales impresiones de los distintos participantes en torno a la factibilidad técnica y operativa de implementar un programa que certifique las buenas prácticas éticas en investigación en el área de la salud en Chile. De esta forma se podrán lograr dos propósitos, el primero acercar a los clínicos e investigadores a la “cuestión ética” y lo segundo poder acelerar los procesos para fomentar la investigación al interior de los equipos clínicos.

Bibliografía

Agich G J, Youngner S J (1991). For experts only? Access to hospital ethics committees. *Hastings Cent Rep*; 21:17-25.

Amdur RJ, Biddle C (1997). Institutional Review Board approval and publication of human research results. *JAMA*; 277: 909-914.

Annas G J (1991). Ethics committees: from ethical comfort to ethical cover. *Hastings Cent Rep*; 21:18-21.

Annas GJ (1980). The care of private patients in teaching hospitals: legal implications. *Bull NY Acad Med*; 56, 403-11.

Baumslag N (2005). *Murderous Medicine: Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus*. Praeger Publishers.

Ben-David J (1960). Roles and innovations in medicine. *The American Journal of Sociology*; 65, 557-68.

Berenbaum M (1993). *The world must know: the history of the Holocaust as told in the United States Holocaust Memorial Museum*. Boston: Little Brown; 194-5.

Bozeman B, Slade C, Hirsch P (2009). Understanding Bureaucracy in Health Science Ethics: Toward a Better Institutional Review Board. *American Journal of Public Health*; 99(9), 1549-1556.

Bueno M, Brevideilli M-M, Cocarelli T, et al. (2009). Reasons for resubmission of research projects to the research ethics committee of a University Hospital in São Paulo, Brazil. *Clinics*; 64(9), 831-836.

Cadicott CV, Faber-Langendoen K (2005). Deception, discrimination, and fear of reprisal: lessons in ethics from third-year medical students. *Acad Med*; 80(9), 866-873.

Carmack HJ, Bates BR, Harter IM (2008). Narrative constructions of health care issues and policies: The case of President Clinton's apology-by-proxy for the Tuskegee syphilis experiment. *J Med Humanit*; 29, 89-109.

Chernin E (1989). Richard Pearson Strong and the iatrogenic plague disaster in Bilibid Prison, Manila, 1906. *Rev Infect Dis*; 11(6), 996-1004.

CIOMS. Council for International Organizations of Medical Sciences. [consultado 4 Junio 2018]. Disponible en: <https://cioms.ch/>.

CITI Program. Research Ethics and Compliance Training. [consultado 10 Junio 2018]. Disponible en: <https://about.citiprogram.org/es/homepage-final/>

Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). Disponible en: <http://www.conicyt.cl/>. Consultado el 4 de mayo del 2018.

Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). Áreas más desarrolladas por investigaciones chilenas. Disponible en: <http://www.conicyt.cl/blog/2016/04/14/areas-mas-desarrollada-por-investigaciones-chilenas-en-web-of-sciences/>. Consultado el 1 de mayo del 2018.

Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). Panorama Científico. Edición especial. Mayo 2000. Concurso nacional de proyectos FONDECYT 2000.

Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). Becas para Estudios de Postgrado en Chile. Disponible en: <http://www.conicyt.cl/becasconicyt/2017/02/16/735-becas-son-adjudicadas-por-conicyt-en-su-concurso-de-doctorado-nacional-2017/>. Consultado el 3 de mayo del 2018.

Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). Productividad de Universidades CRUCH según Áreas OCDE. Disponible en: <http://www.conicyt.cl/blog/2016/02/05/productividad-de-universidades-cruch-segun-areas-ocde/>. Consultado el 1 de mayo del 2018.

Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). Ranking Internacional de Revistas Chilenas. Disponible en: <http://www.conicyt.cl/blog/2016/01/21/ranking-internacional-de-revistas-chilenas/>. Consultado el 1 de mayo del 2018.

CONICYT. Programa FONDECYT: Impacto y desarrollo 1981-2000.

Doyal L (2001). Clinical ethics committees and the formulation of health care policy. *J Med Ethics*; 2744-49.

Droppelmann G (2018). La instrumentalización Metodológica en la Ética de la Investigación. *EIDON* 49, 102-114.

Emanuel E (2008). "An Ethical Framework for Biomedical Research@. In: Emanuel E, Grady C, Crouch R, Lie R, Miller F, Wendler D, editors. *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*. New York: Oxford University Press; 123-35.

Estabrooks CA, Thompson DS, Lovely JJE, Hofmeyer A (2006). A guide to knowledge translation theory. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*; 26, 25-36.

Etheridge E (1993). "Pellagra". En: Kiple KF, editor. *The Cambridge World History of Human Diseases*. Cambridge: Cambridge University Press; 918-23.

Fernando Suárez Obando (2015). Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel J. Emanuel. *Pers.bioét*; 19(2), 182-197.

Ferreira-Padilla G, Ferrández-Antón T, Lolas-Stepke F, Almeida-Cabrera R, Brunet J, Bosch-Barrera J (2016). Ethics competences in the undergraduate medical education curriculum: the Spanish experience. *Croatian Medical Journal*; 57(5), 493-503.

Finlay C (1965). "El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla". En: Finlay CJ. *Obras completas*. La Habana: Academia de Ciencias de Cuba / Museo Histórico de las Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay"; 247-61.

Fondo de Desarrollo de Ciencia y Tecnología (FONDECYT). Disponible en: <http://www.conicyt.cl/fondecyt/>. Consultado el 4 de mayo del 2018.

Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF). Disponible en: <http://www.conicyt.cl/fondef/>. Consultado el 4 de mayo del 2018.

Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT). Concurso FONDECYT Regular. Disponible en: <http://www.conicyt.cl/fondecyt/sobre-fondecyt/que-es-fondecyt/>. Consultado el 2 de mayo del 2018.

Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS). Disponible en: <http://www.conicyt.cl/fonis/>. Consultado el 4 de mayo del 2018.

Gálvez, A. 2003 Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en la evidencia. *Investigación y Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquia; 21(1), 50-64.

Garrard E, Dawson A (2005). What is the role of the research ethics committee? Paternalism, inducements, and harm in research ethics. *Journal of Medical Ethics*; 31(7), 419-423.

Giles JP, McCollum RW, Berndtson LW, Krugman S (1969). Viral Hepatitis - Relation of Australia/SH Antigen to the Willowbrook MS-2 Strain. *N Engl J Med*; 281, 119-22.

Gobierno de Chile. Instituto de Salud Pública. Norma Técnica N57. Regulación de la Ejecución de Ensayos Clínica que Utilizan Productos Farmacéuticos en Seres Humanos. [consultado 9 Junio 2018]. Disponible en: <http://www.conicyt.cl/fonis/files/2013/03/Norma-T%C3%A9cnica-57.pdf>

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Disponible en: <http://www.salud-e.cl/biblioteca/estrategia-sanitaria-chilena/objetivos-sanitarios-2011-2020/>. Consultado el 4 de mayo del 2018.

Gobierno Mexicano. *Informe Belmont*. [consultado 4 Junio 2018]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf

González C (2004). La Investigación Básica. La Investigación en Ciencias Fisiológicas: Bioquímica, Biología Molecular y Fisiología. *Cuestiones Previas. Educ. méd*; 7, 41-50.

Grimes Da (2002). Descriptive studies: what they can and cannot do. *Lancet*; 359(9301), 145-9.

Henríquez E, Zepeda MI (2003). Preparación de un proyecto de investigación. *Ciencia y enfermería*; 9(2): 23-28.

IDRC/CONICYT. Science, technology and innovation programs and policies in Chile. Informe final de la misión internacional. 1998-1999.

Institute of Circulatory and Respiratory Health (2002). *The Clinician-Scientist: Yesterday, Today and Tomorrow*. Canadian Institute of Health Research.

International Committee of Medical Journal Editors (1997). Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. *JAM*; 277, 927-934.

Ioannidis JPA (2016). Why Most Clinical Research Is Not Useful. *PLoS Medicine*; 13(6), e1002049.

Jansson SM, Benoit C, Casey L, Phillips R, Burns D (2010). In for the long haul: Knowledge translation between academic and non-profit organisations. *Qualitative Health Research*; 10, 131-43.

Jiwa M (2012). Doctors and Medical Science. *The Australasian Medical Journal*; 5(8), 462-467.

Lawrence F. Brass (2010). Are MD–PhD Programs Meeting Their Goals? An Analysis of Career Choices Made by Graduates of 24 MD–PhD Programs. *Academic Medicine*; 85(4).

Ley 19.628. Sobre protección de la vida privada [consultado 2 Mayo 2018]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=141599>.

Ley 20.120. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana [consultado 2 Mayo 2018]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=253478&idVersion=2006-09-22>.

Ley 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [consultado 2 Mayo 2018]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.

Ley 20.850. Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo [consultado 2 Mayo 2018]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1078148&buscar=Ley+ricarte+soto>.

Ministerio de Salud. Ley 20.120. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. 2006. [consultado 10 Junio 2018]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=253478>.

Ministerio de Salud. Ley 20.584. Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud; Acciones Vinculadas a la Atención en Salud. 2012. [consultado 10 Junio 2018]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.

MINSAL. Reglamento Comités de Ética Científica. consultado 9 Junio 2018]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/50e6cfdffb26b87be04001011e012efe.doc>.

NIH. The department of bioethics. [consultado 5 Julio 2018]. Disponible en: <https://www.bioethics.nih.gov/courses/ethical-regulatory-aspects.shtml>.

Novaes MRG, Guilhem D, Lolas F (2009). Ethical conduct in research involving human beings in Brazil: Diagnosis of research ethics committee. *Arq Med*; 23(4), 145-50.

Novoa S Fernando (2007). Desafíos éticos en la investigación y aplicación clínica de la genética. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*; 45(4), 305-313.

Nur Yeliz Gülcan (2015). Discussing the Importance of Teaching Ethics in Education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 174, 2622-2625.

OECD. OECD Global Science Forum. [consultado 4 Junio 2018]. Disponible en: <http://www.oecd.org/sti/sci-tech/oecdglobalscienceforum.htm>.

OECD. Science and Technology. [consultado 4 Junio 2018]. Disponible en: http://www.oecd.org/sdd/08_Science_and_technology.pdf.

Organización Panamericana de la Salud. Buenas Prácticas Clínicas: Documento de las Américas. [consultado 10 Junio 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18627es/s18627es.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud (2011). Pautas y orientación operativa para la revisión ética de la investigación en salud con seres humanos.. [consultado 9 Junio 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22738&Itemid=270&lang=en.

Otzen T, Manterola C, Rodríguez I, García M (2011). La necesidad de aplicar el método científico en investigación clínica: problemas, beneficios y factibilidad del desarrollo de protocolos de investigación. *International Journal of Morphology*; 35(3), 1031-1036.

Oyarzún M, Pinto M E, Raineri G, Amigo H, Cifuentes L, González M J, et al. (2014) Experiencia del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y los desafíos que impone la nueva legislación chilena en la investigación médica. *Rev Med Chile*; 142, 889-95.

Oyarzún M., Raineri G (2013). Potencial impacto de la nueva legislación en la investigación biomédica en Chile. *Rev Chil Enferm Respir*; 29, 5-8.

Parab S, Bhalariao S (2010). Study designs. *International Journal of Ayurveda Research*; 1(2), 128-131.

Pío XII. Discurso a los asistentes al I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso. Roma, 14 de septiembre de 1952.

Ramana K V, Kandi S, Boinpally PR (2013). Ethics in medical education, practice, and research: An insight. *Ann Trop Med Public Health*; 6, 599-602.

Reed W, Carroll J, Agramonte A, Lazear J (1900). The etiology of yellow fever-a preliminary note. *Public Health Pap Rep*; 26, 37-53.

Rodríguez Yunta, Eduardo (2004). Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. *Acta bioethica*; 10(1), 37-48.

Roy CC (1997). Survival of clinician scientist. *Clinical and Investigative Medicine*; 20: 283-9.

Ruiz J (2010). Importancia de la investigación. *Rev. cient*; 20(2), 125-125.

S Salas et al (2005). Médicos - Científicos en Chile: ¿una especie en extinción? *Rev Méd Chile*; 133, 121-128.

Sanarelli G (1897). A lecture on yellow fever. With a description of the Bacillus Icteroides: Delivered before the University of Montevideo on June 10th, 1897. *Br Med J*; 2, 7-11.

Savulescu J, Chalmers I, Blunt J (1996). Are research ethics committees behaving unethically? Some suggestions for improving performance and accountability. *BMJ: British Medical Journal*; 313(7069), 1390-1393.

Schroter S, Plowman R, Hutchings A, Gonzalez A (2006). Reporting ethics committee approval and patient consent by study design in five general medical journals. *Journal of Medical Ethics*; 32(12), 718-723.

Scott SD, Estabrooks CA, Allen M, Pollock C (2008). A context of uncertainty: How context shapes nurses' research utilization behaviors. *Qualitative Health Research*; 18, 347-57.

Solimano G., Alarcón A., Sepúlveda N (2011). *Estado del Arte de la investigación en Salud Pública en Chile 1989-2009. Informe de Resultados Programa Domeyko en Salud, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública*. Santiago de Chile.

Stevens B (2011). Health Clinician-Scientists in Academic Health Science Centres: Protecting an Endangered Species. Report on a National Symposium.

Tanne JH (2010). President Obama apologises to Guatemala over 1940 syphilis study. *BMJ*; 341, c5494.

Tejeda JG (2013). La universidad nerd. *Revista chilena de literatura*; (84): 155-160.

The Nuremberg Code (1947). *BMJ* 1996; 313, 1448.

UNESCO. Guía 2. Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas. 2006. [consultado 9 Junio 2018]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001473/147392s.pdf>.

Valenzuela S., Aliaga V., Burdiles P., et al. (2015). Reflexiones en torno a la ley N° 20.584 y sus implicancias para la investigación biomédica en Chile. *Rev Med Chile*; 143, 96- 100.

Vargas J (2009). Ética, corrupción y burocracia. *Perspectivas*; 24, 209-226.

Vega J (2015). Efectos adversos graves de la ley N° 20.584. Carta al editor. *Rev Med Chile*; 143, 682.

World Health Organization. Health research is essential for progress towards universal health coverage. [consultado 10 Junio 2018]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_report_20130815/en/.

World Medical Association (1997). Declaration of Helsinki. *JAMA*; 277, 925-926.

X. Sierra (2011). Ética e investigación médica en humanos: perspectiva histórica. *Actas Demorsifiliográficas*; 102 (6), 395-401.

COVID-19, salud pública y medioambiente

COVID-19, Public Health, and the Environment

Carlos Pose

Universidad de Santiago de Compostela

E-mail: cpose@fcs.es

Resumen

En los años 70, el bioquímico y oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter acuñó una nueva palabra, "bioética", para denominar una disciplina emergente que aunase las ciencias de la vida y la ética. Este nuevo campo, para Potter, representaba "un puente hacia el futuro" de la humanidad. Cincuenta años más tarde, la "bioética global" que teorizaba Potter en los años 70 se ha visto reducida, en gran parte, a la ética clínica. Mientras tanto, el papel de la bioética en lo que probablemente es el debate más importante para la continuidad de la vida humana en el planeta, el debate sobre el medioambiente, ha sido mínimo. En vista de los peligros que amenazan la vida tal como la conocemos hoy, y por lo tanto, la propia continuidad humana en el planeta, es imperativo preguntarse qué tipo de cambio es necesario para evitar tales riesgos, cómo lograrlo y cuál debería ser el papel de la bioética en esta transición.

Palabras clave: Bioética, COVID-19, Ética clínica, Medioambiente, Salud pública.

Abstract

In the 1970s, the American biochemist and oncologist Van Rensselaer Potter coined a new word, 'bioethics', to describe an emerging discipline bringing together the life sciences and ethics. This new field, for Potter, represented "a bridge to the future" of humanity. Fifty years later, the "global bioethics" that Potter theorized in the 1970s has largely been reduced to clinical ethics. Meanwhile, the role of bioethics in what is probably the most important debate for the continuation of human life on the planet, the environmental debate, has been minimal. In view of the dangers that threaten life as we know it today, and consequently even human continuity on our planet, it is imperative to ask what kind of change is needed to avoid such risks, how to achieve it, and what the role of bioethics should be in this transition.

Keywords: Bioethics, Covid-19, Medical ethics, Environment, Public health.

Introducción

El bioquímico y oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter, que había acuñado el término “Bioética” en 1970 en el artículo *“Bioethics: the science of survival”* y en 1971 en el libro *Bioethics: bridge to the future*, publicó en 1988 un libro con el título *Global Bioethics*. Con el término “bioética” denominaba una disciplina emergente que aunase las ciencias de la vida y la ética, los hechos científico-técnicos y los valores. Este nuevo campo representaba, para Potter, “un puente hacia el futuro” de la humanidad. Con la expresión “bioética global” trataba de abarcar no ya solo todos los campos del saber, sino todos los espacios tanto humanos como medioambientales. Dicho de otro modo, una bioética global debería aglutinar no solo una bioética clínica sino también una bioética ecológica. Sin embargo, cincuenta años más tarde, la “bioética global” que teorizaba Potter se ha visto reducida, en gran parte, a su vertiente norteamericana, centrada en la ética clínica.

En medio de una crisis sanitaria, económica y social sin precedentes, producida por una pandemia por coronavirus (COVID-19), conviene recordar que el papel de la bioética en lo que probablemente es el debate más importante para la continuidad de la vida humana en el planeta, el debate sobre el medioambiente, ha sido mínimo. En vista de los peligros que amenazan la vida tal como la conocemos hoy, y por lo tanto, la propia continuidad humana en el planeta, es imperativo preguntarse qué tipo de cambio es necesario para evitar tales riesgos, cómo lograrlo y cuál debería ser el papel de la bioética en esta transición.

1. Bioética puente, bioética global y bioética profunda

En el título de su libro de 1971, Van Rensselaer Potter definió la bioética como un “puente hacia el futuro”. La palabra “puente” podría leerse de dos maneras: por un lado, como una nueva disciplina que forjase una unión entre las ciencias y las humanidades; por otro lado, como una forma de asegurar la continuidad de la especie humana hacia el futuro. Para Potter, la disciplina emergente que había llamado “bioética” representaba la vía hacia el restablecimiento del equilibrio medioambiental y la protección de los recursos naturales en un mundo en rápido y constante cambio. Este cambio, principalmente tecnológico, generaba conocimiento pero no la sabiduría de cómo usar este conocimiento de manera óptima. En la visión de Potter, los valores habían de tener en cuenta los hechos biológicos que asegurasen la supervivencia de la humanidad, por lo que toda acción que pusiera en riesgo este objetivo había de considerarse incorrecta (Potter, 1971). La tesis de Potter era que, para poder construir el puente hacia el futuro, la única vía posible sería la protección de la “frágil red” de vida no-humana que sostiene nuestra sociedad. Tal fin no podría alcanzarse apoyando sistemas de valores que han dejado de ser relevantes, y tampoco podría llevarse a cabo sin la contribución de la esfera política. La revolución que proponía el bioquímico estadounidense era, por tanto, una revolución educativa y cultural, fundamentada en datos científicos y respaldada por un compromiso ético-político a nivel global (Quintanas, 2009: 3).

Una bioética global debería abarcar no solo una bioética clínica sino también una bioética ecológica.

Potter difundió esta visión años más tarde, en 1988, en su libro *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*, retomando la “ética de la Tierra” teorizada por Aldo Leopold en 1949, para quien la supervivencia de la especie humana depende directamente de la capacidad de esta de recuperar y mantener la salud del ecosistema. La “bioética global” de Potter representaba, pues, “un sistema cuya misión es la definición y el desarrollo de una ética para una supervivencia humana sostenible a largo plazo” (Potter, 1998: 2). Se trataba de una “segunda etapa” de la ética, que conjugara la ética clínica con la ética medioambiental.

No obstante, una década más tarde, era evidente que la bioética se había centrado, en gran parte y sobre todo en Estados Unidos, en la ética clínica, mientras que las cuestiones relacionadas con la ecología se vieron relegadas a un segundo plano. Este

El papel de la bioética en el debate más importante para la continuidad de la vida humana en el planeta, el debate sobre el medioambiente, ha sido

hecho se tradujo en la preocupación por solucionar los problemas que surgen en la práctica cotidiana de la atención sanitaria y la investigación biomédica, sin preguntarse por el sistema económico, social y cultural de una “sociedad industrializada y

tecnocientífica que está desorientada ante el gran poder que ha adquirido de manipulación de la naturaleza y del mismo ser humano” (Quintanas, 2009: 3). Como muy claramente afirma el propio Potter,

Un dilema al que se enfrenta la ética médica en la actualidad es el problema de cuándo no aplicar toda la tecnología disponible. Sin embargo, ya en el año 1971 sugerí que “El problema moral surge porque la ciencia médica ha alcanzado un éxito parcial en el mantenimiento de la maquinaria sin mantener a la (persona).” (Potter, 1998: 4)

En 1998, Potter publicó un artículo titulado “Bioética puente, bioética global y bioética profunda”, en el que analizó lo que él denomina “la tercera etapa de la bioética”: la bioética profunda. Según explicó en un artículo escrito junto con Peter Whitehouse, “la bioética profunda es la búsqueda de la sabiduría, definida como el saber de cómo utilizar el conocimiento a favor del bien de la sociedad. Se necesita una sabiduría bioética que combine el conocimiento ecológico con un sentido profundo de la responsabilidad moral para un mundo en el que podamos sobrevivir.” (Potter & Whitehouse, 1998)

No deja de resultar extraño que esta idea pasara tan desapercibida entre tantos investigadores y creadores de opinión pública en el campo de la bioética, y que solo en nuestros días recobre una cierta actualidad a propósito de la crisis que estamos viviendo.

2. COVID-19 y salud pública

En 2019, un estudio publicado por la *Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services (IPBES)* alertó de que la sociedad humana está en peligro a causa de la degradación de la red natural de la Tierra para el soporte de la vida. A principios de este año, tras la irrupción de la pandemia de COVID-19, los científicos del mismo organismo declararon que las actividades humanas, como la deforestación agresiva, la agricultura y la ganadería intensivas, la minería, el desarrollo

de las infraestructuras, junto a la explotación de animales salvajes han provocado la “tormenta perfecta” para la aparición de pandemias, de las cuales la COVID-19 puede ser solamente el principio.

Hay una única especie que es responsable de la pandemia de COVID-19: nosotros. Al igual que las crisis del clima y de la biodiversidad, las recientes pandemias son una consecuencia directa de la actividad humana, en particular de los sistemas financieros y económicos mundiales, basados en un paradigma inflexible que valora el crecimiento económico a cualquier precio. (Settele et al. 2020)

La degradación del medioambiente, junto con el comercio no regulado de animales salvajes y el crecimiento exponencial del transporte aéreo mundial, hicieron posible que un virus que circulaba solamente entre una especie de murciélagos en el sudeste asiático hubiera contagiado a millones de personas en todo el mundo, hubiera provocado un sufrimiento humano incalculable y hubiera detenido las actividades económicas y sociales de todo el mundo. Sin embargo, como advierten los científicos de este organismo,

Esto puede ser solo el comienzo. Aunque las enfermedades entre animales y humanos ya causan aproximadamente 700.000 muertes cada año, el potencial de futuras pandemias es enorme. [Además, es] probable que las futuras pandemias ocurran con mayor frecuencia, se propaguen con mayor rapidez, tengan un mayor impacto económico y maten a más personas si no somos extremadamente cuidadosos con los posibles impactos de las decisiones que tomemos hoy. (Settele et al., 2020)

Para poder evitar pandemias futuras más graves, la clave está en la preservación de los ecosistemas funcionales y diversos, con su biodiversidad característica. Pero para este fin, “debemos unirnos y comprometernos a transformar nuestra sociedad para proteger los fundamentos de nuestra vida. [...] Lo que se necesita aquí es nada menos que una reorganización fundamental, a nivel de todo el sistema, que abarque factores tecnológicos, económicos y sociales, incluyendo paradigmas, objetivos y valores.” (Settele et al, 2020)

Evidentemente, la crisis del coronavirus a la que nos estamos enfrentando aún a dos vertientes: por un lado, en sus orígenes, la crisis medioambiental y por el otro, en sus efectos, la crisis de salud pública. A su vez, la crisis de salud pública posee dos caras. Una primera tiene que ver con la educación sanitaria de una población, con los usos y costumbres que viene practicando desde un momento anterior a la propia crisis. Como se ha puesto de manifiesto en el último “Ateneo de bioética” de este mismo año, la función de la medicina no es solo, ni tampoco principalmente curativa sino preventiva. Esa prevención ha de ser tanto privada (Higiene privada, Educación sanitaria) como pública (Higiene pública, Política sanitaria). Ambas resultan imprescindibles. Pero así como la medicina tradicional puso énfasis en la primera de esas dimensiones, desde finales del siglo XVIII el acento principal viene situándose en la segunda, la Salud Pública. Esta hegemonía de lo público frente a lo privado, o si se quiere, la menor atención que en nuestra sociedad existe sobre las cuestiones de higiene privada y educación sanitaria está teniendo unas consecuencias que sin duda estamos pagando todos en esta crisis. (Gracia, 2020).

La segunda cara es la surgida del estado de alarma en el que nos encontramos. En este último aspecto, único que aquí abordaremos, la necesidad de tomar decisiones con rapidez y en condiciones inciertas produce muchos conflictos y puede llegar a limitar, o incluso a lesionar, algunos valores de las personas y de la sociedad en general.

En estas decisiones, la seguridad pública se enfrenta ineludiblemente a la libertad individual, la autonomía personal al bien común y al interés público. Los valores de la cooperación y la solidaridad, la integridad y el respeto a los más vulnerables deben imponerse a diferentes niveles y con diferentes formas de manifestación. El fundamento ético de las decisiones y las medidas que se tomen deben cumplir con principios que orienten adecuadamente su aplicación y aseguren su sustento social. (Conselho Nacional de Ética 2020: 3)

Las pandemias son manifestaciones “tanto sociales y políticas, como lo son biológicas”, tal como afirman los autores del informe *Public Health Ethics and Covid-19* del grupo de trabajo Working Group Ethics / AG Ethik, integrado por bioeticistas estadounidenses y europeos. Por tanto, en tiempos de pandemia, las respuestas correctas deben tener en cuenta ambas dimensiones. No se pueden abordar los problemas desde una perspectiva estrictamente clínica o individual, sino que hay que poner el acento en la salud de la población. La ética de la salud pública se extiende más allá del contexto clínico porque incorpora los valores colectivos o poblacionales.

La ética de la salud pública se extiende más allá del contexto clínico porque incorpora los valores colectivos o poblacionales.

En tiempos de pandemia, la responsabilidad ética es más importante, no menos. La comprensión y el abordaje de los problemas éticos requieren basarse en la teoría ética y en modelos de decisión, en combinación con hechos relevantes de la medicina, la salud pública, el derecho, la economía, la política, etc. La perspectiva de la ética de la salud pública incluye consideraciones de todos los ámbitos éticos pertinentes en una situación de pandemia. (Heilinger et al., 2020)

Los autores del informe también identifican los valores y principios que fundamentan el proceso de toma de decisiones durante una pandemia, como el deber de proporcionar atención sanitaria, la salud, la no discriminación, la seguridad, la equidad, la libertad individual, la privacidad, la proporcionalidad, la protección de la población contra los daños, la reciprocidad, la solidaridad, la buena gestión de los recursos y la confianza pública. (Heilinger et al, 2020)

Antes que por la epidemia de coronavirus, ya se habían disparado las alarmas sobre la complejidad de las decisiones por los brotes de Ébola en África y de Gripe aviar en Asia.

En la actual pandemia por COVID-19 las decisiones éticas difíciles resultan inevitables. Han de analizarse los conflictos de valores de grupos diversos en contextos como los cuidados intensivos, la investigación biomédica, el cierre o la

reducción de unidades de atención, entre otros. En general, las medidas adoptadas para impedir que la pandemia se siga propagando pueden distribuir de manera desigual los beneficios y las cargas resultantes entre los diferentes grupos afectados, y acrecentar las diferencias entre grupos ya de por sí vulnerables. Los respectivos

conflictos de valores y el impacto de las medidas adoptadas deben evaluarse cuidadosamente en cada contexto.

Parece obvio que todavía no hemos prestado suficiente atención al tipo de problemas que generan las decisiones críticas y excepcionales. Antes que por la epidemia por coronavirus, ya se habían disparado las alarmas sobre la complejidad de las decisiones por los brotes de Ébola en África y de Gripe aviar en Asia. Sin embargo, la literatura existente sigue siendo muy variable y dispersa. Con el objetivo de identificar los problemas éticos que generan las situaciones de urgencia y buscar las soluciones más razonables, Diego Gracia organizó un Ateneo de bioética en el año 2015 sobre “Ética en situaciones trágicas” y ha publicado un “Editorial” en la Revista de Bioética en Español, EIDON, al año siguiente. Allí decía que

En un mundo cada vez más globalizado e interconectado, la movilidad y el intercambio se vuelven fenómenos casi incontrolables. No se trata sólo del movimiento de personas, bienes y productos, sino también de microorganismos, de gérmenes. De ahí la necesidad de sistemas nacionales e internacionales de alerta y control. Y como en las catástrofes, dada su magnitud, se da siempre una desproporción entre las necesidades sanitarias y los recursos disponibles, resulta que las decisiones han de obedecer en ellas a criterios distintos y a veces opuestos a los propios de las situaciones normales, lo que no deja a su vez de generar conflictos y azorantes problemas éticos. (Gracia, 2016: 1).

La medicina de urgencias y emergencias, según Diego Gracia, ha de buscar siempre la protección del valor que se encuentre más amenazado, que por lo general es la vida. En el caso de la medicina de catástrofes, por el contrario, la situación es algo

Una falta de previsión y planificación de las decisiones y de un análisis correcto de los criterios de acción ha hecho optar por soluciones poco razonables y prudentes.

distinta, habida cuenta de que en ella las necesidades de atención médica suelen ser mayores que la suma de los recursos disponibles. Con la pandemia por coronavirus se han producido conflictos de valores en todas estas situaciones, unas

veces surgidos por la saturación abrupta de las salas de espera, y otras por una falta de previsión y planificación de las decisiones y un análisis correcto de los criterios de acción, lo que ha hecho optar por soluciones poco razonables y prudentes.

En su artículo *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*, Emanuel et al. (2020) analizan la correcta distribución de recursos sanitarios durante la pandemia de COVID-19. En EEUU se contaba con un plan de acción en caso de pandemia de gripe desarrollado en 2007 y luego actualizado en 2009 y 2017. A pesar de las medidas preventivas de salud pública adoptadas con el fin de reducir la propagación del virus (higiene de las manos, distancia pública, etc.), queda patente la necesidad de prepararse a nivel institucional para poder tomar decisiones correctas para la distribución de recursos limitados. Según plantean los autores del artículo,

La decisión de establecer límites al acceso al tratamiento no es una decisión discrecional, sino una respuesta necesaria frente a los abrumadores efectos de una pandemia. La cuestión no es si hay que establecer prioridades, sino cómo hacerlo de forma ética y coherente, en vez de fundamentar las

decisiones en los planteamientos de cada institución o en la intuición de un clínico en el momento. (Emanuel et al., 2020: 3)

Las propuestas de los autores para la correcta distribución de los recursos en la salud pública se fundamentan en cuatro valores básicos: maximizar el beneficio producido por los escasos recursos, tratar a todas las personas por igual, fomentar y recompensar el valor instrumental y dar prioridad a aquellos que están en peor situación. De estos cuatro valores se desprenden seis cursos de acción específicos para la actividad sanitaria durante la pandemia de COVID-19: maximizar los beneficios; dar prioridad a los profesionales de la salud; no asignar los recursos por orden de llegada; responder a las evidencias; reconocer la importancia de la colaboración de la ciudadanía en la investigación; y aplicar los mismos principios a todos los pacientes, tanto a los afectados por la enfermedad de COVID-19 como a los que no lo están (Emanuel et al., 2020: 3).

Teniendo en cuenta que el objetivo de establecer prioridades en caso de recursos limitados es tanto salvar el mayor número de vidas como maximizar las mejoras en la duración de la vida de las personas después del tratamiento, los autores argumentan que, durante la pandemia de COVID-19, el tiempo y la información limitados de que se dispone justifican que se dé prioridad a maximizar el número de pacientes que sobreviven al tratamiento con una esperanza de vida razonable y que se considere la maximización de la duración de la vida como un objetivo secundario.

Con respecto a cómo tomar decisiones en caso de pacientes en condiciones similares, puesto que sería contraproducente intentar determinar posibles pronósticos y decidir en base a unos escenarios extremadamente inciertos, los autores recomiendan una distribución de los recursos excluyendo el criterio del “primer llegado”, ya que esta aproximación podría beneficiar a algunos pacientes (como, por ejemplo, a los que viven más cerca de los centros de salud) en detrimento de otros.

Por otra parte, y según los autores, los criterios de distribución de los recursos no deberían ser uniformes en todos los aspectos relacionados con la enfermedad. No se aplicarían, por ejemplo, los mismos criterios en la distribución de ventiladores o camas en las UCIs que en la distribución de una vacuna a la población.

Otro punto que se defiende en el artículo es el fomento de la colaboración de la población en la investigación, en el sentido de que los participantes en los estudios deberían tener algún grado de prioridad frente a pacientes con prognosis similares como compensación por su contribución.

A la vez, no debería haber diferencias en la distribución de recursos limitados entre pacientes afectados por la COVID-19 y pacientes afectados por otras enfermedades graves. (Emanuel et al, 2020: 4-6)

Las conclusiones de los autores es que las seis recomendaciones propuestas deberían servir como base para elaborar directrices que puedan garantizar que nunca sean los propios médicos los que se vieran obligados a “decidir por sí solos qué pacientes reciben atención para salvar sus vidas y cuáles no. En cambio, creemos que las directrices deben emanar de un nivel más alto de autoridad, tanto para aliviar la carga de los médicos como para asegurar la igualdad de trato de los pacientes.” (Emanuel et al, 2000: 6)

Una sanidad sostenible es aquella que reconoce que la salud es una preocupación a nivel global, lo que implica tener en cuenta el principio de igualdad.

En un artículo, publicado en el *Hastings Center Report*, otros autores proponen la adopción, a lo largo de la pandemia de COVID-19, de lo que la National Academy of Medicine denominó “*crisis standards of care*”, que se definen como “el nivel óptimo de atención que se puede

brindar durante un evento catastrófico, que requiere un cambio sustancial en las operaciones habituales de atención de la salud” (Gostin et al., 2020: 9). Los autores aseguran que “la equidad y la salud pública van de la mano” y que, por tanto, han de garantizarse la distribución correcta de los recursos, la priorización de la protección y el tratamiento de los profesionales de la salud, la identificación y protección de los grupos más vulnerables, así como alcanzar un equilibrio entre la salud pública y la libertad de las personas. La respuesta ante la enfermedad por coronavirus debe ser “efectiva, ética y equitativa”. (Gostin et al., 2020: 11)

No obstante, como afirmábamos más arriba, la crisis del coronavirus a la que nos estamos enfrentando aún a dos vertientes: por un lado, en sus orígenes, la crisis medioambiental, y por el otro, en sus efectos, la crisis de salud pública. Acabamos de ver esta segunda vertiente, sus efectos en la salud pública. Toca ver ahora sus orígenes en sentido general, lo que entronca la bioética con la ecología y el medioambiente como sugería Potter en un principio.

3. Bioética y medioambiente

En junio de 2019, el *Hastings Center*, a iniciativa de Daniel Callahan, organizó una reunión sobre el tema de la bioética y el cambio climático en la que participaron científicos, analistas políticos, bioeticistas y estudiosos del tema desde otras áreas de conocimiento. En esta reunión, Callahan declaró que “la mitigación del cambio climático y las mejoras en la atención sanitaria conllevan problemas éticos similares.” De los múltiples caminos para enfrentarse a estos problemas, la solución más fácil y por tanto la más seductora es la puramente tecnológica, que obvia el cambio cultural necesario para obtener resultados sostenibles.

Aunque [en la actualidad] se adoptan ambos caminos, las vías tecnológicas presentan cierta atracción para la sociedad. No requieren cambios comportamentales a gran escala y, aun mejor, son económicamente seductoras. Puede hacerse una fortuna con los paneles solares y las turbinas eólicas. La tentación aquí es que la gran facilidad de las soluciones tecnológicas frente al calentamiento global puede minimizar el cambio cultural, que es más difícil de llevar a cabo. (*The Hastings Center*, 2019)

Una solución más adecuada sería encontrar el equilibrio entre el cambio cultural y las posibilidades que ofrece la tecnología. Para la medicina, esto se traduce en un equilibrio entre la medicina preventiva y la medicina de tecnología punta; en el caso del calentamiento global, este equilibrio debería producirse entre los cambios necesarios para reducir el efecto sobre el medioambiente (como el uso de combustibles fósiles, por ejemplo) y las soluciones tecnológicas y económicas, como los paneles solares y las turbinas eólicas.

En este escenario incierto, la recomendación de los bioeticistas reunidos en el *Hastings Center* fue que la bioética necesitaba bajar de la “torre de marfil” y colaborar con las ciencias del medioambiente y la ecología para enfrentarse a los problemas éticos del cambio climático. Mildred Solomon, la presidenta del Centro, explicaba en el mismo evento que “demasiado a menudo la parte *bio-* de la bioética se define de manera muy estrecha [...] La bioética no ha examinado detalladamente los problemas éticos relacionados con el cambio climático.”

Evidentemente, no era esta la primera vez que se llamaba la atención sobre la necesidad de que la bioética vuelva a aproximarse al sentido global de la palabra que le daba Potter en los años 70. Desde la primera década de este siglo y de manera cada vez más insistente a medida que se accentuaba la concienciación del cambio climático, han sido cada vez más numerosas las voces que han reclamado una aproximación de la bioética a los debates medioambientales.

Algunas posibles vías de acción para resolver los problemas a los que se enfrenta nuestra sociedad pasan por un “cambio de visión” tanto del individuo, como de la sociedad.

En los años 80 había habido numerosas iniciativas públicas de concienciación sobre el medioambiente y la necesidad de una vida humana sostenible (como los informes *Our Common Future*, *Agenda 21*, *The Future We Want*, etc.). A pesar de ello, tras las publicaciones iniciales de Potter y algunas otras, como las de la doctora Jessica Pierce (1997, 2001), quien defendía una “sanidad sostenible” a través, entre otras medidas, del uso de productos químicos que no dañasen el medioambiente, la bioética tardó en abrirse a los debates sobre el cambio climático y los problemas del medioambiente. Entre 2000 y 2003 empezaron a publicarse series de artículos en el *Canadian Medical Association Journal* y el *Journal of Medical Humanities* en los que se analizaban temas que ponían en relación la ecología y la ética clínica. En su artículo de 2014, *History of environmental ethics*, se describe un elenco de publicaciones sobre temas de “bioética medioambiental” tan diversos como la población, el cambio climático, la reducción de la capa de ozono, la pérdida de diversidad de especies animales, entre otros (Richie, 2014).

En 2004, Pierce publicó junto con Andrew Jameton *The Ethics of Environmentally Responsible Health Care*, uno de los primeros libros después de Potter que argumentasen a favor de una visión medioambiental de la bioética. En el libro, los autores llamaban la atención sobre los cambios necesarios en el sistema de salud norteamericano en el contexto de la crisis medioambiental y defendían un “concepto más ecológico de sanidad pública, que busque encontrar el equilibrio entre la salud del medioambiente, de la población, y de los individuos” (Pierce, Jameton, 2004: 3). No obstante, estos cambios pueden, y deben, aplicarse globalmente:

Una sanidad sostenible es la que reconoce que la salud es una preocupación a nivel global, lo que implica un fuerte principio de igualdad. Deberíamos intentar fomentar los requisitos medioambientales de la salud (un ecosistema sano, agua limpia, alimentación, higiene y vivienda), servicios básicos de salud pública (imunización, servicios de salud reproductiva, cuidados prenatales), y una sanidad accesible para toda la población del planeta. (Pierce, Jameton, 2004: 4)

Pasarían casi diez años más hasta que bioeticistas e instituciones norteamericanas volvieran a publicar y organizar eventos sobre bioética medioambiental. En 2012, una de estas iniciativas fue la organización por la American Society for Bioethics and Humanities (ASBH) de un congreso titulado “*Bioethics: Intersections of Global Health and Environmental Policy*”, y otra, la publicación del libro del bioeticista David Resnik titulado *Environmental Health Ethics*.

Hace no mucho tiempo, a estas voces se unió la de Daniel Callahan, quien en el año 2016 publicó *The Five Horsemen of the Modern World: Climate, Food, Water, Disease, and Obesity*, donde por primera vez en su larga trayectoria profesional, trató temas que no se inscriben tradicionalmente dentro del área de la bioética norteamericana.

La bioética puede tener un papel importante en el debate al ayudar a los ciudadanos a comprender e identificar los valores que están en riesgo, y proporcionar las herramientas para tomar decisiones.

¿Cómo llega un bioeticista especializado en ética médica y políticas públicas del área sanitaria, a participar en el debate sobre el medioambiente? De formación filosófica y de actitud inquieta y

proactiva, Callahan afirma que a lo largo de los años se convirtió “en una especie de nómada, pasando de un tema a otro” pero buscando siempre lo que estos tenían en común, algo que podía no resultar muy fácil para una persona que se especializase en un determinado campo (Callahan, 2016: ix). Esto le llevó a interesarse por el problema del cambio climático y por otros problemas relacionados, cada vez más presentes en los medios de comunicación, como la crisis global de los alimentos y del agua potable, la obesidad y las enfermedades crónicas. Reflexionar sobre el bien del cuerpo humano puede extrapolarse a reflexionar sobre el bien del planeta y, observa Callahan, “muy a menudo estas dos cosas se solapan” (Callahan, 2016: ix).

Callahan considera que los problemas más graves del mundo actual, problemas que el autor identifica con los cuatro jinetes bíblicos de la Apocalipsis, son el cambio climático, los alimentos, el agua y las enfermedades crónicas. A ellos añade un último, que considera quizás el más representativo de nuestro tiempo: la obesidad. Aunque todos son problemas muy diferentes entre sí, tienen en común el hecho de que, a pesar de los esfuerzos que ya se están haciendo desde hace décadas para paliarlos, parecen estar en aumento.

Algunas posibles vías de acción para resolver los problemas a los que se enfrenta nuestra sociedad pasan, según Callahan, por un “cambio de visión” tanto del individuo, como de la sociedad. Puesto que es poco probable que en el futuro se abandonen los valores del progreso (interpretado como sinónimo de riqueza) y del capitalismo, Callahan cree que es necesaria una alianza entre la legislación, los movimientos sociales y el mundo de los negocios para que este cambio de visión sea posible. Además, la idea de Callahan es que la única solución que puede resultar efectiva es abordar los problemas del mundo actual desde una perspectiva global (Callahan, 2016: 289).

Es necesario un cambio de rumbo, pero esta vez no solo a gran escala, a nivel político o institucional, sino sobre todo a pequeña escala, empezando por cada uno de nosotros.

También en este último sentido se viene pronunciando muy insistentemente Diego Gracia. (Gracia, 2020). Igual que Callahan, cree que los grandes problemas no sólo no

se resuelven, sino que van haciéndose cada vez más gigantescos, como, por ejemplo, el problema de las migraciones, pero también el de los niveles cada vez más escandalosos de desigualdad económica, o el del desempleo crónico, o el del cambio climático, etc. Ahora bien, piensa que si queremos que los políticos puedan gestionar estos grandes problemas, tenemos que comenzar educando a la sociedad, para que haga sus opciones políticas pensando en “valores globales” y no sólo en intereses particulares. Consiedera, pues, que es necesario un cambio de rumbo, pero esta vez no solo a gran escala, a nivel político o institucional, sino sobre todo a pequeña escala, empezando por cada uno de nosotros.

¿Por qué no comenzamos por preguntarnos cada uno por nuestros valores, si tienen en cuenta a la globalidad de los seres humanos o sólo a unos pocos? ¿Y por qué no actuar en la vida, en nuestra vida, desde hoy, desde ahora mismo, de acuerdo con el siguiente imperativo, que lo es, y además categórico: «Vive frugalmente, piensa y actúa globalmente»? El globo es de todos. Cuando tanta gente se halla en necesidad extrema, cuando el propio planeta parece deteriorarse hasta el punto de hacer cuestionable la propia existencia de las generaciones futuras, hay razones para afirmar que todo lo que a unos nos sobra pertenece a otros. Nadie está obligado a más, pero desde luego tampoco a menos. (Gracia, 2015).

¿Qué puede aportar la bioética en el abordaje de todos estos problemas? Principalmente, puede contribuir a aclarar el debate y ayudar en la toma de decisiones correctas. En la bibliografía sobre los grandes problemas sociales y mediambientales, el debate resulta muy complicado al no distinguirse muy claramente entre los hechos y los valores, especialmente cuando se trata de dar el paso del conocimiento científico a la acción práctica. En este punto conviene recordar siempre “la importancia de los hechos”, pues “todo intento de construir teorías puramente abstractas o de aislar al bioeticista en una torre de marfil, está por principio condenado al fracaso. (Gracia, 2016).

La bioética puede tener un papel importante en el debate al ayudar a los ciudadanos a comprender e identificar, además, los valores que están en riesgo, y a visualizar los cambios que tienen que llevarse a cabo tanto a nivel individual como social, empezando por el cambio educativo.

Quizá la pandemia que estamos viviendo nos haga despertar de nuestro sueño “occidental”, que ha considerado la naturaleza como propiedad suya, los avances tecnológicos como único indicador de progreso y la riqueza individual como el valor social predominante.

A su vez, la bioética puede ayudar a aclarar y presentar, tanto a la población como a los responsables de las políticas públicas, las consecuencias de estas crisis sobre la salud pública a nivel mundial.

Y una vez que las respuestas pasen de la fase de debate o teórica, a una fase práctica, con consecuencias notables para la ciudadanía, la bioética puede proporcionar las herramientas para ayudar a los gobiernos, a las organizaciones y a los individuos a tomar decisiones que tengan en cuenta todos los valores implicados.

4. Conclusiones

Quizá la pandemia que estamos viviendo nos haga despertar de nuestro sueño “occidental”, que ha considerado la naturaleza como propiedad suya, los avances tecnológicos como único indicador de progreso y la riqueza individual como el valor social predominante. Es llamativo que ni entre los “jinetes” que analiza Callahan, ni en muchas otras publicaciones sobre bioética mediambiental, se encuentra, y quizás (dados los acontecimientos más recientes) debería, la figura que más importancia tiene en estos momentos en el mundo globalizado en el que vivimos: el jinete de las pandemias.

Dentro del contexto más amplio de la crisis medioambiental, la crisis del coronavirus que estamos atravesando, y los problemas de la ética de la salud pública que esta crisis conlleva, constituyen una prueba incontestable de que se necesita un cambio de rumbo en nuestra forma de vida. En contra de lo que viene siendo opinión generalizada, este cambio no puede ser puramente tecnológico, sino que tiene que ir acompañado de un cambio educativo y cultural.

En definitiva, hay que recuperar la idea visionaria de Potter de ampliar el campo de acción de la bioética, que ha venido reduciéndose en gran parte a la bioética clínica en su versión norteamericana, de modo que los hechos biológicos que antes parecían pertenecer a un segundo orden, hoy tomen la delantera porque afectan al equilibrio estable de toda forma de vida y, consecuentemente, también a toda forma de vida humana.

5. Bibliografía

- Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Hester, D. M., Milliken, A., Fabi, R., Jenks, N. P. (2020). Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. 2.
- Callahan, D. (2016). *The Five Horsemen of the Modern World: Climate, Food, Water, Disease, and Obesity*. New York: Columbia University Press.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2020). Public Health Emergency Situation Due to the COVID-19 Pandemic – Relevant Ethical Aspects.
- Dwyer, J (2009). How to Connect Bioethics and Environmental Ethics: Health, Sustainability, and Justice. *Bioethics*, 9, 497-502.
- Emanuel, E. J., G. Persad, R. Upshur, B. Thome, M. Parker, A. Glickman, J. P Phillips (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, DOI: 10.1056/NEJMs2005114.
- Gostin, LO, EA. Friedman, SA Wetter (2020). Responding to Covid-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically. *Hastings Center Report* 50, 2, 8-12.
- Gracia, Diego (2015). Vive frugalmente, actúa globalmente. *ABC*, 07-10-2015.
- Gracia, Diego (2016). Urgencias, emergencias y catástrofes. *EIDON*, 45.
- Gracia, Diego (2016). La importancia de los hechos en la reflexión ética. *EIDON*, 46.

Gracia, Diego (2020). Ética en Salud Pública. Ateneo de bioética. Fundación de Ciencias de la Salud. Disponible en <https://www.fcs.es/areas/ateneos-de-bioetica/188-xxi-ateneo-de-bioetica-etica-en-salud-publica>.

Gracia, Diego (2020). Cincuenta años después. *Bioética complutense*, 39.

Heilinger, JC, A. Thompson, V. Wild, et al. (2020). Public Health Ethics and Covid-19.

IPBES (2019): Global assessment report on biodiversity and ecosystem services of the Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services. E. S. Brondizio, J. Settele, S. Díaz, and H. T. Ngo (editors). IPBES secretariat, Bonn, Germany.

Macpherson CC (2016). "Why Bioethics Should Address Climate Change and How It Might Do So", en: Macpherson C. (eds) *Bioethical Insights into Values and Policy. Public Health Ethics Analysis*, vol 4. Springer.

Pierce J, Jameton A (2001). Sustainable health care and emerging ethical responsibilities. *CMAJ*, 164(3), 365.

Pierce J, Jameton A (2004). *The Ethics of Environmentally Responsible Health Care*. Oxford/New York: Oxford University Press.

Pose, C (2017). El papel de las instituciones y comisiones de bioética en el desarrollo de la ética asistencial. *EIDON*, 47, 89-127.

Potter, VR (1971). *Bioethics: Bridge to the Future*, NJ: Prentice-Hall Pub.

Potter, VR (1988). *Global bioethics. Building on the Leopold Legacy*. Michigan: Michigan State University Press.

Potter, VR (1998). Bioética puente, bioética global y bioética profunda. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, No. 7, 20-35.

Potter, VR., J. Whitehouse (1998). Deep and Global Bioethics for a Livable Third Millennium. *The Scientist*.

Quintanas, A (2009). Reseña de "Bioethics: Bridge to the Future" de Van Rensselaer Potter. *Revista Electrónica Sinéctica*, 32, 1-5.

Resnik, D (2012). *Environmental Health Ethics*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2012.

Richie, C (2014). History of Medicine: A Brief History of Environmental Bioethics. *American Medical Association Journal of Ethics*, 9, 749-752.

Settele J., S. Díaz, E. Brondizio and P. Daszak (2020). COVID-19 Stimulus Measures Must Save Lives, Protect Livelihoods, and Safeguard Nature to Reduce the Risk of Future Pandemics. IPBES Expert Guest Article.

Solomon, MZ (2019). A Last Gift. *Hastings Center Report*, 49(4). doi:10.1002/hast.1024

The Hastings Center (2019). How Can Bioethics Help Mitigate Climate Change? Hastings Center Explores Options (web article).

Wilches Flórez, AM (2011). La Propuesta Bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después. *Opción*, 66, 70-84.

En persona

Entrevista a Yechiel Michael Barilan

Diego Gracia



Yechiel Michael Barilan es profesor del Departamento de Educación Médica en la *Sackler Faculty of Medicine* de la Universidad de Tel Aviv. Nacido en 1966, es Doctor en Medicina, especialista en Medicina Interna y Máster en Bioética. En la actualidad es uno de los más acreditados especialistas en bioética judía, sobre la que ha publicado un libro fundamental, *Jewish Bioethics: Rabbinic Law and Theology in their Social and Historical Contexts* (Nueva York, Cambridge University Press, 2014). Dos años antes había publicado otro libro importante, *Human Dignity, Human Rights, and Responsibility: The New Language of Global Bioethics and Biolaw* (Cambridge (MA), MIT Press, 2012). Y ese

mismo año editó, en colaboración con Suhail Malik, un libro colectivo sobre la escultora y polifacética artista Aya Ben Ron, analizando su obra desde la medicina y la ética médica: *Aya Ben Ron: Hanging* (Hatje Cantz Verlag, Berlín, 2012). Tanto él como su esposa, Margherita Brusa, dividen su tiempo entre Israel e Italia, y mantienen una relación muy estrecha con España, donde ambos adquirieron su formación básica en bioética.

Diego Gracia. *Háblanos sobre tu vida y sobre cómo llegaste al mundo de la bioética.*

Michael Barilan. Nací en 1966, en Jerusalén, de un rabino y recibí educación rabínica y general. Después del servicio militar quise estudiar filosofía y antropología, pero elegí la medicina por sus aspectos prácticos y sus horizontes internacionales. Sólo después de mi residencia orienté mis pasos hacia mi constante interés por la filosofía en la medicina. Empecé a escribir sobre ética médica y en 2000 ingresé en el primer Máster Europeo de Bioética, mientras trabajaba como médico titular en medicina interna. En 2008 pasé de un puesto en el hospital con afiliación académica a un puesto de profesor a tiempo completo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Tel Aviv. Soy autor de 3 libros (monografías) y de casi 100 artículos y capítulos de libros revisados por colegas.

DG. *Tú provienes de dos tradiciones culturales diferentes. Una, la cultura del pueblo de Israel y otra, la cultura occidental. ¿Es difícil la integración de estos dos legados?*

MB. He encontrado muy estimulantes ambas tradiciones. Optar por una forma de vida y elegir mis propios valores no ha sido fácil. Pero la diversidad de imágenes, ideas y modos de pensar es muy enriquecedora.

DG. *Como es habitual en la gente de tu generación, recibiste la influencia del modo de pensar americano en bioética, representado por el libro de Beauchamp y Childress. ¿Cree que es fácil traducir el contenido y la metodología de este libro a una cultura tan particular como la judía?*

MB. En mi caso, conocí la ética médica en un contexto europeo. Asistí por vez primera al congreso de la *European Society for Philosophy of Medicine and Health Care* (ESPMH) en 1999 y los directores del Máster Europeo que hice son ambos de la misma escuela. He estado muy influenciado por académicos norteamericanos como David Rothman, Edward Shorter (Canadá), Nancy Scheper-Hughes y Michael Taussig, todos ellos a la vez historiadores y científicos sociales, muy lejos de la perspectiva de Beauchamp y Childress. Mis horizontes en ética vinieron de filósofos como Bernard Williams, neo-kantianos de Harvard como Korsgaard, y otros eruditos anglosajones como Samuel Scheffler, Derek Parfitt y Ronald Dworkin.

He tenido en cuenta la obra de Beauchamp & Childress y he utilizado extractos en la enseñanza, pero nunca estudié a fondo su forma de hacer bioética. Tienden a mezclar la bioética con el razonamiento biolegal. Hacen hincapié en la justificación ante los tribunales públicos y hablan mucho menos de motivación y conciencia.

DG. *Uno de los puntos conflictivos es, quizás, la definición de "autonomía". Si no me equivoco, has acuñado la expresión "autonomía chapucera". ¿Qué significa? ¿Cuáles son las diferencias entre "autonomía" y "autodeterminación"?*

MB. Un ejemplo de la mencionada combinación de razonamiento "bioético" y "biolegal" se encuentra en su enfoque de la autonomía. Beauchamp y Childress encarnan el punto de vista "biolegal" según el cual una decisión tomada por un adulto competente, libre e informado es "autónoma". De hecho, *legalmente*, al menos en el ámbito de la libre contratación, estamos comprometidos a tratar tales decisiones como "autónomas". Pero filosófica y psicológicamente, esta es una definición demasiado estrecha. Todos tomamos decisiones impetuosas e imprudentes durante nuestras vidas. Hacemos muchas elecciones sin pensar mucho. No todas las opciones tienen que ser moralmente autónomas. La marca de coche que elijo comprar no es un asunto importante moral y personalmente. Es importante que firme el contrato en mi sano juicio, libre de coacción y bien informado. Elegir el coche "equivocado" puede costar dinero, etc., pero es un asunto trivial. Firmar un consentimiento informado para una cirugía sin pensarlo mucho podría ser de mayor relevancia. Se trata de un ejemplo de "autonomía chapucera", cuando una persona elige sin hacer los esfuerzos adecuados para deliberar sobre la cuestión y actuar de acuerdo con sus propios valores. La autonomía es un ideal a cumplir. Se da cuando una persona actúa como agente con un conjunto de valores y responsabilidades, haciendo esfuerzos razonables para examinar los valores y las opciones significativas existentes a la luz de estos valores.

Los animales y los niños pequeños están autodirigidos. Existe un valor moral en la vida natural de los animales, y también otro relativo a la dignidad en la autodeterminación de los niños y los dementes. No los obstaculizamos a menos que sea para protegerlos a ellos mismos y a los demás. Toda medida adoptada libremente por un ser humano informado y competente es voluntaria. Pero no todas las acciones

voluntarias son autónomas. Pero en nuestras leyes tratamos todas las acciones voluntarias como autónomas. Esto es fuente de mucha confusión. Todas las acciones autónomas son también voluntarias y autodirigidas. Pero no al revés.

Si a un paciente del hospital se le sirve una comida que no había pedido, se lesiona su voluntariedad, no su autonomía. Pero si ese alimento está prohibido por su religión, o si se le pone un tratamiento médico que no quiere, su autonomía se ve lesionada. La atención médica siempre está tocando la autonomía personal. Otras elecciones en la vida pueden ser triviales.

Beauchamp y Childress se centran estrictamente en la toma de decisiones personales en medicina (por ejemplo, ¿debe uno consentir en participar en una investigación?). En mi trabajo reciente destaco cada vez más el papel de las decisiones autónomas y su influencia efectiva en la sociedad (y en la regulación de la asistencia sanitaria), así como el papel del agente autónomo como ciudadano comprometido en la democracia.

DG. *Has escrito que el respeto a la autonomía siempre está entrelazado y depende del "respeto a la dignidad humana, la virtud de la prudencia y las actitudes de caridad y humildad".*

MB. Sí. En teoría, una persona puede elegir de manera autónoma modos de vida egoístas o depredadores (por ejemplo, el nazi) y hacer elecciones coherentes dentro de este sistema de valores. Esta forma de vida no es prudente (el nazismo no tuvo mucho éxito...). La prudencia podría ser mucho más sutil en la vida. En la era del calentamiento global, buscar la excelencia en las carreras de automóviles podría no ser prudente.

La bioética destaca el "respeto a la dignidad" como la consideración y protección que se debe a los seres humanos. Hay un segundo aspecto de la dignidad: el comportamiento que se espera de las personas porque están dotadas de dignidad. Hablo de "ética centrada en el paciente" para el primer tipo de respeto a la dignidad, y de "ética centrada en el agente" para el segundo tipo. Hay un tercer significado de dignidad que proviene del concepto bíblico de "dominio" sobre la naturaleza. Se trata de la realización personal y cultural a través de la cultura material - el viaje a la luna, las obras de arte, el atletismo y los logros similares. Kant habló de los deberes de cada uno con sus talentos. De hecho, gente como Napoleón tenía grandes talentos y oportunidades especiales. Esto no significa que Napoleón tuviera el deber, ni siquiera el permiso, de llevar a cabo sus campañas militares. La dignidad humana está relacionada con la ambición, la innovación, la emoción, y el modo como afectan a todas las capacidades humanas, tanto físicas como mentales. Si pensamos en las carreras de coches en estos términos, caeremos en la cuenta de que podemos lograr objetivos no menos magníficos y emocionantes en cuanto a la excelencia humana, con objetivos más modestos en términos de contaminación, etc. Hay algo en el espíritu de la dignidad humana que conecta los tres planos (la ética centrada en el paciente, la ética centrada en el agente y la excelencia en los logros). Hay más valor en los logros que benefician a la humanidad, y necesitamos mucha humildad antes de promover grandes proyectos cuyos efectos secundarios inesperados podrían ser devastadores.

La "humildad" y la "caridad" son elementos necesarios al juzgar los proyectos que hacen los demás.

Los moralistas hablan del "principio de precaución". Sin embargo, la dignidad a menudo exige valor y riesgo. El equilibrio es sutil y difícil de lograr. Mucha gente señala el aire limpio y el silencio logrados durante el confinamiento por el coronavirus. Esto es excelente para el medio ambiente. Pero ¿hemos buscado realmente eliminar tanta actividad humana? ¿Son triviales todas las actividades que normalmente producen contaminación? ¿Son la salud y el medio ambiente (los principales valores de la bioética) los objetivos últimos de la humanidad (y por tanto de la moralidad)?

DG. *Uno de los elementos de la forma de pensar americana en bioética que más has criticado ha sido el consentimiento informado.*

MB. Sí. Pero sobre todo critiqué un libro de una eticista británica (Onora O'Neill) que trataba el CI como una dispensa. Esto significa que para evitar la intromisión en la vida de las personas (tocar el cuerpo, etc.), es necesaria una dispensa para que los médicos puedan tocar a los pacientes. Creo que esto es absurdo y se da de bruces con la historia. Más bien, históricamente, ha habido la fuerte presunción de que los médicos están obligados a tratar a quienes los necesitan, especialmente a aquellos cuya vida está en peligro. En mi libro muestro que el consentimiento depende del contexto, y que el consentimiento para el contrato comercial, el consentimiento para la atención médica y el consentimiento para el sexo han sido contruidos de manera muy diferente en los sistemas legales occidentales. Creo que la bioética angloamericana ha contruido el consentimiento informado en "bioética" siguiendo el modelo jurídico contractual, lo que constituye un gran error. No se trata de conservadurismo frente a liberalismo. Es algo mucho más profundo. Incluso los liberales más celebrados no defienden la capacidad personal de vender un riñón para la investigación veterinaria. Los bioeticistas "liberales" no sugieren que el seguro médico pueda ofrecer dinero en efectivo a los pacientes enfermos a cambio de que renuncien a su derecho a recibir cuidados intensivos. Esos planes son legales y sensatos en otras situaciones, pero no en relación con la vida y el cuerpo.

DG. *Esto te ha llevado a criticar los "códigos de ética", viéndolos como legalistas y minimalistas.*

MB. He participado en la redacción de códigos de ética (los Códigos israelíes de cuidados paliativos, y de medicina laboral). Estos códigos ayudan a muchos profesionales de la salud y se ajustan a la mentalidad de muchas personas. Pero no sustituyen a la ética como forma de vida, como modo de razonamiento. Tratar con códigos conlleva el riesgo de dejar atrás la reflexión crítica. Los códigos son una prescripción. La reflexión crítica suele estar alejada de las recomendaciones prácticas, pero es esencial para cualquier cambio fundamental y de largo recorrido.

Los códigos sobre la selección de pacientes para aplicarles respiradores durante la epidemia del coronavirus pasan por alto cuestiones como la preparación para los desastres y el binomio medicina privada y medicina pública. Como muchos médicos, tengo un bloc con tablas y fórmulas en mi bolsillo. No sustituyen a los libros de texto y al razonamiento clínico. Los códigos de ética sirven como tales blocs de notas.

DG. *Tú has sido uno de los promotores en estos últimos años de la "ética de la virtud", más que la ética basada en códigos, porque la ves más "orientada a la excelencia".*

MB. El discurso de la bioética se ha preocupado demasiado por la dignidad frente a las finitudes humanas. El libro de George Kateb *Human dignity* alaba lo opuesto de la

"dignidad" - la ambición, la grandeza. Muestra cómo las luces eléctricas, las hazañas como la capilla Sixtina, la escalada al Everest y la reconstrucción del ADN del Neandertal son manifestaciones de la "dignidad humana".

Sin embargo, no todos los logros magníficos son "dignos", en términos de excelencia humana como criatura social. La excelencia en la cría de perros feroces no se compagina bien con la "virtud". Sin embargo, la victoria sobre la hambruna le debe mucho a la plantación de cepas resistentes de grano. Los desafíos científicos y personales pueden ser idénticos en ambos proyectos de cría, pero sólo el último expresa el lado social y político de la agencia humana.

En mi libro señalo las grandes habilidades y logros de Napoleón, afirmando que podría (y debería) haber encontrado maneras de lograr la "grandeza" que no implicasen la matanza de tanta gente. Aquí, los códigos vuelven al primer plano. Si tomamos las listas de derechos humanos como "códigos", podemos ver que establecen la dirección y los límites de la búsqueda de la "grandeza humana".

DG. *Durante los últimos años, has estado colaborando con Margherita Brusa en algunos trabajos muy interesantes. Algunos de ellos, sobre la deliberación como forma de situarse más allá de la ética de la virtud y de los códigos de práctica médica.*

MB. Margherita es mi esposa. Ambos estudiamos con el Prof. Diego Gracia, aunque en diferentes períodos de tiempo. Un concepto clave que ambos aprendimos fue la "deliberación". Hemos trabajado para expandir su alcance a través de la psicología moral.

En primer lugar, es crucial diferenciar los tipos de deliberación. La deliberación moral es diferente de las deliberaciones políticas y de negocios. La ética de la virtud es bastante individualista como ética centrada en el agente, incluso cuando está orientada hacia el otro; es menos formal o verbal. Sin embargo, en la atención sanitaria contemporánea, los equipos comparten la responsabilidad y deben actuar al unísono, incluso si los miembros del equipo albergan valores diferentes y proceden de orígenes distintos. La deliberación moral es la plataforma en la que los actores comparten sinceramente sus valores, pensamientos y respuestas a los problemas. También hemos escrito sobre el hecho de que la experiencia acumulada de deliberar sobre muchas situaciones que tienen que ver con la vida, la muerte, el sufrimiento y similares, es muy propicia para el crecimiento personal. Llamamos a la deliberación moral "compartir la conciencia", no porque todos piensen de manera similar, sino porque todos expresan la verdad de su corazón.

Consideramos que la apertura a la persuasión y la motivación para persuadir a otros son esenciales. Si un deliberante no está abierto a la posibilidad de cambiar de opinión, fracasa en el ideal de la deliberación moral. En política está bien intentar persuadir sin estar dispuesto a escuchar a los demás, o hacer tratos con otros. Sin embargo, estas actitudes fallan en el ideal de la deliberación moral. La deliberación reintroduce la articulación verbal en la ética de la virtud. Nos reconecta con la consideración del habla en relación con *imago Dei* (como enseñan los rabinos talmúdicos). Los códigos de ética también deben ser producto de la deliberación. Deliberar en el marco de los códigos y leyes sin posibilidad de cuestionarlos es otro fracaso del ideal de deliberación.

DG. *Como especialista en ética judía, has analizado la literatura rabínica sobre temas bioéticos (por ejemplo, la clonación).*

MB. He escrito dos libros sobre la ética rabínica. Mi análisis viene desde la perspectiva de la historia social y la historia comparada de las ideas. Por ejemplo, cuando debatí las actitudes rabínicas sobre la emisión de semen para el análisis médico, pregunté: ¿cuáles eran las tecnologías médicas y el conocimiento sobre esto cuando la discusión rabínica se desató (a finales del siglo XIX)? ¿Qué dijeron los moralistas occidentales y cristianos de la época? ¿La literatura popular (por ejemplo, la medicina popular judía) está en línea con la enseñanza rabínica?

DG. *Existe la impresión, al menos en el mundo católico, de que la tradición judía (especialmente la literatura rabínica y responsa) es fuertemente legalista y ritualista. ¿Es cierto?*

MB. Creo que hay un gran malentendido aquí. En primer lugar, la literatura de los *responsa* es sólo una de las caras del judaísmo tradicional. El misticismo, la religión popular, las instituciones sociales son otras caras. A menudo chocan entre sí. La literatura *responsa* es muy indulgente con el aborto; místicos, teólogos e instituciones rabínicas se oponen a él con un fervor casi cristiano. Este es un ejemplo.

La literatura *responsa* es altamente legalista en su estilo de razonamiento. Esto se evidencia más en los temas rituales y tabúes religiosos (por ejemplo, cómo limpiar la lechuga de los insectos). Pero cuando las cosas tienen que ver con la vida, la muerte y con el sufrimiento, la máxima legal que prevalece es que uno debe ceñirse a la ley tanto como sea posible para satisfacer "la gran necesidad humana". La ley formal deja mucho espacio para la elección personal en cuestiones que la ética católica no tiene. Por ejemplo, desconexión del soporte vital, FIV, anticonceptivos, interrupción del embarazo, etc.

DG. *En tu libro sobre bioética judía discutes cuestiones como el aborto, los tratamientos de infertilidad, el debate sobre la muerte cerebral y el mercado de órganos. ¿Hay un enfoque específico de todos estos problemas en la tradición judía?*

MB. Es muy difícil dar una respuesta breve. Creo que mientras que la bioética occidental se ha desarrollado a la sombra de catástrofes y fracasos científicos (por ejemplo, la medicina nazi, el estudio de la sífilis de Tuskegee, la eugenesia), los rabinos siempre han considerado que estas cuestiones no son "suyas". Han visto los crímenes médicos como pecados de "otros" y han dado por sentada la tradición judía por encima de tales fracasos. Los judíos han aprendido a temer el antisemitismo y los grandes "ismos", como el comunismo, pero no han llegado a temer a la tecnología como tal. El peligro se ve más bien en la anarquía, los regímenes malvados y las fuerzas brutales de la naturaleza (enfermedades, desastres naturales); la esperanza de hacer frente a estos peligros se pone en la innovación tecnológica.

Los rabinos han estado abiertos a la FIV, a la investigación con células madre, etc.

DG. *¿La idea de "pueblo" o "comunidad", tan fuerte en la historia judía, tiene importantes connotaciones y consecuencias en la vida práctica, y especialmente en la responsabilidad comunitaria de la atención sanitaria y el cuidado caritativo de los enfermos?*

MB. En efecto. He dedicado gran parte de mi investigación a las "sociedades de asistencia a los enfermos" que funcionaban en las comunidades judías desde finales de la Edad Media. Formaban parte del mundo rabínico, pero dirigidas por voluntarios laicos, con su propia literatura y prácticas vernáculas. Estas sociedades se inspiraron en los gremios cristianos (principalmente en España) y constituyeron una institución social muy original. Con el advenimiento de la medicina científica moderna y el estado social, casi desaparecieron. Es un ejemplo de una "ética judía" que es 100% tradicional, pero que no forma parte de la literatura rabínica ni del sistema legal. La cultura occidental tenía sus propias tradiciones de cuidado, desde las parteras populares hasta las órdenes monásticas. Hay que esperar a que los estudiosos incorporen estas tradiciones en las narrativas de la atención y la ética del cuidado.

DG. *Supongo que la "secularización" de la cultura occidental de los últimos siglos ha cambiado o está cambiando la forma de pensar sobre los asuntos morales también en el pueblo judío. ¿Es cierto?*

MB. Creo que sí. Las sociedades de atención a los enfermos tenían un fuerte espíritu de solidaridad (sin utilizar la palabra), en el que se daba preferencia a los pobres; y el deber de atención (por ejemplo, los turnos nocturnos junto a la cama del enfermo) era un deber inalienable de todos los miembros capaces de la comunidad. Con la disolución de las comunidades judías tradicionales (holocausto, emigración de los judíos a Israel y a los países occidentales) el pueblo judío ha pasado rápidamente de la pobreza extrema a la riqueza, incluso a la opulencia. Abrazan cada vez más el neoliberalismo...

DG. *En tu libro Human Dignity, Human Rights, and Responsibility: The New Language of Global Bioethics and Biolaw, has acuñado las expresiones "el ethos de la dignidad humana", y "el más firme estatus moral". Para alcanzar este estatus, la dignidad humana debe ser reforzada y protegida mediante la conversión de los valores humanos básicos en derechos humanos. ¿Podría explicar el contenido de esta expresión: "El espíritu de la dignidad humana"?*

MB. El *ethos* es un conjunto de ideas, una visión que no tiene un solo autor/autoridad detrás, ni tampoco límites claros (esto se ve, por ejemplo, en el debate sobre la condición de persona del embrión), pero tiene un núcleo de significados entrelazados en las narrativas. El amor romántico es una especie de *ethos*. El neoliberalismo es otro. Sostengo que todas las tradiciones que hablan de la dignidad humana comparten la idea central de que el ser humano individual tiene una posición moral especial y que esta posición especial se comparte por igual entre todos los individuos humanos.

Pienso que es posible rastrear algunos elementos que existen en todas (o casi todas) las narraciones de la dignidad humana, y desarrollo estos puntos. Una cuestión es la "inocencia moral", entendida como una forma de vida que no requiere depredación. La gente a menudo explota a los demás. Sin embargo, nadie piensa que el canibalismo o la violación o el "vampirismo" en las relaciones laborales sean necesarios para la supervivencia y mejora del ser humano. Las competiciones de suma cero por la supervivencia son raras excepciones, no el modo de vida humano. La mayoría de las crías de animales mueren antes de su madurez. Es imposible concebir un mundo en el que ningún animal sea comido por otro. Es posible imaginar un mundo en el que la explotación y la matanza de seres humanos sea necesaria para la supervivencia de los demás seres humanos. En las sociedades no humanas, es natural que los vulnerables sean presas de los otros. Por eso el *ethos* de la dignidad humana es un

cambio radical en la percepción de la naturaleza humana. Este *ethos* no se desarrolló a partir de la observación de los fenómenos naturales. Es un invento cultural.

En mi libro, hago dos cosas complementarias. Primero, reconstruyo la "dignidad" a partir de diversas narrativas. Luego exploro filosóficamente lo que implica desarrollar una vida digna en términos de excelencia e inocencia moral.

DG. *Te ha interesado mucho la relación entre el arte y la medicina. Has escrito algunos artículos sobre las relaciones del arte contemporáneo con la ética de la anatomía.*

MB. Sí. También he escrito sobre arte y medicina social y sobre Goya y la buena muerte y la relación médico-paciente. El arte nos ayuda a realizar *thick descriptions*, tomando prestado el lenguaje de Greertz, en temas de bioética.

DG. *Has colaborado en una monografía sobre la artista israelí Aya Ben Ron, explorando su percepción de la muerte y la moralidad y el tema de la memoria colectiva inconsciente del dolor.*

MB. Sí. Se ha convertido en una amiga, una artista de mi edad y contexto cultural. Combina diferentes medios para tratar temas relacionados con el dolor, el trauma y la curación. Ella representó a Israel en la última Bienal de Venecia, y tuve el privilegio de ayudarla un poco.

DG. *El objetivo principal y más importante de la ética es la promoción de la responsabilidad en los seres humanos. En tus escritos sobre la categoría de responsabilidad has distinguido tres etapas en su desarrollo. ¿Podrías explicarlas?*

MB. Las tres etapas se remontan a la filosofía francesa de principios del siglo XX. Su introducción en bioética fue iniciativa de Fabrizio Turoldo. Me pidió que escribiera con él un trabajo sobre ello y esto me introdujo en el tema. Luego he incorporado las ideas de los psicólogos Staudinger y Sternberg. Hay tres condiciones para la responsabilidad personal: la humanización (en tanto que humanos somos responsables, no animales o demonios, etc.); la individuación (porque cada individuo humano es responsable de sus acciones, en gran medida a expensas de la responsabilidad del grupo) e la interiorización (es decir, cada persona reconoce su responsabilidad y se identifica con sus responsabilidades). He trabajado mucho esta última parte: cómo cada persona es un lugar único de responsabilidad. Cada persona tiene un conjunto diverso de responsabilidades. Por ejemplo, tengo responsabilidades con mis pacientes, mis hijos, mis amigos, mi trabajo, mi comunidad, mi mascota, etc. La organización y priorización de estas responsabilidades es clave para la identidad personal.

DG. *El año pasado organizaste un simposio sobre "Medicina personalizada" en la Academia Pontificia de Ciencias, en el Vaticano. ¿Será la medicina del futuro?*

MB. En el pasado la medicina apenas podía hacer nada biológicamente beneficioso. Hoy en día, muchas intervenciones "basadas en pruebas" tienen un impacto "estadísticamente significativo" en la salud. Tal vez demasiadas. La medicina clínica consiste en encontrar esas pocas intervenciones que nos ayudan sustancialmente, que no nos abrumen como agentes, que no nos esclavizan a los regímenes de salud y que no nos distraen de nuestras responsabilidades y proyectos de excelencia. La

adherencia a la atención médica es ya en sí un gran problema. La medicina personalizada sigue añadiendo elementos que parecen excesivos para que las personas sean capaces de manejarlos. Quienes se enfrentan a una crisis vital de corta duración (por ejemplo, un cáncer de pulmón) pueden beneficiarse mucho de la interrupción de su vida ordinaria sometiéndose a un proceso de medicalización total de su existencia. Pero esta no parece ser una buena recomendación para la vida ordinaria. Creo que la medicina personalizada está llamada a jugar un papel importante en el autocuidado de los ricos. Funciona como una marca y abastece a aquellos que buscan trajes hechos a medida. Pero no hay indicios de que vaya a mejorar los determinantes sociales de la salud. Estos son los verdaderos factores de nuestra salud y del cuidado de la salud. La medicina personalizada observa las diferencias entre los individuos; sin embargo, nuestros cuerpos, mentes y salud evolucionan en entornos compartidos. La medicina social sigue siendo relevante, a pesar de que aún no habla el lenguaje de la medicina personalizada.

DG. *Tú estás profundamente ligado a la cultura mediterránea, especialmente a Italia. Por otro lado, conoces muy bien España y la cultura española. ¿Cuál crees que es el papel de la cultura mediterránea en el campo específico de la bioética? ¿Podríamos hablar de algo "específico"?*

MB. No estoy seguro de conocer mucho España o Italia..., ni incluso Israel. Admiro a España por su suave transición a la democracia y su búsqueda de la paz, incluso tras los ataques terroristas de 2004. Admiro a Italia por su fuerte gobierno local – el buen funcionamiento de muchas de sus comunidades, incluso cuando el propio Estado sufría el fascismo, o la inflación, o muchos otros problemas estructurales. Creo que las culturas del Mediterráneo han sido siempre bastante pragmáticas y sincréticas, rápidas en adoptar nuevas ideas y tecnologías. España, Italia e Israel han suscrito la cultura de los derechos humanos posterior a la Segunda Guerra Mundial, a la vez que cultivan sus ricas y vigorosas tradiciones locales que dotan de fuerza y vigor al contenido más abstracto de las leyes y principios sobre "el ser humano".

Discriminación por creencias religiosas

José Felipe Solsona Durán

Introducción

Los Testigos de Jehová son una denominación cristiana milenarista y antitrinitaria surgida dentro del frondoso tronco del cristianismo. Basa su doctrina en la lectura directa de la Biblia y tiene como propósito santificar el nombre de Jehová. Compuesta por 8.700 millones de seguidores, está distribuida por 240 países.

Los Testigos de Jehová rechazan las transfusiones de sangre debido a razones religiosas, ya que afirman que tanto el Antiguo como Nuevo Testamento mandan abstenerse de la sangre. Creen que la sangre es la sede de la vida y consideran preceptivo el mandato bíblico de abstenerse de la sangre por respeto a Dios, origen de la vida. Este rechazo de las transfusiones de sangre, incluso aunque de ello dependiera su vida, ha tenido como consecuencia la muerte de un cierto número de personas. Desde 1961, la aceptación de sangre por parte de un miembro es motivo de expulsión de la comunidad religiosa. La donación de órganos es en la actualidad, sin embargo, una decisión personal, siempre que no incluya transfusiones de sangre.

Las propias comunidades de Testigos de Jehová han establecido un sistema de comunicación con el personal sanitario de los hospitales a través de los llamados "Comités de enlace". Estos acompañan a los pacientes durante su estancia, para ayudarles en sus decisiones. Con frecuencia se ha planteado el problema de si se trata de una mera ayuda o si, por el contrario, a veces se convierte en un medio de presión para que no transgredan sus preceptos religiosos, ya que en caso contrario serán excluidos de la congregación, lo que puede tener graves consecuencias sociales, laborales e incluso familiares para los pacientes.

Caso clínico

Mujer de 50 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Testigo de Jehová. Sin hábitos tóxicos.

Antecedentes Patológicos

- Hipertensión arterial diagnosticada en 2009. En tratamiento con tres fármacos. Buenos controles ambulatorios (130/85 mmHg).
- Obesidad.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Bacteriuria por E. Coli y C. Koseri MS. Finalizado tratamiento con amoxicilina/clavulámico.
- Enfermedad renal crónica no filiada en estadio V desde el año 2011. Trasplante renal de donante en muerte encefálica el 13/07/2019.
- Hiperuricemia en tratamiento con alopurinol.
- Anemia crónica en tratamiento con eritropoyetina.
- Alteraciones del Metabolismo fosfocálcico en tratamiento.

Enfermedad Actual

Acude a urgencias por 2 episodios de rectorragias el día 31/07 que le despiertan por la noche. Tras las dos deposiciones no claramente melénicas, con restos sanguinolentos sin coágulos, presenta mareo e inestabilidad sin pérdida de conocimiento, por lo que acude a urgencias. A su llegada esta hemodinámicamente estable, pero presenta episodio de hipotensión 80/20 mmHg que se resuelve tras colocarla en posición de Trendelenburg. No se objetiva nueva exteriorización hemática. Se coloca SNG con salida de bilis, sin restos hemáticos. El día 01/08 por la mañana padece 4 episodios de rectorragia franca de sangre roja abundante, con anemia y hemoglobina de 7.8 g/dl (a su llegada, 9.2 g/dl). Se realiza angioTAC abdominal que muestra sangrado activo a nivel de colon derecho, motivo por el que nos avisan para su valoración y su ingreso en UCI.

Exploración física

Paciente con presión arterial de 120/75 mmHg, taquicárdica (105 lpm) en ritmo sinusal por monitor. Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, con heridas quirúrgicas con buen aspecto, aún con grapas. Eupneica en reposo, con saturación de oxígeno basal 100%.

Pruebas Complementarias

- Analítica al ingreso en urgencias 31/07: glucosa 149mg/dl, urea 278 mg/dl, creatinina 8.79 mg/dl, filtrado glomerular 5ml/min, Na 135mmol/l, K 4.13mmol/l, PCR 1.8mg/dl, hemoglobina 9.2gr/dl, hematocrito 27.1%, leucocitos 7760/UI, plaquetas 135000, tiempo de protrombina 87.8.
- Analítica al ingreso en UCI 01/08: hemoglobina 6.1gr/dl, hematocrito 18%, leucocitos 6390/UI, plaquetas 114000 /mcl.
- GSA al ingreso en UCI: pH 7.30, HCO₃ 11.9mmol/l, pCO₂ 24.6mmHg.
- Sedimento de orina 30/07: Abundantes leucocitos y hematíes, escasas bacterias.
- TAC abdominal 01/08: Se identifica la presencia de un foco de sangrado activo intraluminal en disposición cecal, sin reconocerse lesión intraluminal/mural asociada. Podría tratarse de un sangrado asociado a una angiodisplasia. No se identifican otros puntos de sangrado. Portadora de injerto renal en fosa iliaca derecha. Probable seroma en planos superficiales en hipogastrio. Colelitiasis. Resto, sin focalidad significativa en este contexto.

Se indica transfusión de concentrados de hematíes para optimizar su estado, tanto en caso de endoscopia como de hemorragia masiva, pero la paciente lo rechaza por motivos religiosos, a pesar de habersele explicado exhaustivamente los riesgos de no transfundir en una reunión privada con ella. El tratamiento de elección es una endoscopia baja, pero la paciente no está preparada y el médico endoscopista considera muy escasas las posibilidades de resolución. Ante esta situación, se habla con el hospital de referencia, para su traslado y embolización, pero se niegan a aceptarla por su negativa a recibir transfusión de hemoderivados. Se comenta el caso con el servicio de Cirugía general, ante la posibilidad de tenerla que intervenir quirúrgicamente en caso de no cesar el sangrado. Se administran 1000 mg de ácido tranexámico y 2000 mg de fibrinógeno.

Al día siguiente (2/08) se prepara para colonoscopia, evidenciándose abundantes restos hemáticos y dos úlceras fibrinadas de 10 y de 25 mm sobre la válvula ileocecal.

Se procede a colocación de clips hemostáticos. La hemoglobina en el momento de la realización de la prueba es de 3.8 gr/dl.

Cuatro días después la paciente es dada de alta. Ni en el informe de alta, ni en las anotaciones de la historia clínica consta el rechazo por parte del hospital de referencia al ingreso para realizar la embolización.

Problemas éticos identificados

- ¿Cuál debe ser la actitud del médico responsable del paciente ante la negativa a realizar una embolización por parte del hospital de referencia?
- En el caso de riesgo de muerte, ¿debe prevalecer la vida sobre cualquier otro valor?
- ¿Existe una discriminación negativa hacia los testigos de Jehová, a causa de su negativa a recibir transfusión sanguínea?
- ¿Debe admitirse una discriminación positiva hacia los testigos de Jehová como compensación a la discriminación negativa que históricamente han recibido?
- ¿Puede el personal sanitario hacer objeción de conciencia?
- ¿Existe criptoobjeción de conciencia debido a que la actitud del personal sanitario supone más un acto de medicina defensiva, que una verdadera objeción moral?
- ¿Es la paciente competente para tomar esta decisión, debido a que presenta una hemoglobina de 3gr/dl?
- ¿Existe una coacción por parte de la comunidad religiosa de los Testigos de Jehová para que el paciente no cambie su decisión de no recibir transfusión sanguínea?
- ¿Deberían reflejar la historia clínica y el informe del alta de la paciente la negativa del hospital de referencia a realizar la embolización, así como el motivo en que basa su decisión?

Problema ético a analizar

¿Cuál debe ser la actitud del médico responsable del paciente, ante la negativa del hospital de referencia a realizar el procedimiento de embolización?

Valores en conflicto

Los valores en conflicto son la vida, por un lado, y las creencias religiosas, por el otro.

El médico del hospital de referencia fue de la opinión de que no debía ponerse en peligro la vida de la paciente, debiéndose realizar inmediatamente una transfusión sanguínea, no recurriendo a procedimientos como la embolización, mucho más costosos, lo que supone un mayor consumo de recursos.

El médico responsable de la paciente antepone, por el contrario, la libertad y el respeto a las creencias religiosas a la vida, en una paciente que considera competente.

Cursos extremos de acción

El primero sería optar por el valor vida, realizando una transfusión sanguínea que al mismo tiempo supondría un menor consumo de recursos. De esta manera la paciente podría ser dada de alta de UCI más precozmente.

El otro curso extremo sería optar por el respeto máximo de la autonomía de una paciente competente, y por tanto de su creencia religiosa, no realizando la transfusión sanguínea, aunque esto tuviera como consecuencia la muerte de la paciente. En la práctica, esto llevaría a realizar una embolización en el hospital de referencia, ya que ello permitiría frenar la hemorragia, evitando la necesidad de transfusión sanguínea.

Cursos intermedios

- Volver a insistir en llamar al hospital de referencia para convencer al jefe de guardia de la necesidad de llevar a cabo la técnica de embolización.
- Persuadir al jefe de guardia de que los valores de los pacientes autónomos y competentes deben ser respetados y que tienen derechos recogidos en la Constitución.
- Exigir al jefe de guardia del hospital de referencia el envío por escrito de la negativa a la realización de la prueba y los motivos.
- Comentarle que esta negativa quedará reflejada en la historia clínica de la paciente.
- Amenazarle con poner en conocimiento de la autoridad judicial su negativa a realizar la prueba.

Curso óptimo

Debe empezarse poniendo en práctica las medidas menos coercitivas, que posiblemente serán suficientes, pidiéndole que envíe por escrito su negativa, informándole de que el hecho constará en la historia clínica y comentándole que la paciente tiene derechos reconocidos que no pueden ser vulnerados.

Si estas medidas no fueran eficaces, anunciarle que el asunto se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial.

Pruebas de consistencia

El curso óptimo adoptado es legal, lo podemos defender y argumentar públicamente y se realizaría de igual modo en cualquier otro momento temporal.

Reflexiones finales

Existe en nuestros hospitales una discriminación negativa histórica hacia los Testigos de Jehová, por el hecho de no respetar sus valores cuando se niegan a recibir transfusiones sanguíneas. Ello es debido a dos motivos fundamentalmente. Por un lado, al conflicto de valores entre vida y libertad. Por el otro, el temor a recibir demandas legales por haber permitido una muerte que podría haber sido evitada fácilmente con una transfusión sanguínea.

De ambos motivos, el que más suele pesar en los profesionales es el miedo a la demanda judicial. De hecho, el conflicto de valores entre vida y libertad se da muy frecuentemente en nuestros hospitales, ya que se admite sin problemas legales ni morales la limitación de tratamientos y las voluntades anticipadas, aun en el caso de que estas lleven aparejada la muerte del paciente, debido a su deseo de no recibir más tratamiento. En ambos casos los pacientes rechazan o aceptan libremente tratamiento en función de sus valores.

El temor a las demandas judiciales es en mi opinión el detonante que hace que el profesional sanitario se niegue a respetar los valores de los pacientes. Se explica así

que en algún hospital haya órdenes explícitas por parte de gerencia de que la totalidad de un Servicio haga objeción de conciencia, en caso de que un Testigo de Jehová se niegue a recibir una transfusión sanguínea que precisa. De este modo, la objeción, que por su propia naturaleza no puede ser más que individual, se convierte en colectiva. Se trata de una expresión más de la medicina defensiva, en este caso encubierta bajo el ropaje de la objeción de conciencia, que, además, como no es una verdadera objeción “de conciencia”, debe considerarse “criptoobjeción”. Conviene saber que los Testigos de Jehová no buscan la confrontación con los sanitarios. Suelen ser muy cuidadosos de su salud y aceptan de buen grado la mayor parte de los tratamientos que se les proponen, exceptuando las transfusiones. Hasta la fecha nunca han emprendido acciones legales contra los sanitarios que han accedido a tratarles sin sangre.

Es frecuente que el respeto de los valores religiosos de los Testigos de Jehová genere un mayor consumo de recursos. En este caso concreto, la anemia crítica puede ser resuelta fácilmente, pero precisará de una mayor estancia en la UCI, mayor número de exploraciones complementarias, quizá procesos quirúrgicos, que cuando se requieren han de realizarse minimizando las pérdidas sanguíneas. Bien es verdad que esto último resulta deseable no solo en los Testigos de Jehová, sino en toda operación quirúrgica. Este conjunto de medidas particulares puede llevar a una discriminación positiva de estos pacientes. Estas discriminaciones positivas son no solo permisibles sino hasta necesarias para compensar otras discriminaciones negativas sufridas por esas personas o grupos a lo largo del tiempo. Tal es el caso de las cuotas de género en puestos laborales que han sido aprobadas por Ley Orgánica en 2007. En el presente caso, la posible discriminación positiva que haya podido existir con esta paciente, no hace sino compensar la discriminación negativa de que fue objeto por parte del médico del hospital de referencia.

Resulta obvio que para ejercer la paciente el principio de autonomía, debe poseer el máximo nivel de competencia, ya que rechaza un tratamiento claramente indicado. Para ello se han de seguir unos protocolos que garanticen la ausencia de coacción por parte de familiares o de miembros del grupo religioso, de modo que la decisión final sea auténtica. Esto exige dar la información en un entorno privado, evitando la coacción que pudieran ejercer familiares y comités de enlace. Podría llegarse a ofrecer a la paciente una transfusión sanguínea en el caso que la situación se agravase, con la promesa de que el acto quedaría en el ámbito privado entre el profesional y la paciente. Sin embargo, esto último es de difícil cumplimiento en el seno de un hospital público. Por otro lado, el nivel de hemoglobina de 3gr/dl pudiera ser un motivo para poner en duda su competencia, pero no hay que olvidar que la decisión se tomó con unos niveles aceptables de esta (9 gr/dl), y no hay motivo para pensar que hubiera cambiado después de opinión.

Por último, los cursos intermedios adoptados en este escenario clínico tienen como objetivo salvar los dos valores en juego, evitando los cursos extremos. El curso elegido por el médico del hospital de referencia es extremo, y resulta no solo inmoral sino también ilegal. Pero no lo es menos la del médico que propusiera la embolización pero no intentara persuadir a la paciente, haciéndole ver la gravedad de su situación. La conciencia clara por parte de los profesionales de que con esta paciente no se ha actuado con las normas morales exigibles, pudiera ser la causa que la negativa a realizar embolización por parte del hospital de referencia no conste en la historia clínica y tampoco en el informe de alta. Cualquier persona que lea el informe de alta podrá considerar intachable la forma de actuar de ese hospital, por más que su conducta haya estado muy alejada de la excelencia que la sociedad nos debe exigir.

La opinión del experto

Síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en los médicos de España

***Bouza E.¹, *Gil-Monte P.R.², Cortell-Alcocer M.³, Del Rosario G.⁴, González J.⁵, Gracia D.⁶, Martínez Moreno A.⁷, Melero Moreno C.⁸, Molero García JM.⁹, Montilla P.¹⁰, Peñacoba E.¹¹, Rodríguez Créixems M.¹², Rodríguez de la Pinta ML.¹³, Romero Agüit S.¹⁴, Sartorius N.¹⁵, Soriano JB.¹⁶, Palomo E.¹⁷**

***Ambos, primeros autores**

1.- Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Departamento de Medicina, Universidad Complutense de Madrid (UCM), Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, y CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES CB06/06/0058). Madrid.

2.- Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIPO), Universitat de València.

3.- Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Colaboradora de Ibermutuamur. Valencia.

4.- Periodista. Agencia EFE Salud. Madrid.

5.- Doctor en Farmacia. Universidad Complutense de Madrid.

6.- Catedrático Emérito. Universidad Complutense. Madrid. Presidente Fundación Ciencias de la Salud. Madrid.

7.-Psicólogo.Especialista en Psicología clínica. Consultor de Organización y Recursos humanos. Profesor Asociado de la Universitat de València. Director de Aduma-Psicología. Valencia.

8.- Servicio de Neumología e Instituto de Investigación (i+12) Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid.

9.- Médico de Familia. SERMAS. Secretario de SIME-CSIT Unión Profesional. Madrid.

10.- Médico especialista “senior” en Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Servicio de Microbiología Clínica del Hospital General Universitario “Gregorio Marañón”. Madrid.

11.- Abogado – Simmons & Simmons LLP. Sucursal en España. Madrid.

- 12.- **Especialista en Microbiología Clínica. Jefe de Sección (Jubilada). Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense. Madrid.**
- 13.- **Jefe de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.**
- 14.- **Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Madrid.**
- 15.- **Psiquiatra del Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE). Dirección General de Recursos Humanos. Consejería de Sanidad. Madrid.**
- 16.- **Epidemiólogo. Hospital Universitario de la Princesa. Universidad Autónoma de Madrid. Centro de Investigación en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Madrid.**
- 17.- **Doctor en Farmacia. Director Fundación Ciencias de la Salud. Madrid. España.**

Introducción

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) o “*Burnout*” es un problema de salud que puede afectar a profesionales de todo tipo, pero muy especialmente a aquellos cuya actividad guarda relación con el cuidado de seres humanos. Los profesionales de la salud están particularmente expuestos a este cuadro y los médicos son el prototipo de trabajador expuesto al mismo. Se trata de un problema de salud tremendamente destructivo que afecta a la vida laboral y personal, que lesiona la calidad del trabajo prestado y que deteriora los planos cognitivo y emocional del individuo, su vida familiar y hasta su salud física.

Pese a los muchos años transcurridos desde que se dio nombre a este síndrome, la información sobre el mismo es muy fragmentaria. Las definiciones no son precisas, el enfoque del proceso depende mucho de la perspectiva profesional de quién lo hace y no disponemos, por tanto, de una fotografía afinada y nítida del mismo.

Por este motivo, la Fundación de Ciencias de la Salud, que tiene entre sus objetivos la prevención de la Salud, ha reunido en torno a una mesa a profesionales conocedores de este cuadro desde muy distintas perspectivas: la Psiquiatría, la Psicología, la Medicina, los Sindicatos profesionales, la Epidemiología, el Derecho y la Propia Organización Médica Colegial. Se trataba de responder, desde cualquiera de los planos anteriores, a la situación del SQT entre los médicos españoles, poniendo encima de la mesa, no solo los limitados datos de que disponemos, sino también la opinión sobre los mismos de los participantes.

El formato que se eligió fue el de preparar una serie de preguntas que sobre esta situación se formulaban los miembros del Patronato de la Fundación a la que los participantes respondían con la mejor información de la que disponían. Se trataba de exponer no solo que sabemos, pero fundamentalmente lo que no sabemos sobre SQT en médicos españoles.

La reunión inicial se celebró en la Real Academia Nacional de Medicina el 29 de mayo de 2019 y el presente escrito pretende recoger lo esencial de lo allí discutido durante dicha jornada.

Todos los participantes lo hacían a título personal y sus opiniones no necesariamente representan las de las asociaciones y agrupaciones a las que pertenecen o en las que se integran. Este documento no pretende emitir guías ni recomendaciones sobre este tema sino proporcionar una visión de los distintos aspectos del mismo, resumir la situación española y expresar opinión.

Material y método

Las preguntas sobre SQT fueron elegidas por los miembros del patronato de la Fundación de Ciencias de la Salud con la contribución de un experto sobre el tema en España (PGM). Posteriormente fueron aceptadas por los participantes. Cada una de ellas tuvo un ponente que exponía su visión sobre lo preguntado y tras una discusión se consensuaba una conclusión sobre cada pregunta.

Los textos de las distintas intervenciones fueron revisados y aprobados por todos los participantes tras el necesario proceso editorial previo a la publicación.

Pregunta 1.- ¿Cuál es la mejor definición de síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) / Síndrome de Desgaste profesional / *Burnout*? ¿La definición y concepto de SQT, requiere algún matiz en su aplicación a la profesión médica?

Exposición

El concepto de “síndrome de quemarse por el trabajo” (SQT) o *burnout* se presenta como un concepto complejo de delimitar. Existe acuerdo en que se trata de: 1.- una respuesta al estrés laboral crónico, 2.- una experiencia subjetiva de carácter negativo que deteriora el plano cognitivo, emocional y actitudinal del individuo, 3.- que conlleva el desarrollo de conductas negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su medio laboral y hacia el propio papel profesional, y 4.- que se acompaña de alteraciones psicológicas y fisiológicas. Es un proceso que se desarrolla de manera progresiva y que se hace crónico⁽¹⁾. También existe acuerdo en que no es un problema psiquiátrico, sino una alteración del estado del ánimo, una disforia derivada de la actividad laboral⁽²⁻⁴⁾ que en ocasiones se acompaña de sentimientos de culpa⁽⁵⁾.

Sin embargo, las definiciones elaboradas para delimitarlo y diferenciarlo de otros problemas psicológicos y psiquiátricos son numerosas y dispares. La primera definición en una publicación de carácter científico fue elaborada por Freudenberg en 1974⁽⁶⁾ quien lo define como “fallar, agotarse, o llegar a desgastarse debido a un exceso de fuerza, demandas excesivas de energía o de recursos”. Esta definición se caracteriza por destacar como sintomatología más relevante el deterioro emocional y físico de la persona, pero no contempla otros planos de la psique que también se reconocen como síntomas del SQT en la actualidad, a saber, el plano cognitivo y el actitudinal.

Al igual que Freudenberg, otros autores han puesto énfasis en la definición del SQT el deterioro emocional y físico de la persona que lo desarrolla, restando importancia a otros síntomas relevantes que permiten diferenciarlo de otras alteraciones del estado de ánimo. Entre esas definiciones están la de Edelwich y Brodsky en 1980⁽⁷⁾ quienes lo definen como “una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos que aparece en los profesionales de ayuda como resultado de sus

condiciones de trabajo”, o la de Pines y Kafry en 1982⁽⁸⁾ que lo definen como “un estado de agotamiento mental, emocional y físico causado por el estrés emocional crónico resultado de la implicación excesiva con la gente durante largos periodos de tiempo”. Posteriormente, algunos autores han concluido que el síntoma más relevante del SQT es el deterioro emocional⁽⁹⁾. Esta perspectiva sobre el concepto del SQT está sustentada empíricamente por el tipo de cuestionario o escala utilizado para la evaluación, como la subescala de Agotamiento emocional del *Maslach Burnout Inventory* y el cuestionario *Burnout Measure*⁽¹⁰⁾. No obstante, la definición más extendida es la que se deriva de la estructura factorial del cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI), desarrollado por Maslach y Jackson en los años 80 del siglo pasado⁽¹⁰⁾. Como resultado de esa estructura, el SQT se define como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad”. Aunque posteriormente, tras el desarrollo de una nueva versión del MBI⁽¹¹⁾, el SQT pasa a ser definido como “un estado de agotamiento que se acompaña de cinismo sobre el valor de la profesión y dudas sobre la capacidad para desempeñar la actividad laboral”. El problema de esta definición es que ha sido elaborada desde el constructo, esto es, el concepto es resultado de una medida determinada y no de la conceptualización teórica y delimitación del fenómeno. Al adoptar esta definición se peca de reduccionismo, pues no se recoge el fenómeno en toda su amplitud. Esta forma de conceptualizar ha sido criticada porque lleva a una tautología, pues el SQT es lo que evalúa el MBI y el MBI es el instrumento para evaluar el SQT.

Conclusión

El SQT es “una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Se caracteriza por un deterioro cognitivo (pérdida de la ilusión por el trabajo o baja realización personal en el mismo), un deterioro afectivo (agotamiento emocional y físico), aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización, y, en algunos casos, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa.

PREGUNTA 2.- ¿Cuál es la dimensión del SQT en la profesión médica? ¿Tenemos datos mundiales, europeos y españoles?

Exposición

Conocer la magnitud del SQT es imprescindible para poder tomar medidas que mitiguen el desarrollo del síndrome. Sin embargo, los estudios realizados han sido muy diferentes en cuanto a la metodología utilizada y no permiten dar cifras comparables.

Cuando se introducen en PubMed las palabras “*Prevalence*”, “*Burnout*” y “*Physicians*” obtenemos 890 citaciones, pero en algunas de ellas, figuran también enfermeras y otro personal sanitario. Analizaremos los datos de los artículos con mayor número de individuos evaluados.

En los estudios de los Estados Unidos de América, destaca el publicado por Shanafelt y colaboradores⁽¹²⁾ realizado en junio de 2008, entre 7.905 cirujanos en el que encontraron una prevalencia de SQT del 39,6%. Los factores más asociados al cuadro incluían la edad, el tener hijos, el tipo de especialidad quirúrgica, el número de noches de guardia por semana,

las horas trabajadas y la facturación. Siguiendo con datos sobre cirujanos, Qureshi HA⁽¹³⁾, realizó un estudio entre septiembre de 2010 y agosto de 2011 entre 1.691 cirujanos plásticos activos en EE.UU. encontrando una prevalencia de SQT del 29,7%.

En otro estudio de los EE.UU, realizado sobre médicos en general y comparando los resultados con población control⁽¹⁴⁾, la prevalencia de SQT fue del 54% en los 6.880 médicos participantes. Tras la comparación con el grupo control, los médicos tenían un riesgo mayor de SQT y menores probabilidades de estar satisfechos en el binomio trabajo-vida. Además, la situación de los médicos era peor que la encontrada unos años antes, en 2011.

Otro subgrupo de interés es el de los médicos norteamericanos que se dedican a Cuidados Paliativos en los que la prevalencia de SQT fue del 61,9%, con agotamiento emocional en el 60% y despersonalización en el 24%⁽¹⁵⁾.

China, como representante del continente asiático, aporta el trabajo de Li y colaboradores⁽¹⁶⁾ que realiza un estudio en Pekin, utilizando el MBI-SS, en 211 hospitales con la participación de 2.873 anestesiistas, entre junio y agosto de 2015. Encuentra una prevalencia del 69% de SQT entre los anestesiistas chinos con un agotamiento emocional del 57%, una despersonalización del 49% y descenso de la realización personal del 57%. Realizan una regresión logística multi-variable y encuentran como variables independientes, asociadas al agotamiento, la edad, la categoría del hospital, las horas de trabajo por semana, el número de casos vistos al día y la calidad del sueño.

En Europa, Banerjee y col.⁽¹⁷⁾ realizaron un amplio estudio en el que analizan 595 jóvenes (< de 40 años) oncólogos europeos, utilizando la base de datos de la Sociedad Europea de Oncología Médica. Los médicos encuestados pertenecientes a 41 países europeos fueron distribuidos en 6 zonas de Europa: a.- Norte de Europa e Islas Británicas, b.- Europa del Este (Bielorrusia, Estonia, Letonia, Lituania, Georgia, Moldavia, Ucrania y Federación Rusa, c.- Europa del Sudeste (Albania, Bosnia, Bulgaria, Croacia, Chipre, Grecia, Israel, Macedonia, Montenegro, Serbia y Turquía), d.- Europa Central (Austria, Republica Checa, Alemania, Hungría, Polonia, Rumanía, Eslovaquia, Eslovenia y Suiza), e.- Europa del Sudoeste (Italia, Portugal y España) y f.- Europa Occidental (Francia, Bélgica y Luxemburgo). Según este estudio, el 71% de todos los médicos analizados mostraron evidencia de agotamiento, encontrando agotamiento emocional en el 45%, una despersonalización en el 50% y un descenso de la realización personal del 35% (Figura 1).

Figura 1.- Distribución regional de la prevalencia de SQT entre oncólogos jóvenes europeos.



Europa Central mostró la mayor prevalencia con el 84% y la menor Europa del Norte e Islas Británicas con el 52% y no se encontraron diferencias significativas entre mujeres (69%) y hombres (75%) ($p=0,12$).

En el mundo hispánico, Grau-Martin y col.⁽¹⁸⁾ estudian, vía online, a 11.530 trabajadores sanitarios de habla hispana de diferentes países que incluyen Argentina (7.503), México (1.125), Ecuador (593), Perú (494), Colombia (337), Uruguay (305), Guatemala (199), España (175), El Salvador (121) y otros (678). El estudio se llevó a cabo entre diciembre de 2006 y septiembre de 2007 (9 meses), utilizando el MBI más un cuestionario de elaboración propia. Los médicos eran 9.848 (85,4%), de diversas especialidades, el 49% eran mujeres, la edad media fue de 47 años y la mediana de experiencia profesional cercana a los 16 años. En este contexto, la prevalencia global de agotamiento encontrado fue del 11,4% y particularmente entre los médicos, del 12,1%. En el caso de España la prevalencia encontrada en este artículo fue del 14,9%, la más alta junto con Argentina (14,4%). En cuanto a las diferentes especialidades, los médicos de los servicios de emergencias (17%) junto a los internistas (15,5%) fueron los que presentaron prevalencias más altas y los anestesiólogos (5%) y dermatólogos (5,3%) las más bajas.

Este mismo autor⁽¹⁹⁾ realizó un estudio en la provincia de Gerona (España) en el que participaron 5 hospitales e incluyeron a 1.095 trabajadores sanitarios, de los que solo el 24,5% eran médicos. Los médicos presentaron niveles altos de agotamiento emocional (46,5%), valores medios de despersonalización (45,9%) y valores bajos de realización personal (37%).

Más recientemente, Riquelme y colaboradores en la provincia de Madrid⁽²⁰⁾, publican la prevalencia de SQT entre los médicos que tratan pacientes con dolor crónico en una Clínica del dolor. Para la evaluación se utiliza el MBI-HSS. De los 301 médicos participantes, 22 (7,3%) cumplieron criterios de SQT.

Mencionaremos, por último, un reciente metaanálisis realizado por investigadores de la Universidad de Harvard (Boston, Massachusetts)⁽²¹⁾ que analiza 182 estudios aparecidos en la literatura entre 1991 y 2018 y que incluyen 109.628 individuos de 45 países. El 85,7% de los autores utilizan alguna de las versiones del MBI para la evaluación, pero existe un enorme desacuerdo entre los diferentes autores con los criterios generales de las subescalas para definir agotamiento o no agotamiento. Solo el 67% de los artículos analizados informan sobre agotamiento global, el 72% sobre agotamiento emocional, el 68,1% sobre despersonalización y 63,2% sobre baja realización personal. Los autores del metaanálisis informan que se utilizaron, al menos, 142 definiciones únicas para cumplir los criterios generales de agotamiento y de las subescalas del MBI, la mayoría inconsistentes. Por toda esta heterogeneidad, solo realizaron una síntesis cualitativa del subconjunto de estudios grandes, con al menos 300 participantes, que incluyeron 45 estudios y 65.327 individuos de 20 países. A pesar de todo, los resultados mostraron prevalencias muy variables que van desde 0 a 80,5%. Lo mismo ocurre con los datos de agotamiento emocional (0-86,2%), de despersonalización (0-89,9%) y de realización personal (0-87,1%).

Conclusión

Los datos de SQT en el mundo, referentes a personal sanitario, están obtenidos con estudios muy variables en metodología y momento y se carece de información precisa en casi todas las naciones. Sin embargo, puede concluirse que donde quiera que se ha buscado y con las limitaciones mencionadas, las cifras de SQT resultan muy elevadas en los médicos de todos los lugares y especialidades.

PREGUNTA 3.- ¿Existe la simulación en este cuadro? ¿Hay un SQT ficticio y fraudulento?

Exposición

El Síndrome de SQT tiene una serie de características que dificultan su simulación:

- No es un proceso agudo, es una patología de instauración prolongada en el tiempo. Es un fenómeno progresivo en el que hay una adaptación psicológica paulatina ante requerimientos emocionales mantenidos en el tiempo.
- Es un proceso dinámico que se inicia, en la mayoría de los casos, por una situación de estrés con desajuste entre las demandas y los recursos del trabajador, seguida de una fase de agotamiento, llegando finalmente a la fase de despersonalización.
- Tiene una sintomatología muy variada que nos puede orientar al diagnóstico correcto de este síndrome:

Hay un predominio de síntomas afectivos relacionados con la depresión, la indefensión, el sentimiento de fracaso y la pérdida de autoestima.

Entre los síntomas cognitivos destacan las dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.

En cuanto a los síntomas conductuales, el sujeto pierde la capacidad para planificar, proyectar y plantearse metas.

Los aspectos sociales son importantes y entre ellos destaca el aislamiento. El paciente con un cuadro de desgaste profesional se presenta como alguien que tiende a aislarse y a encerrarse en su sentimiento de fracaso.

Las manifestaciones físicas más frecuentes son las cefaleas, los dolores musculares, la pérdida de apetito, las disfunciones sexuales y los problemas de sueño. También se asocia a un aumento del consumo de estimulantes y otras sustancias.

Revisando la sintomatología, observamos que los síntomas son progresivos y mantenidos en el tiempo, además es difícil conseguir una mejoría en el estado de salud del trabajador sin una intervención sobre los factores psicosociales que afectan su actividad laboral.

- Las consecuencias del síndrome son amplias e importantes y afectan, como ya hemos visto, a la salud mental y a la salud física, pero también a la calidad de vida y a la eficacia profesional del médico (satisfacción laboral, y calidad asistencial)⁽²²⁾.

En el hipotético caso de que existiera un Síndrome de Burnout ficticio, los objetivos que perseguiría estarían encuadrados en los siguientes:

- No asistir al puesto de trabajo. La Incapacidad Transitoria Laboral puede responder a la decisión tomada por el trabajador con un fin fraudulento y abusivo, ya que sin estar enfermo emplea una fórmula legalmente admitida para faltar al trabajo. Los factores psicosociales son, en muchos casos, los precedentes de conductas de absentismo y existen evidencias científicas que reflejan el efecto de los mismos sobre la frecuencia, duración e incidencia de la Incapacidad Transitoria. En general, los cuadros de Desgaste profesional tienen una repercusión en el estado de salud del individuo que conlleva un incremento del absentismo laboral, relacionado con trastornos musculoesqueléticos, depresivos y alteraciones psicosomáticas.

Hay estudios realizados en profesionales sanitarios que demuestran que la ambigüedad de rol predecía la frecuencia de las ausencias cortas en los doce meses siguientes, y la percepción de falta de apoyo por los supervisores predecía las ausencias de más de cuatro días, mientras que el cansancio emocional predecía las ausencias de más de siete días en los doce meses siguientes⁽²²⁾.

- Mejorar las condiciones de trabajo (adaptación/cambio de puesto de trabajo). Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (23) tienen entre sus deberes la atención del trabajador especialmente sensible. La ley de Prevención de Riesgos Laborales en su Artículo 25 habla de la Protección de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos y dice lo siguiente: “El empresario garantizará la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. Esto será tenido en cuenta en las evaluaciones de riesgos y, en función de éstas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias. Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial, debidamente reconocida, puedan ellos, los demás

trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro”.

El trabajador podría buscar una mejora en su puesto de trabajo, solicitando una adaptación o cambio del mismo por problemas de salud relacionados con el desempeño de su actividad laboral.

Conclusión

No hay datos en la bibliografía que nos permitan afirmar que existe la simulación como un hecho significativo en el Síndrome de Quemarse por el Trabajo o “Burnout”.

PREGUNTA 4.- ¿Cuáles son los factores predisponentes extrínsecos más claros? ¿hay factores intrínsecos?

Exposición

Consideramos que el SQT constituye una respuesta al estrés crónico como resultado del fracaso de las estrategias de afrontamiento que el individuo utiliza para gestionar el estrés laboral⁽²⁴⁾. En este sentido podemos identificar factores predisponentes extrínsecos, que se encuentran en los contextos de las organizaciones laborales, y otros factores intrínsecos que se relacionan con las capacidades y características individuales. El SQT requiere la confluencia específica de factores de los dos ámbitos combinados.

Entre los factores predisponentes externos podemos identificar los siguientes:

- Relación frecuente con estimulación de tipo aversivo. Es el caso de muchos profesionales sanitarios o de las personas que cuidan a otras en situación de dependencia.
- Relaciones de ayuda con personas (clientes) en contextos que requieren grados elevados de implicación. Ello supone la necesidad de disponer de capacidades que permitan gestionar de manera adecuada la implicación de forma que no sea excesiva, lo que aumentaría la identificación, o demasiado desapegada (evitativa), lo que comportaría despersonalización y, en algunas personas, la aparición de procesos de auto culpabilización.
- Problemas de diseño de la estructura de papeles de la que forma parte la persona profesional, de manera que se producen disfunciones del papel (“rol”), sobre todo relacionadas con el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga del mismo.
- Deterioro del clima de trabajo de manera que el apoyo social necesario no se encuentra disponible o no es adecuado para la situación.
- En general, aquellas situaciones sociolaborales que comporten sobrecarga cognitiva por diferentes causas que pueden dificultar la obtención de suficiente sensación de control de forma sostenida.
- Estructuras organizativas excesivamente jerarquizadas y rígidas que dificultan la participación y el reconocimiento adecuado de los esfuerzos. Especialmente importante son los patrones de motivación negativa en los que las personas

realizan la mayoría de sus esfuerzos para evitar consecuencias indeseables más que para obtener logros reconocibles.

- Cambios más o menos bruscos en las organizaciones que cuestionan las formas habituales de trabajo y que pueden facilitar la emergencia de dudas acerca de la adecuación y suficiencia de las competencias personales y profesionales disponibles.
- Estilos de dirección erráticos y excesivamente centrados en la tarea más que en las personas y en su desarrollo profesional.

Entre los factores intrínsecos se han identificado en la literatura los siguientes:

- Falta de confianza en las propias competencias ⁽²⁵⁾ lo que puede producirse como consecuencia de diferentes fracasos en el cumplimiento de las expectativas de eficacia. En este sentido esta situación puede verse amplificada por la existencia de demandas elevadas y recursos escasos de manera reiterada, lo que comportaría una menor autoeficacia como inicio del proceso del SQT.
- Baja autoestima.
- Características de personalidad tipo A.
- Dificultades de autogestión emocional que, en su forma extrema, puede adoptar las características de la incompetencia emocional.

Aunque se ha intentado en múltiples estudios establecer relaciones entre diferentes factores y características de personalidad y el SQT, no consideramos que se haya podido establecer una relación clara. Sin embargo, las condiciones laborales negativas (factores extrínsecos) sí que reiteran resultados significativos con relación al SQT.

Conclusión

La influencia de las características individuales (factores intrínsecos) es relevante y se pueden identificar algunos factores predisponentes, pero son los factores extrínsecos, las condiciones laborales, las que resultan más determinantes para padecer SQT.

PREGUNTA 5.- ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes? ¿Quién suele alertar primero sobre este diagnóstico?

Exposición

“Burnout” o SQT es un constructo diagnóstico caracterizado por la afección primaria de tres dimensiones de reacciones al estrés relacionado con el trabajo, principalmente descrito en trabajos que implican “cuidar de otros”, esto es: sanitarios, educadores, y otras personas que intervienen en diversas relaciones de ayuda (miembros de ONGs, trabajadores sociales, etc.) ⁽²⁶⁾

Una de sus principales características es la citada relación con el trabajo que se desarrolla. Aunque no puede definirse una causa, ni siquiera varias, los factores de riesgo se relacionan con factores laborales tales como la sobrecarga de trabajo exigente, tanto en lo técnico como en lo emocional, la escasa capacidad de control sobre él, la ausencia de apoyo y reconocimiento institucional, etc. Sus principales

repercusiones también son primariamente laborales, pero pronto se extienden a la vida personal, invadiendo diversos ámbitos del funcionamiento del afectado ^(27, 28).

Las descripciones del síndrome incluyen la aparición de al menos tres fenómenos: 1) agotamiento emocional, con un amplio cortejo de síntomas relacionados con él; 2) la despersonalización, caracterizada por el “distanciamiento” y una sensación de extrañeza frente a uno mismo y frente al ambiente en que se mueve; y 3) sensación de incapacidad e inutilidad del propio esfuerzo.

En estudios metodológicamente muy diferentes se habla de diferentes subtipos, desde el “frenético” al “desgastado”, o desde el “agotado” al “indiferente” y al “quemado”, con diferentes prevalencias de síntomas depresivos o ansiosos, y diferentes pronósticos⁽²⁹⁾. Los propios autores que los describen se plantean la posibilidad de que se trate de diferentes fases evolutivas o la combinación de estas con diferentes tipos de personalidad.

En cualquier caso, parecen ser los síntomas relacionados con el agotamiento emocional los primeros en aparecer. Entre ellos destacan alteraciones en el sueño, irritabilidad, dificultades para mantener la concentración, sensación de falta de energía, sensación de inutilidad del propio esfuerzo y de ineficacia, así como diversos síntomas somáticos⁽³⁰⁾.

Todos los síntomas iniciales de este síndrome son demasiado inespecíficos como para que tengan una alta validez diagnóstica en el ámbito clínico, sin embargo, deben ser entendidos como síntomas de alerta. Una vez establecida la sospecha clínica existen instrumentos basados en “clusters” de síntomas que permiten diferenciar este síndrome de otros con los que comparte síntomas, especialmente con el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno por estrés postraumático secundario y la “*compassion fatigue*”⁽³¹⁾.

Como en cualquiera otra área de la medicina el valor de un síntoma, un síndrome, un test bioquímico o de imagen, depende críticamente de la prevalencia. Y esta prevalencia es particularmente alta en las profesiones sanitarias. En la base de este problema están las enormes exigencias técnico-científicas de la medicina (de la epistemología médica), pero sobre todo las consecuencias emocionales de un planteamiento ético que es su auténtica base; este es el compromiso por el paciente, especialmente en circunstancias en las que las necesidades que este plantea desbordan la capacidad del médico por satisfacerlas⁽³²⁾.

Llamativamente muchos médicos finalmente diagnosticados de SQT, presentan síntomas sugestivos pronto en sus carreras profesionales, pero el diagnóstico, cuando se hace, suele ser tardío. Tras este fenómeno, pueden estar desde estrategias de evitación, temor al estigma, temores respecto de la pérdida del trabajo o de la consideración por parte de sus colegas u otros, diferentes en diferentes sistemas sanitarios.

Una vez reconocido y aceptado el SQT como entidad nosológica definida, y tras una adecuada sensibilización tanto de los sanitarios potencialmente afectados como de los implicados en su diagnóstico y tratamiento (médicos de familia y otros generalistas y profesionales de los Servicios de Salud Mental y Salud Laboral), es de esperar que sea tenido como posibilidad diagnóstica en todos estos ámbitos. Esto posibilitaría la

intervención más precoz y minimizaría el daño tanto para el afectado como para las organizaciones sanitarias y los pacientes.

Por otra parte, el ser reconocido como enfermedad, posiblemente reduzca el estigma asociado a este complejo síndrome y facilite que los profesionales afectados busquen ayuda antes.

Conclusión

Los profesionales sanitarios, sometidos a un estrés laboral muy importante por las propias exigencias emocionales, éticas y técnicas que impone la relación con sus pacientes, son un grupo profesional en el que el nivel de sospecha sobre la aparición de SQT debe ser muy alto.

Los rasgos clínicos iniciales de este síndrome son muy inespecíficos pero la aparición de síntomas relacionados con el agotamiento emocional debe mover a iniciar el trabajo diagnóstico a fin de diferenciar el síndrome de otros, con los que suele ser confundido. No está claro dónde y por quién suele alertarse inicialmente de la presencia de SQT.

PREGUNTA 6.- ¿Cómo se diagnostica el SQT?

Exposición

Pocos años después de que Herbert Freudenberger⁽⁶⁾ describiese el *Síndrome de Burnout*, en 1974, Maslach y Jackson (1981) publican la primera versión del MBI (*Maslach Burnout Inventory*)⁽¹⁰⁾, y este cuestionario se ha convertido en la principal referencia para la investigación y el diagnóstico del SQT. Aunque originalmente se planteó para evaluar *burnout* en educadores y profesionales de servicios a personas, posteriormente se han desarrollado otras versiones de aplicación más general. Este hecho ha supuesto una indudable ventaja que ha permitido una comprensión más homogénea del síndrome en distintos contextos culturales y profesionales que se refleja en las tres dimensiones planteadas en el MBI: a) desgaste emocional, b) despersonalización y c) eficacia profesional.

Posteriormente han aparecido otras propuestas para el diagnóstico y evaluación del *burnout* como, por ejemplo, el *Burnout Measure* (BM, Pines y Aronson, 1988), el *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI, Demerouti, et al., 2001) o el *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI, Krhstensen et al., 2005).

Por su relevancia en el abordaje del diagnóstico clínico destaca el *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT, Gil-Monte, 2011), que considera cuatro dimensiones: 1) *Ilusión por el trabajo* (deseo de obtener metas laborales significativas), 2) *Desgaste psíquico* (relacionado con el agotamiento emocional que supone tratar con personas), 3) *Indolencia* (que se traduce en despersonalización y en ocasiones actitudes incluso cínicas) y 4) *Culpa*. La incorporación de la culpa constituye un elemento especialmente significativo para comprender la dinámica del trastorno porque:

1) Su presencia puede suponer que la persona desarrolle el SQT o que, en su ausencia, no lo haga cuando se produce una acomodación a las condiciones laborales, aunque se acompañe de actitudes de indolencia en el trato con personas y de falta de ilusión por el

trabajo y 2) porque la culpa supone una intensificación de los síntomas depresivos que se vinculan al SQT, así como también a los de tipo ansioso.

Los cuestionarios, que resultan fundamentales para la investigación y para la detección de riesgos psicosociales en organizaciones laborales, son insuficientes para el diagnóstico clínico individual. Este requiere herramientas que permitan una mayor profundidad de análisis, tanto de las circunstancias y condiciones laborales como de las características y contingencias que afectan a los individuos concretos. Por ello la entrevista clínica resulta imprescindible. En estos momentos no se dispone de un protocolo estandarizado de entrevista clínica para el diagnóstico del SQT. Ello permitiría sistematizar el proceso de diagnóstico clínico individual y orientar la intervención psicoterapéutica, avanzando en la elaboración de protocolos de diagnóstico y tratamiento y permitiendo la medida de la eficacia y el avance de los procesos terapéuticos. Asimismo, el protocolo de entrevista habría de permitir identificar en qué momento del proceso de consolidación del SQT se encuentra la persona en lugar de centrarse únicamente en unos resultados que, en ocasiones, solo se manifiestan como referencia de un proceso en marcha y que puede tender a agravarse a medida que la persona sigue fracasando en sus intentos de afrontar las demandas del entorno con los recursos de que dispone.

Es determinante identificar la fase de consolidación del SQT en que se encuentra la persona. Aunque existen diferentes propuestas de fases a través de las que se configura el SQT, entendemos que, desde el punto de vista clínico, resulta especialmente útil la propuesta de Gil-Monte⁽³³⁾, que considera que el proceso se inicia con una primera etapa de deterioro cognitivo, una segunda de desgaste emocional, la tercera de actitudes negativas hacia las personas (indolencia, despersonalización y/o cinismo), para continuar en una cuarta fase caracterizada por la aparición de la culpa, precisamente porque la conductas implicadas en las fases anteriores contradicen el papel profesional prescrito y aceptado por la persona.

Por otra parte, es fundamental proceder a un diagnóstico diferencial eficaz. En este sentido es imprescindible diferenciar el SQT de otros trastornos relacionados con el estrés y la depresión: Así, es necesario considerar el impacto de las condiciones laborales y las demandas que generan. El origen se encuentra en el trabajo, aunque los efectos puedan extenderse a otros ámbitos de la vida. En este sentido cabe considerar que, aunque el SQT constituye una respuesta al estrés laboral crónico, no es extraño encontrar situaciones en las que se manifiesta después de una situación específica de estrés agudo. Especialmente importante es diferenciar claramente el SQT de la depresión clínica, aunque éste curse con síntomas depresivos, ya que encontramos casos de personas diagnosticadas como depresivas que, cuando mejoran y se aproximan a su reincorporación al trabajo, vuelven a empeorar una y otra vez con los consiguientes sentimientos de culpa que suelen acompañar a esta situación.

Asimismo, podemos considerar como en el estrés la implicación en el trabajo, así como la activación emocional suelen ser máximas, mientras que en el SQT lo que encontraremos será ausencia de implicación laboral y embotamiento emocional. Las activaciones por eutrés (estrés funcional) no existen en el SQT y los síntomas depresivos se vinculan en gran medida a una devaluación de la propia imagen y autoestima profesional.

Conclusión

El cuestionario MBI, complementado con el cuestionario CESQT que introduce fundamentalmente la evaluación de la culpa, y siempre en el contexto de una entrevista clínica, son las mejores herramientas de las que disponemos para hacer el diagnóstico del SQT. Es imprescindible diferenciar SQT de otros trastornos relacionados con estrés y depresión.

PREGUNTA 7.- ¿Cuál es el proceso de desarrollo o las fases por las que progresa el SQT? ¿Puede hacerse una clasificación por gravedad del SQT- *burnout*?

Exposición

La descripción del proceso de SQT se ha desarrollado desde dos perspectivas: (a) teórica, resultado de entrevistas a sujetos identificados como casos del SQT en algún grado, y (b) empírica, resultado de analizar la relación “causal” entre las dimensiones de un cuestionario, por lo general el Maslach *Burnout* Inventory.

Dentro de la perspectiva teórica están, entre otros, el Modelo de Edelwich y Brodsky de 1980⁽⁷⁾ que distingue cuatro fases: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía y el Modelo de Price y Murphy de 1984⁽³⁴⁾ que propone seis fases: desorientación, inestabilidad emocional, sentimientos de culpa, soledad y tristeza, solicitud de ayuda y restablecimiento del equilibrio inicial.

Dentro de la perspectiva empírica se encuentran, por ejemplo, los modelos desarrollados por Maslach en 1982⁽³⁵⁾ o por Golembiewski y colaboradores en 1983⁽³⁶⁾ considerando las dimensiones del cuestionario “Maslach *Burnout* Inventory” y sus relaciones empíricas.

Otra consideración para explicar el desarrollo y la clasificación según gravedad del SQT es la propuesta de perfiles o tipos. Esto es, no todos los individuos desarrollan todos los síntomas por igual, como proponen, por ejemplo, las aportaciones de Paine⁽³⁷⁾ que, a mediados de los años 80 del siglo pasado, distinguió entre “*Burnout* Stress Syndrome” y “*Burnout* Mental Disability”, siendo el primero una respuesta al estrés más moderada y menos traumática para la persona que el segundo. Vanheule et al., diferencian entre Tipo 1, caracterizado por una conducta más agresiva y Tipo 2, caracterizado por mayor implicación y desgaste⁽³⁸⁾. Oosterholt et al. en 2014⁽³⁹⁾ identificaron dos tipos: *burnout* no clínico y *burnout* clínico (con más problemas de deterioro cognitivo). Van Dam, en 2016, distingue entre un tipo de SQT con un perfil más ansioso frente a otro tipo con un perfil más depresivo y fatigado⁽⁴⁰⁾. Finalmente Tops et al.⁽⁴¹⁾ distinguen entre sujetos con SQT y bajos niveles de prolactina (con alta implicación laboral) y sujetos con SQT y altos niveles de prolactina (con baja implicación).

Gil-Monte⁽⁴²⁾ ha construido un modelo de proceso para explicar el desarrollo de este trastorno del estado de ánimo. La evidencia clínica basada en entrevistas indica que los sentimientos de culpa son un síntoma habitual de individuos que desarrollan el SQT en niveles más graves para la salud, y para entender su relación con otros problemas de salud más graves, como es la depresión.

En el modelo de Gil-Monte⁽⁴²⁾, se identifican dos perfiles según la gravedad del desarrollo del SQT. En ambos perfiles el SQT se inicia como una respuesta crónica a

fuentes de estrés laboral de carácter interpersonal. Los síntomas iniciales son: bajos niveles de ilusión por el trabajo junto con altos niveles de desgaste psíquico. Para manejar estos síntomas, los profesionales que desarrollan el SQT, desarrollan actitudes y conductas de distanciamiento e indiferencia hacia las personas a las que atienden y hacia el propio trabajo. Este síntoma, que es una estrategia de afrontamiento para el manejo de las fuentes de estrés laboral y de los otros síntomas, ha sido denominado “indolencia”. Bajos niveles de ilusión por el trabajo, junto con altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, caracterizan a los profesionales que desarrollan el Perfil 1 del SQT. Son profesionales que pueden mantenerse durante años en la organización sin desarrollar problemas de salud relevantes derivados del estrés laboral, aunque con sus actitudes y conductas de indolencia perjudican la calidad de servicio de la organización.

Por el contrario, el Perfil 2, caracteriza a los profesionales que experimentan remordimientos por no realizar de manera adecuada las prescripciones del “rol”, por sentirse desgastados y no poder dar más de sí mismo, y por la utilización de indolencia como estrategia de afrontamiento. Estos individuos desarrollan niveles muy altos de sentimientos de culpa y manifestarán con mayor frecuencia e intensidad problemas psicosomáticos vinculados al estrés laboral, incluso pueden desarrollar patologías del tipo crisis de ansiedad y depresión como consecuencia del SQT. La aparición de los sentimientos de culpa muy intensos va a dar lugar a un círculo vicioso en el proceso de desarrollo del SQT que intensifica sus síntomas y lo hace más perverso. Esos sentimientos de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir su remordimiento, pero, como las condiciones del entorno laboral no cambian, se incrementará el deterioro cognitivo y emocional, y aparecerán de nuevo actitudes y conductas de indolencia. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un bucle que mantiene e incrementa la intensidad del SQT y hace crónico el Perfil 2.

Conclusión

Distintos autores han establecido criterios de gravedad del SQT basados en la presencia o ausencia de distintas manifestaciones clínicas. Algunos signos o síntomas que para los diferentes autores apuntan a las formas más graves son: presencia de manifestaciones clínicas, trastornos mentales, conducta agresiva, perfil depresivo y niveles de prolactina elevados. Gil-Monte propone dos perfiles en el que los sujetos de Perfil 2 que serían los más graves, se caracterizarían por un mayor sentimiento de culpa.

PREGUNTA 8.- ¿Se contagia el SQT entre compañeros?

Exposición

Para dar respuesta a la pregunta deberíamos dirigirnos dentro de las evocaciones implicadas en el SQT, a las profesiones con altas demandas y a las condiciones de trabajo que combinadas producen trastornos psicológicos y físicos que agotan los recursos emocionales del sujeto, y pueden iniciar el SQT^(43, 44). El agotamiento se ha definido como un tipo específico de estrés laboral entre estos profesionales, como resultado de las relaciones exigentes y emocionalmente cargadas entre el profesional y a quienes van dirigidas sus atenciones o cuidados⁽⁴³⁾. Los sentimientos del agotamiento emocional se consideran el iniciador del SQT⁽⁴⁵⁾, al que se suman otras

características centrales como son el desarrollo de actitudes negativas y cínicas hacia los destinatarios de la atención, la despersonalización, y la tendencia a creer que uno ya no es efectivo en el trabajo (reducción del logro personal).

Desde esta línea argumental la contagiosidad del SQT, entre los colectivos de las profesiones citadas, se produciría bien desde el contagio inconsciente (la tendencia a imitar expresiones faciales, vocalizaciones posturas) y en consecuencia a converger emocionalmente⁽⁴⁶⁾, o desde la propuesta del contagio como proceso cognitivo consciente, al sintonizar con las emociones de los demás (atrapar las emociones de otro). Independientemente de la razón por la que pueda ocurrir el contagio, los investigadores de una variedad de disciplinas^(46, 47), han demostrado este tipo de transmisión, y los mecanismos fundamentales involucrados son similares en el agotamiento en sí y en el agotamiento emocional. Existen, además, evidencias sobre la depresión contagiosa⁽⁴⁸⁾, la cual representa aproximadamente el 20% de la variación en el agotamiento emocional, síntoma central del agotamiento.

En el trabajo de Bakker y colaboradores⁽⁴⁹⁾, después de controlar el impacto de los indicadores ya conocidos (estrés organizativo y componentes del modelo de control de la demanda de trabajo)⁽⁵⁰⁾, implicados en el SQT, prueban la hipótesis del contagio del SQT, con cuestionarios validados (carga de trabajo objetiva, escala de libertad de decisión, escala de agotamiento percibido, agotamiento emocional, despersonalización y logros personales)^(43, 51-53), entre los equipos de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en un proyecto europeo (EURICUS-I), que se llevó a cabo bajo el auspicio de la Fundación para la Investigación sobre Cuidados Intensivos en Europa (FRICE), en el que han participado un total de 3.000 enfermeras de ambos sexos, y 80 UCIs en 12 países europeos diferentes). En su análisis de regresión multinivel se constata que el agotamiento se comunica de una enfermera a otra, tanto consciente como inconscientemente, donde las quejas de agotamiento entre colegas contribuyen a explicar la variación en los niveles individuales de agotamiento de las enfermeras.

Conclusión

Existen datos que demuestran que las quejas sobre el agotamiento pueden ser transmitidas entre colegas, tanto de manera consciente como inconsciente; además de resultar ser el factor predictor más importante para el agotamiento emocional y la despersonalización a nivel individual y de unidad. Esto sugiere que el SQT puede ser un cuadro que se contagie entre compañeros, particularmente en Unidades de Cuidados Intensivos.

PREGUNTA 9.- ¿Cuáles son los profesionales médicos más afectados? ¿Hay especialidades de mayor riesgo?

Exposición

Las especialidades médicas con mayor riesgo de SQT son aquellas en las que la presión asistencial es mayor, sea por sobrecarga cuantitativa (como sucede en Atención Primaria), o por sobrecarga cualitativa, en relación con pacientes complejos, graves y de mal pronóstico, como sucede en las Unidades de Cuidados Intensivos, Oncología y Geriátrica, o bien por la dificultad de comunicación y trato con el paciente, como sucede en unidades de Salud Mental⁽⁵⁴⁾.

Las especialidades mencionadas con mayores tasas son las que se encuentran en la primera línea asistencial. Se apunta que la informatización de la actividad clínica se ha convertido en causa de control por parte de la empresa y en factor de riesgo de SQT para la profesión en general y estas especialidades en particular.

Entre los factores organizacionales, se ha señalado la exposición a estresores laborales tales como la sobrecarga de demandas en relación con los recursos y los refuerzos percibidos, la falta de control y autonomía, el deterioro del clima laboral y la falta de apoyo de la organización. Por eso no nos extrañará que los profesionales de especialidades como Cuidados Intensivos u Oncología, por ejemplo, en las que se trabaja con pacientes más graves y con mayor demanda de trabajo emocional, puedan presentar mayor riesgo de desgaste profesional y especialmente durante el periodo de formación MIR y entre los 25 y los 40 años⁽⁵⁴⁾.

En este sentido, existen estudios de casos registrados con resultados de incidencia altamente alarmantes: hasta un 70% de SQT en algunas poblaciones asistenciales⁽⁴²⁾. Estos datos constituyen indicadores significativos del grado de insatisfacción y del malestar que, en todos los casos, debería ser tenido muy en cuenta por los gestores de los llamados Recursos Humanos del ámbito sanitario, igual que los índices de satisfacción del paciente en su relación con el médico y con el resto de los profesionales sanitarios.

Hoy en día, tanto en el ámbito nacional como internacional, se concluye de los estudios existentes que los rangos de prevalencia de SQT siguen siendo similares, aunque con tendencia a aumentar a medida que se deterioran las condiciones de trabajo del médico. Han disminuido la legítima autonomía profesional del médico y su estatus social y económico y han aumentado las demandas laborales. En nuestro país, tanto la Organización Médica Colegial como la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos han denunciado la ausencia de políticas efectivas de Recursos Humanos y la inestabilidad, precariedad y sobrecarga laboral. Hay mayores riesgos potenciales (como errores y denuncias judiciales), más agresiones a médicos y ha empeorado la formación de los residentes (en especial por una supervisión deficitaria), todo lo cual implica el deterioro de la calidad asistencial en Atención Primaria y Especializada. Estos problemas se agravan en el caso de la mujer médico, con mayor precariedad, acoso laboral y agresiones en su trabajo que sus compañeros varones, lo que implica la conveniencia de tener en cuenta, también en este tema, la perspectiva de género.

Importantes son también los factores organizacionales, entre ellos se han señalado la exposición a estresores laborales tales como la sobrecarga de demandas en relación con los recursos y los refuerzos percibidos, la falta de control y autonomía, el deterioro del clima laboral y la falta de apoyo organizacional.

Se han realizado varios estudios para analizar si el SQT es solo un fenómeno individual, o si es también un fenómeno grupal y organizacional altamente contagioso, aunque ambas posibilidades no son excluyentes. Los resultados obtenidos hasta el momento señalan el mayor peso relativo de los factores grupales y organizacionales en la determinación del SQT, aunque la opinión convencional (errónea) sea que el SQT es primariamente un problema que tiene una determinada persona. Esto es, que la gente se quema por defectos en su carácter o en su conducta. Desde esta perspectiva, la persona que se quema es el problema, y en consecuencia la solución sería que el afectado cambie o desembarazarnos del afectado. En todo caso, lo

prioritario es atender adecuadamente a estos compañeros, como se hace en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo, aunque teniendo en cuenta todos los factores de riesgo involucrados en su caso individual, con inclusión de los de tipo organizacional, personal, etc.

Los estudios evidencian que el SQT afecta a personas, pero es un problema del medio laboral en el que trabajan las mismas, y no una vulnerabilidad de ellas, salvo en algunos casos específicos. Diferentes investigadores han constatado que el SQT es producido principalmente por factores organizacionales como: sobrecarga laboral, falta de control, recompensas insuficientes, ausencia de equidad, conflictos de valores, escisiones en el grupo de trabajo y falta de una adecuada supervisión ^(55, 56).

Los resultados de los estudios hasta ahora realizados recomiendan implementar políticas públicas que reduzcan la sobrecarga laboral para mejorar la seguridad de los pacientes y de los profesionales sanitarios. La estructura y el funcionamiento de la empresa configura cómo las personas interactúan entre sí y cómo llevan a cabo sus trabajos. Cuando la empresa no reconoce los aspectos humanos del trabajo, las personas y las relaciones se deshumanizan, aumentan los conflictos y el riesgo de quemarse, y esto conlleva un elevado precio económico y social.

Conclusión

El SQT tiene una incidencia desigual en las distintas especialidades médicas. Las de mayor riesgo son aquellas con mayor sobrecarga cuantitativa, como la Atención Primaria, por la elevada presión asistencial, o con mayor sobrecarga cualitativa como los Cuidados Intensivos, Oncología y Geriátrica por tratarse de pacientes complejos, graves y de manejo difícil, o bien por la dificultad de comunicación y trato con el paciente, como sucede en Salud Mental.

PREGUNTA 10.- ¿Se podría incluir el SQT en el cuadro de enfermedades profesionales o es un accidente de trabajo?

Exposición

En el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social se define el Accidente de Trabajo (AT) como toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. Además, describe las situaciones que se incluyen en esta definición y dentro de ellas destaca las enfermedades, no incluidas en el artículo 116 (en este artículo, como veremos posteriormente se define el concepto de Enfermedad Profesional EP), que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo⁽⁵⁷⁾.

En el artículo 116 de la citada Ley se define la Enfermedad Profesional (EP) como la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos y sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional⁽⁵⁷⁾.

Hasta el año 2007, el cuadro de enfermedades profesionales en vigor databa del año 1978 (Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo) y había quedado desfasado como consecuencia de los avances en los procesos industriales y del considerable progreso

experimentado en el ámbito de la medicina. La actualización del listado de enfermedades profesionales se lleva a cabo con la publicación del RD 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el nuevo cuadro de enfermedades profesionales. En ningún apartado del nuevo cuadro de enfermedades profesionales se incluyen las enfermedades psicosociales⁽⁵⁸⁾.

Si avanzamos en las definiciones, nos queda definir las Enfermedades Relacionadas con el Trabajo. Son aquellas enfermedades que por sus características no pueden ser incluidas en los conceptos que definen el accidente de trabajo o la enfermedad profesional. Situaciones como el acoso laboral, el SQT, el estrés laboral, el SQT del edificio enfermo, etc., pueden ser extraordinariamente lesivas para el trabajador y, sin embargo, en la mayor parte de los casos, tienen la consideración y cobertura de una enfermedad común. En determinadas situaciones, si el trabajador demuestra la relación existente entre la enfermedad y el trabajo (en la mayoría de los casos por vía judicial) se le da la categoría de accidente de trabajo.

A la vista de las definiciones, observamos que el SQT no puede etiquetarse como EP porque no está en el listado de enfermedades profesionales del RD 1299/2006. Podría tener la consideración de AT, si tenemos en cuenta que se consideran AT las enfermedades no incluidas en el listado de EP que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución de este. La dificultad que nos encontramos en este punto es que una parte importante de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales no reconocen que estas enfermedades tengan su causa de forma exclusiva en el trabajo y establecen la existencia de factores personales que favorecen la aparición de estas. Para establecer esta patología como contingencia laboral, en un número importante de casos el trabajador tendría que acudir a la vía judicial.

Es necesario promover una revisión del cuadro de enfermedades profesionales, y esta revisión debería estar orientada sobre todo a la inclusión de enfermedades relacionadas con los trastornos musculoesqueléticos y con los riesgos psicosociales.

Según datos aportados por la Unión General de Trabajadores, en el año 2016 el 20% de las enfermedades ocasionadas por el trabajo no estaban recogidas en el cuadro de enfermedades profesionales, esto supondría que, aunque tienen un origen profesional, no son reconocidas como tales. En este documento se considera imprescindible una revisión del Real Decreto 1299/2006, con el objetivo de adecuar la calificación de la EP a la realidad actual. Además, propone implementar el cuadro español de enfermedades con la lista de Enfermedades Profesionales que en el año 2010 revisó y aprobó la Organización Internacional del Trabajo (OIT)⁽⁵⁹⁾. En esta lista de EP, en el apartado 2, están las EP según el órgano o sistema afectado y observamos que se incluyen trastornos mentales y del comportamiento y concretamente en el apartado 2.4.1 estaría el trastorno de estrés postraumático, y: "otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el (los) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador.

La nueva lista de la OIT representa el último consenso mundial sobre las enfermedades que son aceptadas internacionalmente como causadas por el trabajo y

puede servir de modelo para el establecimiento, el examen y la revisión de las listas nacionales de enfermedades profesionales.

Actualmente, en España, para establecer el SQT como contingencia laboral, el trabajador tendría que acudir a la vía judicial. Ya en el año 2000 hay una sentencia del Tribunal Supremo que respalda legalmente como Accidente de Trabajo al SQT. El especialista del centro de salud, en este caso, diagnosticó al trabajador un "síndrome de desgaste personal o de *burnout*, que describe como un trastorno adaptativo crónico con ansiedad como resultado de la interacción del trabajo o situación laboral en sus características personales".

A partir de esta sentencia se han originado otras que se han pronunciado en el mismo sentido y que han considerado igualmente accidente de trabajo el SQT.

Conclusión

El SQT no puede etiquetarse oficialmente como Enfermedad Profesional en España por no estar incluido en la lista oficial de enfermedades profesionales del RD 1299/2006. Sin embargo, hay jurisprudencia en nuestro país que lo admite como Accidente de Trabajo.

PREGUNTA 11.- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado? ¿Es igual para todos los profesionales o tiene vertientes específicas?

Exposición

Para el abordaje terapéutico del SQT tenemos que aceptar su aspecto multidimensional y la amplia gama de causas y mecanismos psicológicos que intervienen en su génesis. Solo será posible un tratamiento global eficaz si enfrentamos de forma adecuada los diversos elementos que lo precipitan, con la utilización de diferentes herramientas terapéuticas.

Se han estudiado múltiples intervenciones para el manejo de este síndrome, pero su eficacia no está suficientemente contrastada. Existen dificultades metodológicas, numerosos estudios individuales con resultados internos válidos, pero difícilmente generalizables por falta de aleatorización. Por tanto, hoy por hoy, no hay suficientes datos que permitan recomendar una estrategia terapéutica concreta^(60, 61).

Las publicaciones recientes acerca del tratamiento del SQT están orientadas a intervenciones de carácter preventivo. Como hemos consensuado que la vinculación psicológica con el trabajo depende de factores individuales, interpersonales-grupales y organizacionales, las actuaciones terapéuticas tendrán que realizarse en esto tres niveles^(54, 62, 63).

El SQT puede llegar a considerarse una enfermedad profesional y un problema de Salud Pública. Por ello, las administraciones son responsables de elaborar leyes que incentiven a los profesionales, aumenten su motivación, mejoren el clima laboral y reconozcan su prestigio y competencia. También son necesarios programas de sensibilización a la población sobre la adecuada utilización del Sistema Sanitario, el cuidado de la imagen y el fomento del respeto hacia la figura del médico⁽⁵⁶⁾.

Será importante añadir a la extensa formación científica de nuestros profesionales, la educación para el cuidado de la propia salud física y psíquica y la aceptación de su

eventual vulnerabilidad y necesidad de ayuda; así como aspectos relativos a la interacción con los pacientes, la organización el trabajo y los riesgos psicosociales⁽⁵⁶⁾.

La Prevención en la organización se apoya en aquellas medidas que favorezcan el compromiso del médico, la disminución de los factores de riesgo del entorno laboral (el control de la excesiva sobrecarga laboral, del escaso tiempo para realizar la esencia de la tarea que es la atención al paciente, la eliminación en lo posible de la incertidumbre), la formación a los mandos en gestión de situaciones complejas, en habilidades de comunicación, y en manejo de conflictos^(57,64,65,68). En este sentido, será fundamental que exista una cultura institucional de Prevención de Riesgos Laborales proactiva y accesible. Por su parte, las organizaciones sindicales disponen de interlocutores con experiencia que pueden orientar al profesional y mediar con las direcciones cuando sea necesario⁽⁶⁴⁾.

La prevención a nivel de los grupos profesionales, de los equipos, se realiza fomentando el desarrollo de relaciones de apoyo mutuo y favoreciendo espacios de convivencia, el desarrollo de Códigos de Buenas Prácticas que promuevan el respeto y el cuidado entre los profesionales. Las reuniones, los talleres, los grupos de investigación y de formación son mecanismos que sirven para favorecer el conocimiento mutuo, el sentimiento de pertenencia al grupo y la cohesión en los valores compartidos^(56, 63).

A nivel individual nos protegerá frente al Desgaste una visión más realista con expectativas más ajustadas a la realidad profesional, la formación continuada y la búsqueda de competencias individuales; pero también un desarrollo vital donde la profesión sea un elemento más pero no el único, el fomento del autocuidado en un sentido amplio, que incluya el propio cuerpo, la salud, las relaciones humanas y el desarrollo de intereses ajenos a la profesión⁽⁶³⁾.

La formación orientada al desarrollo de habilidades para el manejo de la escucha activa, la empatía, la gestión de las emociones negativas, las estrategias de afrontamiento, las habilidades de comunicación, la asertividad y el control-reducción del estrés, han demostrado también su utilidad⁽⁵⁶⁾.

El tratamiento, una vez instaurado el SQT, tiene tres vertientes. A nivel de la organización, será necesario un estudio adecuado del grupo humano, con evaluación periódica del clima laboral, y un compromiso con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales adecuadamente dotados, para que puedan entender las causas de fondo e instaurar medidas para devolver la salud a los profesionales dañados ⁽⁶³⁾. En este sentido, que las direcciones apoyen las recomendaciones de rotación o de adaptación de puesto de trabajo que se realice desde estos servicios, y en coordinación con los Comités de Seguridad y Salud, será fundamental.

Cuando se detecten equipos especialmente afectados, la posibilidad de realizar Grupos de Apoyo con profesionales cualificados puede ser terapéutico. Se han estudiado distintas estrategias psicoterapéuticas: grupos de entrenamiento en habilidades de comunicación, grupos psicoterapéuticos homogéneos y heterogéneos⁽⁶³⁾.

A nivel individual el tratamiento dependerá de la gravedad del mismo. En algunos casos una adecuada intervención desde el Servicio de Prevención de Riesgos laborales, con medidas sobre la actividad profesional que mejoren la autopercepción y

la motivación, la rotación temporal en otra unidad, o una breve Incapacidad Transitoria o baja laboral que permita el descanso, tomar distancia del foco y la observación del desempeño cotidiano con mayor distancia emocional, puede ser suficiente⁽⁵⁶⁾.

Cuando el SQT esté instaurado, el tratamiento de elección es el psicoterapéutico. El PAIPSE (Plan de Atención Integral del Profesional Sanitario Enfermo) está constituido por profesionales especialmente entrenados en el tratamiento integral de este síndrome, en coordinación con los Servicios de Salud Laboral.

Lo fundamental es que se comprenda como se ha llegado a este punto en función de variables biográficas, de personalidad, y de estilo de afrontamiento. Desde el conocimiento de los recursos y las defensas del paciente, el objetivo será potenciar y optimizar la capacidad adaptativa del profesional, el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento del estrés y el entrenamiento en poner límites razonables a las demandas externas. Será importante comprender el papel que la identidad profesional juega en el mundo emocional del paciente, en la autoeficacia percibida y en la realización personal. Y todo esto desde la aceptación y el compromiso para realizar un recorrido personal que es indispensable para el cambio.

¿Es distinto en los diferentes grupos profesionales?

Si entendemos el SQT como un proceso de desgaste que se origina en diversas profesiones caracterizadas por el amplio “gap” que existe entre la alta demanda emocional y la escasez de recursos para afrontarla, que terminan agotando al profesional, en función de su vulnerabilidad genética, biográfica y el estilo de afrontamiento individual, podemos considerar que el tratamiento tiene aspectos comunes a todas las profesiones (maestros, médicos, enfermeros...) y otros más claramente individuales⁽⁶⁵⁾.

En líneas generales, podemos afirmar que el abordaje preventivo orientado a reducir los estresores vinculados al SQT es común a las distintas profesiones. Sin embargo, las intervenciones terapéuticas parecen ser más eficaces cuanto más aborden el conjunto de elementos que inciden en este síndrome de una forma individualizada⁽⁶²⁾.

No hay estudios que comparen el tratamiento del SQT en diferentes grupos profesionales. Las publicaciones se centran en determinadas intervenciones realizadas en equipos profesionales concretos (oncólogos, ginecólogos, profesionales del HIV, UCI-emergencias...) en países distintos, en circunstancias muy diferentes, y difícilmente comparables. Ninguno tiene una muestra suficientemente amplia ni homogénea, ni se ha realizado una distribución aleatoria con grupos control, y en general, abordan alguna de las variables que intervienen en el *burnout*, pero no el problema de fondo de un modo integral. De ahí que los resultados sean pobres y difícilmente extrapolables⁽⁶⁶⁻⁷⁰⁾.

En algunas publicaciones se estudia el impacto de una formación específica en habilidades de comunicación basadas en *workshops*, incorporando presentaciones con imágenes de un comportamiento ideal y *role playing*. Se mide el MBI antes, después de la formación y a los doce meses, observando una mejoría de las habilidades de comunicación, pero no del estrés, ni del SQT. Esto incide en que estamos ante un fenómeno sordo, corrosivo, que no tiene relación directa con elementos aislados que puedan enseñarse y mitigarse. Estos estudios concluyen que

las intervenciones sobre las personas de forma aislada son insuficientes para producir cambios⁽⁶²⁾.

En nuestra experiencia en el PAIPSE, el desgaste es especialmente lesivo entre los médicos de atención primaria. En estos profesionales confluyen varios estresores laborales como la enorme presión asistencial y el hecho de ser la puerta de entrada al sistema de usuarios especialmente afectados por la situación socioeconómica, cada vez más exigentes y menos respetuosos, que vuelcan su malestar y en ocasiones despiertan emociones negativas. La reducción del tiempo de atención, que dificulta la capacidad de escucha empática, así como la burocratización de la tarea, imposibilita el contacto humano de calidad que define este grupo profesional⁽⁶³⁾. La prevención es en nuestra opinión fundamental. Es muy difícil elaborar una mínima reordenación cognitiva que devuelva un sentido a la identidad del sanador, si no tiene tiempo ni para mirar al paciente, o “ni para sacar el fonendo del cajón”.

Todas las medidas orientadas a fomentar una Atención Primaria de calidad, con un mayor tiempo por paciente, una flexibilidad que permita la conciliación de manera efectiva, la formación continuada, las reuniones de equipo para compartir experiencias y abordajes a las dificultades comunes del día a día, son esenciales⁽⁶³⁾.

Cuando estos profesionales consultan, suelen estar atrapados entre las variables laborales descritas, y el intento costoso desde un punto de vista intrapsíquico de mantener sus exigencias de la vida adulta: cuidado de hijos y/o padres ancianos, problemas relacionados con el grupo de apoyo o la pareja (divorcio, crisis...) y a veces enfermedades crónicas, que terminan de alterar el frágil equilibrio. En estos casos el tratamiento integral abarcará un abordaje psicoterapéutico y farmacológico en función de la sintomatología expresada.

Entre los profesionales que trabajan en los hospitales encontramos factores de protección ligados a la especialización de la tarea, la búsqueda de líneas específicas de capacitación, la docencia y la investigación. Son formas de dotar de sentido a la dura actividad asistencial diaria. Los casos que consultan en el PAIPSE suelen tener como desencadenante un largo historial de maltrato institucional o por parte de un superior, incluso algún miembro del equipo de trabajo, que ha dañado su carrera profesional. En ocasiones profesionales altamente comprometidos, que aman la profesión, son objeto de una envidia inconfesable por parte de superiores mediocres. Puede ser necesaria la intervención de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y de los Comités de Seguridad y Salud, y un cambio de puesto de trabajo para salvar su salud psíquica y evitar un daño irreversible. El Protocolo de conflictos internos y frente a todos los tipos de acoso en las instituciones sanitarias, puede convertirse en un mecanismo de control eficaz de esta lacra.

Los profesionales de los Servicios de Urgencias o de las UCIs, están especialmente expuestos al contacto con la muerte, el duelo, la transmisión de malas noticias a las familias, y constituyen por tanto un grupo de especial vulnerabilidad. Serán medidas preventivas relevantes el entrenamiento en Habilidades de Comunicación, el manejo de emociones negativas y las reuniones de equipo, para abordar las dificultades en el afrontamiento de la enfermedad grave y la muerte.

En todos estos casos, un prolongado SQT puede incidir sobre un precario equilibrio psíquico y desestabilizarlo por distintas líneas de fractura individuales. Podemos

encontrarnos con distintas presentaciones psicopatológicas: somatización, hipocondría, insomnio, conductas desadaptativas, inicio o agravamiento de adicciones (alcohol, benzodiacepinas, opiáceos...), síntomas ansiosos y/o depresivos... Todos ellos pueden requerir tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico específico.

Conclusión

Se han estudiado múltiples intervenciones para el manejo de este síndrome, pero su eficacia no está suficientemente contrastada y, hoy por hoy, no hay suficientes datos que permitan recomendar una estrategia terapéutica concreta. Se requieren intervenciones en la organización, en los grupos profesionales y en el individuo. Algunas son genéricas y válidas para cualquier profesional y otras son específicas para determinados grupos profesionales como los facultativos de atención primaria, los oncólogos, intensivistas o los que atendían pacientes VIH en los primeros años, que tienen que elaborar y afrontar el continuo contacto con la muerte.

PREGUNTA 12.- ¿Puede hablarse de curación total? ¿Cuál es el riesgo de recaídas?

Exposición

El SQT es un síndrome sin registro en los catálogos de trastornos que manejamos en asistencia pública y, por tanto, no disponemos de estadísticas respecto a curación o recaídas. En la Comunidad Valenciana, por ejemplo, se utiliza el CIE-9 para el diagnóstico en asistencia primaria tanto por parte de los Médicos Generalistas como por parte de los Especialistas en Psicología Clínica y de los Psiquiatras, tanto en la medicina pública como en las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social. No hallamos listado el SQT y no es, por tanto, diagnóstico para incapacidad laboral, sea por contingencia común o por contingencia profesional.

Si atendemos a los síntomas, muchos de los que se perfilan en el SQT se editan como *trastornos distímicos, depresión reactiva, trastorno depresivo recurrente o trastorno depresivo, no clasificado bajo otros conceptos*. O bien como *trastorno de adaptación mixto de ansiedad y humor deprimido*. O como *trastorno de ansiedad, no especificado*.

Todos, o casi todos, los pacientes diagnosticados bajo los epígrafes citados acuden a consulta del psicólogo tratados con una medicación similar. El par más frecuente es un Antidepresivo ISRS más una Benzodiacepina. Hay también pacientes que por presentar síntomas de insomnio reciben antiepilépticos, amitriptilina, o en algunos casos antihistamínicos. Estos tratamientos, si bien amainan la sintomatología, sobre todo la ansiosa derivada del estrés o de causas externas aparentes, ni curan el proceso depresivo ni el SQT.

Es a través de lo que generalmente denominamos psicoterapia como los síntomas pueden ir cediendo hasta desaparecer. Ello incluye tanto las terapias de orientación cognitiva, como las terapias de orientación psicoanalítica.

El riesgo de recaída será mayor sin intervención psicológica o lo será la duración del problema. La intervención psicológica ha de procurar un cambio subjetivo en el paciente que le permita volver a ser actor de su vida y no solo objeto pasivo de las circunstancias que le afectan.

Las situaciones son muy distintas dependiendo que la atención sea pública o privada y también son diferentes si el empleador del enfermo es una empresa privada o el Estado. En el primer caso, generalmente, el enfermo será despedido si es joven o de mediana edad y tenderá a la jubilación si es de mayor edad, según sectores, 60 o 61 años o a prejubilaciones de empresa, si las hay. En el caso de la función pública, donde encontramos a muchos médicos, el costo de una larga baja y un proceso de reconocimiento de enfermedad profesional como lo sería el SQT, o la depresión mayor, no conlleva ni la pérdida de empleo ni de honorarios, pudiéndose reincorporar, además, en otro puesto, en algunas circunstancias.

En cada caso hemos de observar atentamente las circunstancias personales que contribuyen a cronificar el malestar y la sintomatología del cuadro diagnosticado al inicio del proceso.

Conclusión

No hemos encontrado criterios claros de curación del SQT ni cifras que estimen la tendencia a la recurrencia tras una presunta curación.

PREGUNTA 13.- Desde la perspectiva de un Servicio de Salud Laboral hospitalario, ¿cuál es el coste personal del SQT? ¿Se asocia a un aumento de riesgo de suicidio? ¿Cuáles son las medidas esenciales de prevención? ¿Quién debe liderar y ser el motor de las mismas?

Exposición

El coste que tiene el SQT es muy alto a nivel personal, laboral y social. Las manifestaciones físicas más frecuentes son: cefaleas, dolores musculares, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. La fatiga crónica, para algunos autores, es el síntoma más frecuente. También aparecen trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, infecciones recurrentes, etc.

En cuanto a las manifestaciones psíquicas destacamos:

Los síntomas afectivos o emocionales. Son personas sin ganas para emprender tareas y, con frecuencia, con depresión, sentimiento de fracaso y pérdida de autoestima. También podemos encontrar en las personas afectadas desesperanza, pesimismo y apatía, y como consecuencia de los efectos descritos aparece irritabilidad, insomnio, agresividad y falta de tolerancia.

Entre los síntomas cognitivos, destacamos la pérdida de expectativas en el medio laboral, que en ocasiones marca el inicio del proceso; la persona afectada tiene dificultades para concentrarse o para tomar decisiones. En general, hay una pérdida de valores, desorientación, falta de creatividad, cinismo, facilidad de distracción y un descenso en la productividad.

El aspecto conductual es otra dimensión importante del SQT. La despersonalización es una manifestación frecuente, la persona pierde la capacidad para planificar, proyectar y plantearse metas, especialmente laborales. Hay un aumento del absentismo, la rotación empresarial y las intenciones de abandonar la organización. Además, hay desorganización e incapacidad para tomar decisiones.

En cuanto a los aspectos sociales, se suele describir a la persona afectada como alguien que tiende a aislarse y a encerrarse en su sentimiento de fracaso.

A la pregunta sobre si el SQT aumenta el riesgo de suicidio, hay que indicar que la prevalencia del suicidio y la ideación suicida es más alta en los profesionales sanitarios. Estos resultados podrían estar relacionados con las condiciones y la organización del trabajo en este sector y con la presencia de situaciones de ansiedad e impotencia. A esto se uniría la poca importancia que los sanitarios dan al cuidado de la salud mental, tendiendo a evitar el contacto con los servicios de salud mental por el temor al estigma social y a comprometer su carrera profesional⁽⁷⁵⁾.

En los estudios publicados observamos que las especialidades con tasas más elevadas de suicidio son los anestesiistas, psiquiatras, médicos de familia y residentes. Este dato, podría estar relacionado con el mayor acceso a métodos letales. Respecto a las formas de suicidio, se observó que en el sector sanitario destaca el uso de tóxicos, el fácil acceso a estos; los conocimientos sobre su uso podrían explicar este dato ⁽⁷⁴⁾.

Se han identificado diferentes factores psicosociales relacionados con un mayor riesgo de ideación suicida en profesionales sanitarios. Hay un estudio realizado por Fridner et al. ⁽⁷¹⁾ en 2012, que refiere que el 79,2% de los médicos con ideación suicida no habían buscado ayuda para depresión o SQT.

Shanafelt et al. encontraron relación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y el SQT entre los cirujanos americanos ⁽⁷²⁾. La prevalencia de ideación suicida aumenta con la severidad del cuadro, independientemente de la existencia de depresión.

En cuanto a las medidas de prevención, no hay dudas sobre la necesidad de poner en marcha estrategias dirigidas a eliminar o reducir los riesgos que origina el SQT. Aunque se hace hincapié en la intervención individual sabemos que las causas fundamentales están en el ámbito laboral. Los departamentos de recursos humanos y los servicios de prevención deben colaborar y desarrollar estrategias de prevención e intervención.

En general, las medidas para prevenir el SQT se pueden encuadrar en tres niveles distintos de actuación.

A nivel organizativo, cabría citar, entre otras, las siguientes medidas: establecer programas de acogida, descentralizar la toma de decisiones, establecer objetivos claros para los profesionales y líneas claras de autoridad y responsabilidad. Al mismo tiempo, deben definirse competencias y responsabilidades, adecuar las cargas de trabajo, mejorar la comunicación y promover la participación en la organización.

A nivel interpersonal, es preciso fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en equipo y evitar el aislamiento. También se debe formar a gestores.

A nivel individual, se precisa realizar una orientación profesional al inicio del trabajo, diversificar las tareas y la rotación en las mismas. Es necesario poner en práctica programas de formación continuada. Formar al trabajador en la identificación y resolución de problemas y en el manejo de la ansiedad y el estrés; además se le debe

entrenar en el manejo de la distancia emocional con el paciente, aumentar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación, etc.

Otra medida fundamental para la prevención del SQT es actuar sobre las condiciones laborales. Los médicos, en general, tienen trabajo a turnos y nocturno, realizan guardias y tienen horarios laborales prolongados. Estos factores pueden incidir directamente en los hábitos de salud en el sueño y en la alimentación. Las condiciones de trabajo, en ocasiones, dificultan la conciliación de la vida familiar, social y de ocio, lo que puede actuar como factor de riesgo en procesos de este tipo.

Hay factores que establecen la necesidad de disponer de programas de intervención específicos para profesionales médicos afectados por SQT. Dentro de estos factores están: el miedo a la estigmatización que conllevan las enfermedades psiquiátricas, el miedo a perder la credibilidad entre compañeros y pacientes y la percepción de falta de confidencialidad de los servicios públicos.

Sobre quién debe liderar y ser el motor de este trabajo, las actuaciones se deben liderar desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, pero actuando de forma conjunta con la Dirección del Hospital, especialmente con el departamento de Recursos Humanos y los Representantes de los Trabajadores (Comité de Seguridad y Salud).

El técnico de prevención de riesgos laborales debe hacer especial hincapié en las causas del SQT a la hora de evaluar los riesgos e implementar acciones preventivas, estas medidas preventivas deben ir encaminadas a evitar y, en los casos que no sea posible, minimizar los factores de riesgo que pueden ser causa de desgaste profesional en los trabajadores. Los Servicios de Prevención deberían disponer de profesionales especializados en riesgos psicosociales para llevar a cabo una evaluación específica con el fin de proponer medidas preventivas adecuadas relativas a las condiciones de trabajo, tanto a efectos de intervención inmediata como a efectos de prevenir en un futuro que los riesgos causen daños a los trabajadores.

En cuanto a las actuaciones a desarrollar sobre las consecuencias que esta enfermedad tiene sobre la salud del trabajador, estas corresponden a la Unidad de Vigilancia y Control de la Salud y sería muy aconsejable disponer de personal especializado que pudiera trabajar en esta línea.

Los Servicios de Prevención también pueden intervenir cuando el trabajador está ya afectado. En estos casos se evaluarán los daños y se implementarán las medidas oportunas para evitar la progresión del cuadro.

También es necesario actuar sobre los factores que incrementan la sensibilidad ante el riesgo psicosocial y los factores protectores y potenciadores de afrontamientos positivos tales como la competencia emocional, la resiliencia y otros que pueden aumentar los recursos de la persona.

Conclusión

El coste que tiene el cuadro de SQT es muy alto a nivel personal, laboral y social. Las consecuencias de este síndrome afectan a la salud mental, a la salud física, a la calidad de vida y a la eficacia profesional del médico. La prevalencia de ideación suicida aumenta con la severidad del cuadro.

PREGUNTA 14.- Las medidas para prevenir el SQT se pueden encuadrar en tres niveles distintos de actuación: organizativo, interpersonal e individual.

La prevención debe realizarse desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en colaboración con la Dirección del centro sanitario y los Representantes de los Trabajadores.

¿Podríamos dimensionar el coste económico-laboral y social del SQT? ¿Y, muy particularmente, el de la profesión médica?

Exposición

El bienestar de los médicos contribuye a la calidad del Sistema Público de Salud.

Informes procedentes de estudios realizados por todo el mundo sugieren que entre un tercio y la mitad de los médicos experimentan algún grado de SQT y sus efectos asociados tienen enorme repercusión sobre los sistemas de salud.

Tales efectos varían, pero en relación a cálculos de coste económico para los gobiernos son, fundamentalmente:

- Descenso de la productividad
- Absentismo laboral
- Bajas por enfermedad
- Disminución de las horas de trabajo
- Jubilación anticipada
- Cambios de profesión
- Presentismo.

Dewa y col.⁽⁷³⁾ realizaron una revisión sistemática de la literatura para evidenciar los efectos del agotamiento sobre la productividad de los médicos entendida como pérdidas en horas de trabajo, número de pacientes atendidos, bajas por enfermedad, abandono de la profesión, jubilación anticipada y carga de trabajo. La búsqueda comprendía artículos publicados desde enero de 2002 a diciembre de 2012. Se identificaron 870 citas únicas, pero solo 5 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión exigidos. Los cinco artículos se realizaron en EE.UU., China, Hong Kong, Países Bajos, y otros 12 países europeos (Bulgaria, Croacia, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Malta, Polonia, España, Suecia, Turquía y Reino Unido). Las tasas de agotamiento fueron variables. Ruitenburg y col.⁽⁷⁴⁾ encontraron un 6% de agotamiento entre médicos de hospitales holandeses. Soler y col.⁽⁷⁵⁾ encontraron en médicos de 12 países europeos que un 43% tenían alto agotamiento emocional, un 35% alta despersonalización y 39% baja realización personal. Sin y col.⁽⁷⁶⁾ describen que el 31% de los médicos de hospitales públicos de Hong Kong tenían agotamiento. Por último, Hoff y col.⁽⁷⁷⁾ en médicos de hospitales estadounidenses informaron una tasa de agotamiento del 3%.

Todos los estudios informaron relaciones negativas significativas entre las 3 dimensiones de SQT y la productividad entendida como días de baja por enfermedad, intención de cambiar de trabajo, intención de seguir practicando la medicina y capacidad de trabajo.

Baja por enfermedad.- En relación con este parámetro los datos encontrados son contradictorios. Soler y col.⁽⁷⁵⁾ encontraron que las 3 dimensiones del SQT se asocian con un mayor uso de baja por enfermedad, y aquellos médicos que tuvieron, al menos un día de baja al año, tenían una probabilidad significativamente mayor de informar sobre agotamiento emocional y despersonalización altos y realización personal baja. Siu y col.⁽⁷⁶⁾, por el contrario, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio de días de baja por enfermedad en el último año, para los médicos de hospitales públicos con o sin agotamiento.

Intención de cambiar de trabajo.- Se ha demostrado que existe una asociación significativa entre agotamiento emocional y despersonalización alta y realización personal baja, con la intención de dejar el trabajo actual^{(75) (78)}.

Intención de seguir practicando la medicina.- Hay indicios de que el SQT está significativamente asociado con la intención de abandonar la especialidad actual. Una encuesta realizada en EE.UU.⁽⁷⁷⁾ entre médicos de hospital encontró que más del 50% de los médicos encuestados que no estaban en riesgo de sufrir SQT planeaban continuar la práctica hospitalaria durante más de 10 años, y solo un tercio de los que estaban en riesgo de SQT. De estos últimos, el 44% tenían intención de continuar no más de 4 años.

Capacidad de trabajo.- Los médicos hospitalarios con puntuaciones altas, tanto para agotamiento emocional como despersonalización, tenían significativamente mayor probabilidad de tener una capacidad de trabajo “insuficiente” autopercibido⁽⁷⁴⁾.

Jubilación anticipada y pérdida de horas de trabajo.- El vínculo entre SQT y la intención de dejar la profesión, con la jubilación anticipada o el recorte de horas asistenciales, produce importantes pérdidas económicas tanto para el médico como para los sistemas de salud. Con el fin de calcular los costes de tales actitudes, Dewa y col.⁽⁷⁹⁾ realizaron un estudio con el objeto de estimar el costo del SQT con relación a la jubilación anticipada y la reducción de horas de trabajo entre médicos en ejercicio en Canadá. Para ello, utilizaron una base de datos de la Asociación Médica Canadiense de enero de 2012. Se envió una encuesta a 8.100 médicos practicantes, seleccionados al azar de la base de datos mencionada y 3.213 respondieron (41% tasa de respuesta). Encontraron que los médicos que sufrían agotamiento mostraban insatisfacción laboral en un 35,6% de los casos y los que no lo sufrían solo estaban insatisfechos un 4,5% ($p<0,001$). Junto a la insatisfacción también se realizaron estratificaciones por la edad y observaron que los médicos de familia de menos de 45 años con insatisfacción laboral, el 5,3% planeaban retirarse en los próximos dos años, frente al 0,2% de los que estaban satisfechos. Para los médicos de familia entre 45 y 54 años y entre los que tenían entre 54 y 64 años ocurre lo mismo entre insatisfechos y satisfechos (8,4% vs 1,2; $p<0,001$ y 24,4% vs 11%; $p<0,01$ respectivamente). Similares resultados se encontraron con los datos de reducción de horas asistenciales.

Teniendo en cuenta los datos encontrados se intentó calcular el coste de pérdidas económicas causadas por los médicos que padecían agotamiento con respecto a los que no lo padecían. El coste total del agotamiento para todos los médicos que ejercen en Canadá se estima en 213,1 millones de dólares (185,2 millones por jubilación anticipada y 27,9 millones por reducción de horas de trabajo).

Por último, Hamidi y col.⁽⁸⁰⁾ de la Universidad de Stanford en EE.UU. publica datos similares, con una tasa de SQT de los médicos del 26%.

El 21% de los médicos que sufrieron uno o más síntomas de agotamiento en 2013 habían abandonado el centro en 2015 en comparación con solo el 10% de los médicos sin síntomas de agotamiento. La pérdida económica estimada de dos años debido a la marcha de los médicos, por agotamiento, oscilaba entre 15.544.000 y 55.506.000 \$.

Conclusión

Los médicos con SQT tienen mayor absentismo laboral, abandonan la profesión anticipadamente con mayor frecuencia y se consideran menos productivos. Cálculos groseros estiman en 213 millones de dólares canadienses el gasto en dinero que supone este problema para el sistema sanitario de Canadá. No se dispone de dichos cálculos en España ni en muchos otros países.

PREGUNTA 15.- ¿Cuál es la visión de este problema de los abogados laboralistas?

Exposición

A día de hoy, no existe una definición jurídica consensuada de lo que puede considerarse “*Burnout*” o SQT. Sin embargo, en atención a la bibliografía consultada, parece que hay relativo consenso en que la aparición del síndrome puede relacionarse con el trabajo, pues como consecuencia de sus síntomas, se percibe una considerable reducción y efectividad del rendimiento laboral.

El 25 de mayo de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha incluido en su clasificación internacional de enfermedades el Síndrome del Trabajador Quemado, con el código QD-85 del ICD-11, [nueva referencia: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>] con las respectivas consecuencias que ello supone para los diferentes ordenamientos jurídicos. El hecho de que la OMS incorpore el SQT a su clasificación, pone el foco de atención en los Estados, que deberán adecuar sus respectivos listados de enfermedades profesionales modificando así su normativa interna. Asimismo, el hecho de que la OMS haya reconocido la enfermedad, también tiene implicaciones en el ámbito del estudio de las prevenciones laborales⁽⁸¹⁾.

A parte de las consecuencias previamente mencionadas, la importancia del hecho también radica en que la OMS no modificaba su listado de enfermedades desde 1950, acontecimiento que muestra la importancia del mencionado síndrome a nivel internacional. La nueva clasificación internacional de enfermedades entrará en vigor el 1 de enero de 2022⁽⁸¹⁾.

QD85 Burn-out

Description: Burn-out is a syndrome conceptualized as resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed. It is characterized by three dimensions: 1) feelings of energy depletion or exhaustion; 2) increased mental distance from one's job, or feelings of negativism or cynicism related to one's job; and 3) reduced professional efficacy. Burn-out refers specifically to phenomena in the

occupational context and should not be applied to describe experiences in other areas of life.

Exclusions:

- *Adjustment disorder (6B43)*
- *Disorders specifically associated with stress (6B40-6B4Z)*
- *Anxiety or fear-related disorders (6B00-6B0Z)*
- *Mood disorders (6A60-6A8Z)]*

En cuanto a su encuadramiento jurídico, entre otras, la sentencia del Tribunal Supremo de 26 de octubre de 2000 considera el “*burnout*” como accidente de trabajo quedando en la misma probada la relación entre el SQT y la relación laboral⁽⁸²⁾. No obstante, su calificación jurídica como accidente de trabajo y no como enfermedad, hace necesario que el trabajador pruebe la relación causa-efecto por no encontrarse el mismo encuadrado entre los supuestos de accidente de trabajo que prevé el artículo 157 de la LGSS ⁽⁸³⁾. Como antecedente de esta sentencia, encontramos la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 1999 en la que se establece que en el “*Burnout*” se da uno de los elementos imprescindibles para que podamos hablar de enfermedad profesional, faltando el requisito de tipificación previamente mencionado ⁽⁸⁴⁾.

Como se ha podido comprobar a través del análisis jurisprudencial llevado a cabo en la exposición, la apreciación de SQT en el trabajador tiene diversas consecuencias jurídicas entre las que se encuentran las siguientes⁽⁸⁵⁾:

I. Reconocimiento del SQT como accidente de trabajo y su calificación como enfermedad común por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía

El análisis del SQT en los tribunales encuentra su origen en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 2 de noviembre de 1999 en la que el *burnout* se dibuja como un “síndrome de desgaste personal, que se describe como un trastorno adaptativo crónico de ansiedad, como resultado de la interacción de trabajo o situación laboral en sus características personales.” De este modo, el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, reconoce por primera vez el carácter profesional del síndrome con la respectiva consecuencia jurídica para el trabajador: se declaró su incapacidad temporal por contingencia profesional.

A su vez, el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, en su sentencia de 20 de enero de 2005 también reconoce el SQT como contingencia profesional argumentando que, el problema psicofísico que padece el trabajador se produce únicamente al enfrentarse a grupos de alumnos, lo que excluiría la reproducción de la patología incapacitante fuera del ámbito laboral confirmándose por la instancia el grado de incapacidad permanente.

Por su parte, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Granada), entiende que la situación de incapacidad temporal deriva de enfermedad común ya que la actora venía presentando una sintomatología depresiva que solo a partir de 2008 puede relacionarse con sobrecarga laboral.

II. El SQT y su efecto incapacitante

Además de pronunciarse sobre si el SQT debe considerarse contingencia profesional, la jurisprudencia también determina las diferentes incapacidades que pueden derivar de un diagnóstico SQT. La sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 30 de enero de 2008 estima un grado de incapacidad total para la **profesión habitual** al entenderse que el trabajador puede realizar tareas sedentarias mientras que el Tribunal superior de Justicia de Cataluña concluye que la descripción de las dolencias presentadas por la trabajadora no permite la consideración de que pueda alcanzar carácter incapacitante solo para la profesión habitual.

III. El SQT. ¿Procedencia del reconocimiento de la indemnización por daños?

La responsabilidad empresarial en caso de diagnóstico SQT solo cabe en el caso de que exista culpa o dolo a tenor de lo establecido en el artículo 1101 del código civil. La sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 17 de marzo de 2004 declara que no es suficiente la declaración de responsabilidad empresarial por el mero vínculo trabajo-enfermedad. No sería suficiente para una indemnización pecuniaria que se constate la relación causa-efecto entre daños psíquicos y trabajo. A la misma conclusión llegan las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 1 de marzo de 2006 y del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 31 de octubre de 2002.

IV. El SQT y la aplicación del recargo de prestaciones

La sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 14 de septiembre de 2010 entiende ajustada a derecho la aplicación del recargo de prestaciones del 30%, teniendo en cuenta que los riesgos psicosociales son riesgos psicosociales en sentido estricto, debiéndose incluir los mismos por lo tanto en el sistema preventivo de la empresa como los demás riesgos contemplados en la ley de prevenciones riesgos laborales.

Por último, cabe mencionar que, en cuanto a la prevención de riesgos laborales, es necesario recordar la obligación positiva de los empresarios de realizar acciones para evitar su aparición. Tal y como se establece en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 14 de septiembre de 2010, existe la posibilidad de imponer a la empresa el recargo de prestaciones por infracción de sus obligaciones en materia preventiva.

Los últimos pronunciamientos de los tribunales respecto al SQT han ido en la línea jurisprudencial ya mencionada, declarando el síndrome de “*Burnout*” como accidente laboral y reconociendo la incapacidad permanente total a un trabajador como consecuencia del padecimiento de esta dolencia.

Como ya hemos adelantado, el encuadramiento jurídico de la patología a día de hoy sigue siendo el de accidente de trabajo por no encontrarse la misma tipificada aún a nivel nacional como enfermedad profesional del artículo 157 de la Ley General de la Seguridad Social. Sin embargo, la mejor opción reside en considerar el “Síndrome del Trabajador Quemado” como enfermedad profesional, donde encaja perfectamente de manera natural en su condición de “*enfermedad*.”

Conclusión

Desde la perspectiva del derecho del Trabajo, y en base a la jurisprudencia dictada por los Juzgados y Tribunales del Orden Social, a pesar de la existencia de pronunciamientos jurisprudenciales contradictorios, puede concluirse que el SQT ha sido reconocido mayoritariamente como accidente de trabajo. Es altamente probable que la incorporación del “*Burnout*” a la clasificación internacional de enfermedades de la OMS sirva para el cambio paulatino en la determinación de contingencia e introduzca un cambio en el tratamiento que los Tribunales han hecho hasta la fecha del “*Burnout*”.

PREGUNTA 16.- ¿Cuál es la posición y la visión del SQT por parte de las organizaciones sindicales?

Exposición

El origen del SQT depende de variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal y además se ve muy influido por el entorno laboral y las condiciones de trabajo. La Ley 31/1995 de 8 de Noviembre ⁽⁸⁶⁾ y las reformas incluidas en la Ley 54/2003 ⁽⁸⁷⁾, de 12 de diciembre de 2003, garantizan el derecho de los trabajadores a la salud y a la prevención de enfermedad como consecuencia del entorno laboral:

- **El artículo 14 de la Ley 31/1995** obliga al empresario o las Administraciones Públicas a realizar la prevención de los riesgos laborales (PRL) mediante la integración de la actividad preventiva en la empresa, la implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos en el trabajo, la evaluación de riesgos laborales (RL) y la actuación preventiva en casos de emergencia y de riesgo grave. Además, deben realizar la información, consulta y formación de los trabajadores sobre RL, la vigilancia de la salud y un seguimiento permanente de la actividad preventiva, con el fin de perfeccionar de manera continua las actividades de control de riesgos.
- **El artículo 34 de la Ley 31/1995**⁽⁸⁷⁾ reconoce a los trabajadores el derecho a participar en las cuestiones relacionadas con la PRL, a través de sus representantes y de la representación especializada. A los Comités de Empresa, a los Delegados de Personal y a los representantes sindicales les corresponde, en los términos que les reconocen la normativa vigente, la defensa de los intereses de los trabajadores en materia de PRL.
- **El artículo 35 de la Ley 31/1995**⁽⁸⁷⁾ recoge la figura de los Delegados de Prevención como representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de PRL y el **artículo 36** establece las competencias y facultades.

En una encuesta realizada en 2018 en España, el 37% de los médicos reconocía que sufría SQT y el 7% estar deprimido. Los 5 principales factores que contribuían al desgaste profesional de los médicos se relacionan con el deterioro de las condiciones laborales y el escaso reconocimiento profesional: salarios insuficientes, burocratización de la asistencia, falta de respeto de administradores, colegas o pacientes, exceso de horas de trabajo, pobre reconocimiento profesional (Tabla 1) ⁽⁸⁸⁾. El 10% de los médicos estaba insatisfecho con su vida laboral. A pesar de reconocer el desgaste profesional y

la depresión, solo 1 de cada 10 médicos estaba pensando o ya había solicitado ayuda profesional.

La crisis económica, iniciada a mediados de 2008 que se prolongó hasta el 2014, ha supuesto un notable incremento de las demandas físicas y emocionales a los profesionales de la salud. Además, la reducción de los presupuestos destinados a la sanidad ha intensificado el deterioro de las condiciones laborales de los profesionales de la sanidad española⁽⁸⁹⁾:

- Se redujo el poder adquisitivo de los médicos, de tal forma que en 2019 es un 17,5% inferior al de 2010. Además, las diferencias salariales con los de otros países de nuestro entorno y entre los médicos españoles en relación del lugar del territorio donde residen, se han intensificado.
- Ha aumentado el grado de temporalidad y precariedad en las contrataciones en los centros sanitarios.
- Se ha incrementado la duración de la jornada laboral semanal.
- No se han incrementado las plantillas de médicos en labores asistenciales en el SNS, para atender a la creciente demanda de servicios de la población. El número de recursos en hospitales y centros de salud no han experimentado ningún incremento desde 2010⁽⁹⁰⁾.

Corregir el deterioro de las condiciones económicas, laborales y profesionales del médico, han sido temas habituales en los ámbitos de negociación entre las organizaciones sindicales y las diferentes Administraciones Sanitarias en los últimos años. Lamentablemente, en la negociación han primado los criterios economicistas cortoplacistas, sin tener en cuenta que la mejora de las condiciones laborales y profesionales de los médicos también mejora la salud y el bienestar de los trabajadores y de la población a la que atienden.

Por otro lado, aunque la estructura organizativa para ejercer la PRL de acuerdo la Ley 31/1995 está prácticamente implantada en todos los centros sanitarios del SNS, esta normativa no está plenamente desarrollada:

- No existe suficiente sensibilidad por parte de los actores implicados (Administración, trabajadores, SPRL) a la influencia del estrés laboral, los factores de riesgo psicosociales y la calidad del empleo, en materia de prevención RL. Se tiende a percibir como implícito al puesto cualquier carga psíquica o riesgo psicosocial del trabajo y a relacionar con la vulnerabilidad individual o con el entorno extralaboral cualquier deterioro de la salud de los trabajadores. Con frecuencia se demora la intervención sobre el estrés laboral y su consecuencia como el SQT.
- Las instituciones sanitarias no realizan vigilancia periódica de la salud, ni seguimiento permanente de las actividades preventivas. No muestran proactividad para realizar la evaluación de los RL y la planificación de las actividades preventivas. Las evaluaciones suelen realizarse casi siempre a solicitud de los trabajadores o de los delegados de prevención.

- No se realizan de forma sistemática actividades de información, consulta y formación de los trabajadores sanitarios y a los delegados de prevención sobre RL

Algunas propuestas para mejorar el control de los RL de los profesionales sanitarios serían:

1. Mejorar las condiciones laborales de los médicos a través de la negociación con las organizaciones sindicales en las mesas sectoriales.
2. Mejorar los sistemas de información e investigación sobre las condiciones de trabajo y los daños sobre la salud de los trabajadores sanitarios.
3. Aumentar las actividades de formación de los trabajadores y de los delegados de prevención.
4. Potenciar las actuaciones de vigilancia del estado de la salud para detectar precozmente los daños derivados del trabajo y realizar las actividades preventivas correspondientes.
5. Facilitar el desarrollo de las funciones y competencias de los delegados de prevención.
6. Facilitar el trabajo de los SPRL.
7. Agilizar los procesos de inspección de Trabajo y de sanción en los casos de incumplimientos en materia de PRL.

Tabla 1. Factores que contribuyen al SQT ⁽⁸⁸⁾

• Remuneración insuficiente	56%
• Demasiadas tareas burocráticas (por ejemplo, administración, papeleo)	47%
• Falta de respeto de administradores/empleadores, colegas o personal	36%
• Invierto demasiadas horas en el trabajo	26%
• Me siento como una pieza más de un engranaje	23%
• Falta de respeto de los pacientes	21%
• Énfasis en las utilidades, más que en los pacientes	18%
• Computarización creciente de la consulta (expediente electrónico)	15%
• Falta de control/autonomía	11%
• Regulaciones gubernamentales	7%
• Reembolsos decrecientes	7%
• Mantenimiento de los requisitos de certificación	2%
• Otros	10%

Conclusión

La crisis económica, iniciada a mediados de 2008, ha supuesto un notable incremento de las demandas físicas y emocionales a los profesionales de la salud, lo que, unido a

los recortes en los presupuestos sanitarios, ha agravado el estrés psicosocial al que se ven sometidos los facultativos y el resto de los profesionales sanitarios. Los servicios de Prevención de Riesgos Laborales están implantados en los Servicios de salud, pero las diferentes instituciones sanitarias no cumplen con la normativa específica en materia de prevención de riesgos laborales.

PREGUNTA 17.- ¿Qué conocimiento tiene y cómo trata la prensa no especializada el problema del SQT?

Exposición

La Fundación del Español Urgente (Fundeu), promovida por la Agencia EFE y la entidad financiera BBVA, han aclarado que la expresión “síndrome de desgaste profesional” o, más coloquialmente, “síndrome del trabajador quemado” son alternativas en español al anglicismo “*burnout*”.

La Agencia EFE es el gran productor y distribuidor de noticias para el resto de medios de comunicación en España y Latinoamérica; por lo tanto, los datos mencionados pueden suponer que el resto de medios de comunicación generalistas habrán publicado un número similar de informaciones relacionadas con el síndrome de *Burnout*.

Los datos del Servicio de Archivo y Documentación de la Agencia EFE nos pueden aproximar a las respuestas de las dos preguntas que formula la ponencia:

1. La Agencia EFE ha publicado 8.245.500 noticias de texto de cualquier temática durante los últimos 20 años.
2. Solo 335 de estas noticias están relacionadas con el síndrome de *Burnout* o el SQT, es decir, el **0,004%** de todas las noticias enviadas a sus abonados.
3. De las 335 noticias, 21 mencionan el SQT en el titular de la noticia.
4. El contenido informativo de la mayoría de estas 335 noticias está relacionado con el mundo laboral en general y gira en torno al término “estrés”. El SQT aparece como una consecuencia más del estrés a largo plazo en algunas profesiones, como la educación, la sanidad o la seguridad.
5. Aproximadamente, el 10% de estas 335 noticias tratan del SQT en relación con la profesión médica.
6. En los últimos 10 años, solo 11 noticias están relacionadas con el SQT en la profesión médica o en la enfermería.
7. A fecha de 28 de mayo de 2019, la última noticia publicada por la Agencia EFE sobre las consecuencias de este síndrome fue del día 23 de mayo del mismo año: Se ha jubilado la exnadadora Ruta Meilutyte, de 22 años de edad, después de llegar a lo más alto con una medalla de oro en los Juegos Olímpicos de Londres de 2012. Entonces tenía 15 años.
8. Desde el punto de vista multimedia, solo se han elaborado dos reportajes con el foco puesto en el SQT relacionado con el personal médico o sanitario.
9. El archivo gráfico de la Agencia EFE, con 20 millones de fotografías (8 millones de ellas digitalizadas desde octubre de 1998, que se pueden adquirir en www.lafototeca.com), solo contiene tres fotografías etiquetadas con síndrome de

Burnout (dos corresponden a una comandante de aeronave con diagnóstico del síndrome y otra ofrece una imagen de una reunión de expertos que analiza este trastorno psicológico o psiquiátrico).

10. En www.efesalud.com, la web de salud de la Agencia EFE, que solo divulga reportajes y noticias del ámbito sanitario, se han publicado seis informaciones en los últimos siete años relacionadas con el SQT.

¿Todos estos datos y ejemplos demostrarían que no existe interés periodístico por el SQT? No, por supuesto; simplemente nos encontramos ante una cuestión que está fuera de la actualidad informativa diaria y, además, el síndrome de *Burnout* es una enfermedad casi desconocida por la población, a diferencia del estrés, que sí es una realidad enfermiza que sienten en sus propias carnes la inmensa mayoría de la población mundial.

Es necesario apuntar aquí, además, una máxima periodística: “Lo común no suele ser noticia”.

Si un perro muerde a una persona no es noticia; en cambio, si una persona muerde un perro se convierte rápidamente en noticia... y hoy en día, si este suceso imprevisto se ha grabado en vídeo se podrá convertir en uno de los vídeos más virales de la semana.

Por añadidura, se podría decir que, si una serie de perros muerden a otras tantas personas, especialmente a niños o bebés, la sociedad vive este conjunto de sucesos con cierta intranquilidad o miedo; incluso se podría abrir un debate público. El hecho se convierte en noticia por acumulación de casos.

Por lo tanto, si el estrés es muy común a nivel laboral y familiar; si la mayoría de las personas entienden que el estrés está íntimamente unido al trabajo, más aún en puestos laborales que entran en contacto directo con otras personas externas a la organización, como los médicos; si apenas se habla del síndrome de *burnout* en los medios de comunicación (prensa escrita, radio, televisión, digital); y ningún profesional afectado “muerde” a un compañero o a un paciente, estamos ante un pez que no se encuentra la cola.

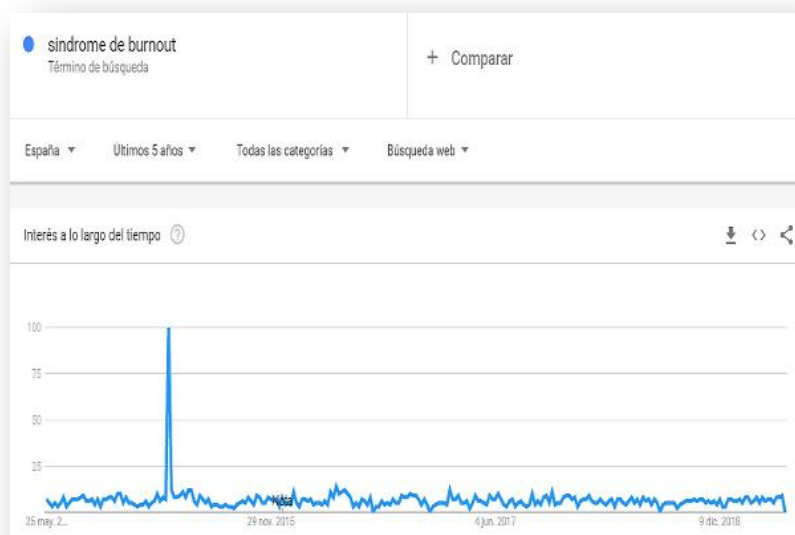
Esta situación poco mediática del *burnout* se puede corroborar con varios ejemplos llamativos, pero poco conocidos, de noticias sobre la cuestión que también pasan desapercibidas para la población:

- En México, el 75% de los trabajadores mexicanos padecen *burnout*, lo que coloca al país en primer lugar a nivel mundial en esta categoría, seguido por China, con el 73%, y Estados Unidos, con el 59%, según cifras de la Organización Mundial de la Salud.
- También en México, el 25% de los infartos están relacionados con el estrés laboral.
- En Europa, el 50% del absentismo laboral está justificado en el estrés laboral, lo que supone costes superiores a los 20.000 millones de euros/año en concepto de tiempo perdido y gasto sanitario.
- En España, entre el 12% y el 30% de los médicos están más o menos afectados en algún grado por el SQT.

Para reforzar esta idea del escaso conocimiento que tiene la población mundial acerca del *burnout*, se pueden obtener datos muy interesantes relacionados con las búsquedas por palabras clave en el consultorio internauta del “Dr. Google” (Figura 2)

Figura 2.- Búsquedas con la palabra *Burnout* en Google

Se busca entre 2.500 y 5.000 veces al mes (figura 2).



- Las búsquedas se producen, sobre todo, en octubre y noviembre (los meses posteriores a las vacaciones de verano -julio, agosto y septiembre en Europa-) o en febrero, marzo, abril (mes en el que también baja el número de búsquedas por la Semana Santa) y mayo. En los meses de diciembre y enero también bajan las búsquedas de la palabra *burnout* por las vacaciones de Navidad (Figura 3).

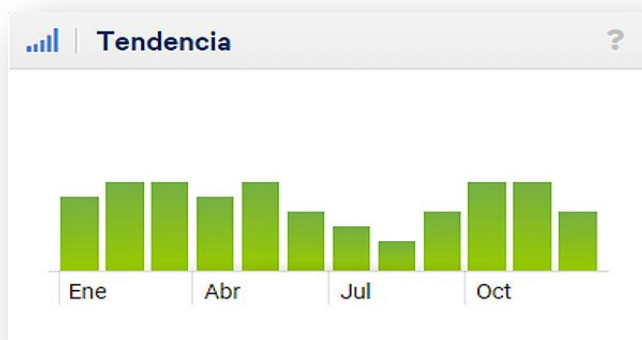
Figura 3.- Evolución sobre las búsquedas sobre “*burnout*”



- El término “síndrome del trabajador quemado” apenas se busca en Google.
- Casi todas las noticias que aparecen en la web buscando “*burnout*” tienen un origen en informaciones de contenido anglosajón o germánico.

- En los últimos cinco años, *burnout* se ha mantenido como una palabra que se busca poco; pero en cambio, se busca de manera constante, algo positivo que puede ser la base para un desarrollo futuro de información relacionada con este síndrome (Figura 4).

Figura 4.- Estacionalidad de las búsquedas sobre *burnout*



Un buen ejemplo para aprovechar sinergias informativas y repercusión social podría ser que la OMS ha incluido el síndrome de *burnout* en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11, que entrará en vigor el 1 de enero de 2022, según todas las previsiones.

Esta noticia, que se ha publicado en la inmensa mayoría de diarios digitales españoles, que además aportan en su contenido apuntes sobre las características de este trastorno psicológico, serviría como banderín de enganche para los próximos años.

En condiciones normales, esta noticia de alcance se comentará durante unos días en el ámbito laboral o durante la cena familiar, con el permiso de la televisión; o, quizá, algún medio de comunicación aproveche la percha informativa para ampliar el hecho noticioso con más detalles, análisis de la situación por países, e incluso pulse la opinión de especialistas sobre la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y las consecuencias del *burnout*. Después volverá a su habitual ostracismo informativo.

El SQT solo volverá a las portadas periodísticas cuando alguna persona famosa sufra este síndrome, como la joven nadadora olímpica que se ha jubilado; por un suceso doloso o violento relacionado con alguien que sufra el trastorno; por una sentencia judicial que sea muy llamativa o ejemplarizante; o por un reportaje en el suplemento dominical o de salud de cualquier periódico de tirada nacional.

Ante esta situación, las asociaciones de médicos y de enfermería deberían insistir en que los medios de comunicación pongan el foco informativo en este síndrome, que afecta 10%-30% de los profesionales: ruedas de prensa periódicas donde se ofrezcan datos, tanto del resultado de estudios analíticos como de prevalencia u otras circunstancias relacionadas.

Pero, sobre todo, deben facilitar el acceso a casos reales de pacientes con SQT, con voz y rostro, especialmente a aquellos medios que conectan y empatizan con la audiencia a través de los dispositivos móviles y la televisión. La acumulación de casos, como explicaba, tiende a iniciar el debate público.

Conclusión

El interés por el SQT o “*burnout*” se demuestra en el registro de la agencia EFE donde ha estado presente solo en un 0,004% de todas las noticias enviadas a sus abonados. Solo en aproximadamente un 10% de las mismas se hace referencia a médicos. Por ser un asunto común, no se convierte en noticia.

PREGUNTA 18.- ¿Creemos que hay demanda de un gran estudio nacional sobre SQT en la profesión médica? ¿Qué piensan los Colegios de Médicos?

Exposición

Consideramos que sería necesario y muy conveniente que pudiera realizarse el estudio de la prevalencia del SQT a nivel nacional, como ya se ha hecho en otros países, con muestras representativas de médicos de las diferentes especialidades, y especialmente de facultativos MIR y de otros profesionales sanitarios, con inclusión de las condiciones objetivas de la organización y de las tareas que realiza cada trabajador, así como las percepciones subjetivas personales (del SQT, satisfacción laboral, calidad de vida, etc.). Se trataría de un estudio multinivel, de grandes grupos, de gran complejidad metodológica, y que deberá incluir médicos de Atención Primaria y Especializada, del ámbito rural y urbano, de pequeños y grandes centros, etc.

Para ello sería necesario contar con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales que existen en todas las Áreas de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas, y que tienen encargado por ley la prevención de riesgos psicosociales tales como el SQT, por los técnicos de Psicosociología Aplicada y Ergonomía y por los Médicos del Trabajo. Los médicos tienen aún bastantes posibilidades de seleccionar su especialidad, pero esa autoselección no implica necesariamente que estén capacitados para ejercerla en todos los casos. De hecho, todos conocemos casos de elección inadecuada de especialidad y de las consecuencias que ocasiona. En este sentido es muy importante el papel de los Servicios de Prevención para valorar la aptitud de un profesional a un puesto de trabajo concreto, así como para ver la posible adecuación o adaptación de la persona al puesto de trabajo.

Por otra parte, es necesario poner de manifiesto que el sistema ya cuenta con la normativa que regula la asistencia a los profesionales sanitarios quemados por el trabajo desde 1995, con la ley de prevención de Riesgos Laborales. Pero, deberíamos preguntarnos ¿por qué apenas se emplea este procedimiento, salvo en casos graves y habitualmente crónicos y complicados? Desde luego, todos deberíamos hacer autocrítica acerca de cómo se están gestionando los Servicios de Prevención, si se les ha dotado de los medios necesarios para poder realizar con eficacia su misión, y si dada la magnitud de los problemas que deben afrontar, deberían reestructurarse y dotarse de más recursos. Es labor de todos luchar contra el estigma de la enfermedad mental y promover el reconocimiento y la petición de la ayuda profesional adecuada para este tipo de padecimientos, igual que podemos hacer para otros problemas médicos.

Si fuera posible económicamente, convendría incluir indicadores fisiológicos y metabólicos para analizar el daño a la salud personal, como por determinaciones de estrés oxidativo celular, porque todo tipo de estrés psicosocial al final acaba siendo estrés oxidativo a nivel celular⁽⁹¹⁾.

También sería conveniente incluir medidas de satisfacción de los pacientes, ya validadas y disponibles en nuestro país^(92, 93). Moreno-Jiménez y colaboradores validaron el cuestionario para la evaluación de la relación médico-paciente con 9 ítems de Cristina Van der Felz-Cornelis y cols.⁽⁹⁴⁾

Para todo ello, siempre se podrá contar con el apoyo de los diferentes Colegios de Médicos provinciales, así como con la Organización Médica Colegial.

Conclusión

La Organización Médica Colegial (OMC) cree que el SQT es un grave problema entre los médicos y que los datos parciales de los que se dispone en España justificarían un gran estudio nacional sobre el tema. El estudio debería tener un gran rigor metodológico e incluir la adecuada proporción de médicos trabajando dentro y fuera del medio hospitalario y dentro y fuera del medio urbano, así como tanto en el ámbito de la sanidad pública como en de la privada.

PREGUNTA 19.- ¿Qué papel juegan o deberían jugar las Humanidades en la prevención y tratamiento del SQT?

Exposición

Un reciente meta-análisis intentaba resumir las intervenciones que previenen y tratan el SQT⁽⁹⁵⁾, y concluyó que las estrategias efectivas se dividen en individuales (*mindfulness*, entrenamiento en la gestión del estrés o sesiones de trabajo en grupos pequeños) y de organización del sistema (evaluaciones del horario laboral y modificaciones locales de procesos clínicos).

Aunque con un menor nivel de evidencia, las Humanidades y las Artes pueden ayudar a prevenir o reducir el SQT^(95, 96). La Medicina del Siglo XX se tecnificó gracias a incorporar los múltiples descubrimientos y avances científicos en etiología, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Desgraciadamente, la relación médico-paciente se deterioró, pasando a una relación de superioridad, con escasa comunicación y empatía, incluso derivando los sentimientos fuera del ámbito médico, y el cuidado y afectos circunscribirlo a enfermería, o incluso a otros profesionales como psicólogos. La formación en las Facultades de Medicina se realiza en ausencia de arte y produce, por lo tanto, médicos sin arte. Cuando alguien decide convertirse en médico, parece que todo converge en una capacitación en el campo científico-técnico, con una orientación exclusiva hacia la enfermedad y no hacia la salud o la persona. Se enseñan materias muy específicas, dejando poco o ningún espacio y tiempo para la cultura, los deportes, la música y otras artes. Los intereses culturales se consideran superfluos, y no se evalúan durante la carrera ni en el examen MIR. Pero las Artes deben considerarse como la base de las humanidades y el crecimiento personal del médico^(95, 97-100). Son esenciales para la comprensión, el tratamiento y el cuidado del verdadero enfoque de nuestro trabajo presente y futuro: las personas. De hecho, muy a menudo los mejores clínicos, que han pasado a la historia como genios, también fueron pintores, escultores, escritores, científicos y humanistas.

Uno de los más grandes médicos españoles de todos los tiempos, José de Letamendi (1828-1897), que fue profesor de anatomía y patología general, y también antropólogo,

filósofo, pedagogo, pintor y violinista, decía: "El médico que solo de Medicina sabe, ni de Medicina sabe" ⁽¹⁰¹⁾.

Las máquinas no muestran empatía, ni saben cómo llegar al alma hablando o con una mirada, sentir, pensar sobre cosas que preocupan a nuestros pacientes, como sí pueden hacer los médicos humanistas, más allá de la evidencia científica. La medicina puede considerarse el arte que cura la enfermedad del paciente y el alma del paciente y del propio médico. Debemos profundizar en el conjunto de cualidades que caracterizan al buen estudiante de medicina, futuro médico y persona humana. Incuestionablemente, hay requisitos técnicos fundamentales que todo médico debe internalizar, durante su etapa de educación generalista o después como formación continuada. Pero la visión humanista, desde la música, poesía, filosofía, dialéctica, lecturas biográficas, e incluso el voluntariado, son el pretexto perfecto para cambiar actitudes y tomar conciencia del sentido último de las cosas, para trabajar en las llamadas habilidades "blandas" y para aprender herramientas valiosas para empoderarnos.

Como botón de muestra, la Ópera es Arte con mayúsculas. *Gesamtkunstwerk* (traducible del alemán como obra de arte total) que es un concepto atribuido al compositor Richard Wagner, quien lo acuñó para referirse a la ópera como un tipo de obra de arte que integraba las antiguas seis Bellas Artes: la música, la danza, la poesía, la pintura, la escultura y la arquitectura ⁽¹⁰²⁾.

La iniciativa internacional "EL MÉDICO COMO HUMANISTA", que recientemente celebró su II Simposio Internacional del 1 al 3 de abril de 2019 en la Universidad Sechenov en Moscú, Rusia, tiene como misión mejorar la enseñanza y la práctica de la Medicina promoviendo las Humanidades en las profesiones sanitarias. Y pretende reincorporar los valores humanistas en las profesiones médicas, facilitando el diálogo entre las Humanidades y las Ciencias Biomédicas. El III Simposio ya se está planificando, que previsiblemente se celebrará del 25 al 28 de marzo de 2020 en Ciudad de México DF, México, organizado por la Universidad Anáhuac.

Proponemos recuperar y facilitar en la educación médica general temas de Filosofía, Artes y otras disciplinas más allá de los libros de texto médicos y quirúrgicos. Debería ayudar a sobrevivir y superar el SQT, y ayudarnos a vivir una vida plena, como médicos y como personas. La implicación de la administración es clave en la prevención, pero también en la recuperación de los médicos afectados.

Conclusión

Es indudable la necesidad de reintroducir las Humanidades en el *curriculum* académico de la carrera de medicina, y sugerimos que su mejor conocimiento podría ser una herramienta preventiva y terapéutica frente al SQT ("burnout").

PREGUNTA 20.- ¿Qué aspectos éticos concita todo esto?

Exposición

Cuando los términos designan problemas complejos y de perfiles no bien definidos, siempre conviene echar la vista atrás y reconstruir su historia, porque ella nos permitirá entender muchos aspectos que de otro modo nos pasarán desapercibidos. La expresión "estar quemado" tiene un sentido literal, el de las consecuencias sufridas por la

exposición al fuego, y otro metafórico, el resultado de la acción nociva de fuegos distintos del físico, pero no por ello menos reales. La expresión “líder quemado” fue frecuente en los movimientos sociales, y sobre todo en el interior de los grupos revolucionarios, desde mediados del siglo XIX. Los dirigentes se consideraban quemados cuando ya no podían resistir la presión inherente a su cargo y tenían que ser sustituidos. Esto era frecuente en las organizaciones políticas y sindicales.

Como sucede con otras expresiones, esta ha venido a menos en esos contextos clásicos y ha cobrado nueva vigencia en el interior de las organizaciones profesionales. Hasta tal punto es esto así, que cuando en 1974 Freudenbergger acuñó la expresión *burn-out syndrom*, síndrome del quemado, lo hizo a partir de su experiencia con profesionales, en especial sanitarios⁽⁶⁾. Cuando hoy alguien utiliza el término “quemado” en sentido metafórico, todo el mundo entiende que se está refiriendo a un profesional, y probablemente a un médico.

Este cambio de atribución no deja de ser sorprendente. Y nos pone sobre la pista de un hecho histórico de la máxima importancia, cual es el del incremento de la presión social sobre los profesionales, especialmente sobre las en otro tiempo denominadas “profesiones liberales”. Sus miembros han de tomar continuamente decisiones de enorme responsabilidad, pero a la vez se ven obligados a hacerlo de modo cada vez más rápido y en un mayor número de casos. La gestión empresarial del ejercicio de estas profesiones ha llevado a un incremento muy considerable de la eficiencia, pero también al aumento exponencial de la presión sobre sus miembros, todo unido a un crecimiento de la conflictividad, que el profesional vivencia como una falta de reconocimiento social y, por si esto fuera poco, con una remuneración económica cicatera, cuando no claramente injusta.

El desgaste profesional se ha convertido, a partir de Freudenbergger, en un “síndrome”, es decir, en un conjunto de síntomas que aparecen juntos: nerviosismo, fatiga, pérdida de ilusión por el trabajo, dificultad de concentración, aumento del número de errores, etc. Como existen pruebas objetivas que sirven para diagnosticar este síndrome, no hay más que repasar los ítems que las componen para tener una idea de cuáles son sus síntomas principales.

Pero el diagnóstico sindrómico, hasta ahora casi el único estudiado, dice poco o nada sobre sus causas. Para ello es preciso llevar a cabo un “diagnóstico etiológico”, algo bastante más difícil y complejo, ya que exige analizar las “causas” que desencadenan el complejo sintomático que caracteriza al síndrome.

Como en toda enfermedad, cabe distinguir dos tipos de factores, los “predisponentes” y los “desencadenantes”. Ya decía Galeno que los procesos patológicos se debían a la convergencia de dos tipos de causas, que él denominó “procatárticas”, internas o predisponentes, y “proegúmenas”, externas o desencadenantes. Ambas son necesarias, de tal modo que las primeras sin las segundas no dan como resultado una enfermedad, de igual modo que tampoco estas últimas sin las otras.

No hay duda de que al síndrome de desgaste profesional predisponen ciertos factores biológicos y psicológicos, como la enfermedad física, la enfermedad mental, la falta de madurez, la poca fortaleza ante las adversidades (lo que hoy se denomina, más en inglés que en español, débil resiliencia), etc. Es claro que todos estos factores han estado presentes en los profesionales desde siempre, lo que viene a indicar que ellos

pueden ser causa “necesaria”, pero no “suficiente” para el desarrollo del síndrome. No toda persona con poca fortaleza física o mental desarrolla un síndrome de desgaste profesional, etc.

Esto nos obliga fijar la atención sobre los otros factores, los “desencadenantes”. Estos, a diferencia de los anteriores, han de caracterizarse por ser “nuevos”, de modo que deben estar en relación con los cambios acaecidos en las profesiones liberales, y muy concretamente en la medicina, durante el último medio siglo. Entre ellos se encuentran, cuando menos, los siguientes:

- *Los cambios en las relaciones profesionales, que han pasado de ser verticales a horizontales.* De nuevo la medicina es un ejemplo típico de esto. El modelo clásico de relación vertical era el llamado “paternalismo”, en el que el profesional interactuaba, en el caso del médico, con el paciente, siguiendo el modelo de la relación padre-hijo, de tal modo que buscaba lo mejor para el paciente, pero sin el paciente, es decir, sin incluirle en el proceso de toma de decisiones.
- *El nuevo perfil de los usuarios, que de amigos morales han pasado a ser extraños morales.* El resultado de este cambio es la desconfianza mutua, que lleva al profesional a protegerse ante las posibles demandas. En el caso de los pacientes, la expresión de esto han sido sus “códigos de derechos”. El profesional ha visto esto como la juridificación y burocratización de las relaciones profesionales, ante las que ha buscado defenderse a través de la llamada “medicina defensiva”.
- *La tiranía de la “cultura de la eficiencia”, que ha hecho cada vez menos gratificante el ejercicio de la profesión.* La eficiencia es el principio básico de la ciencia económica. De la mano de los economistas pasó a imponerse en el trabajo industrial durante la primera mitad del siglo XX, y en la segunda ha ido introduciéndose también en las instituciones profesionales. Un ejemplo paradigmático de esto lo constituye el hospital, que de estar dirigido por médicos ha pasado a serlo por gestores profesionales, en un intento por incrementar su eficiencia. Este cambio se ha visto reforzado por la crisis económica de los años 2008-2014, hasta el punto de que los profesionales han comenzado a sentirse incómodos, considerando, en un número creciente de casos, que se les estaba obligando a ejercer la profesión en condiciones incompatibles con la calidad, el decoro y la ética profesional. Un ejemplo de esto lo ha constituido el debate norteamericano sobre el llamado *managed-care*.
- *La revolución operada en la propia medicina científica, que ha puesto en cuestión las bases tenidas por inamovibles durante toda su historia.* Este es el caso de la que hoy se conoce con los nombres de “medicina personalizada”, “medicina genómica” o “medicina de precisión”, que obliga a revisar categorías hasta hace nada tenidas por intocables, como la de “especificidad” de los procesos clínicos, de tal modo que la función del profesional consistía en identificar la “especie morbosa” sufrida por el paciente, a partir de ella dar con la “etiología específica” del proceso y buscar el “tratamiento específico”. Esta era la cadena de la especificidad, que en las últimas décadas ha perdido gran parte de su antigua importancia. La genética nos ha convencido de que no hay un cáncer de mama, sino muchos, y que lo mismo sucede con las demás entidades

morbosas, la diabetes, la esquizofrenia, o cualquier otra. Cada día cobra mayor vigencia el apotegma clásico de que “no hay enfermedades sino enfermos”.

La convergencia de estos cuatro factores ha cambiado el ejercicio de la medicina de tal modo, que a muchos profesionales les cuesta identificarse con el nuevo rol. Esto no es lo que les enseñaron en la Facultad, ni lo que les llevó a estudiar esta carrera o a elegir esta profesión. La consecuencia es la frustración, el desánimo, y muchas veces el sentimiento de culpa. Saben que no saben y que no pueden hacer las cosas bien, como ellos quisieran. Es lo que desde Sócrates se denomina “el saber del no saber”, que si no lleva al abandono del ejercicio profesional, exige la búsqueda de soluciones.

Son varias las soluciones que se han propuesto. Una, que los profesionales puedan estudiar con calma a sus pacientes. Tal es, por ejemplo, lo que pretende la llamada “plataforma 10 minutos”. Los movimientos sindicales, por su parte, han buscado el remedio en la mejora de las condiciones laborales y sobre todo económicas de los profesionales, siempre escasas, pero muy venidas a menos durante los años de la crisis.

Nuestra opinión es que todas esas medidas, con ser útiles y muy puestas en razón, no acabarán con el síndrome de desgaste profesional. Porque el mayor desgaste no lo genera la prisa, ni tampoco los bajos ingresos, sino la sensación que tiene el profesional de que no está haciendo las cosas como deberían hacerse. Intuye que debe hacerlas de modo distinto a aquél que le enseñaron durante los años de Facultad y de residencia, pero no sabe cómo. Le entrenaron para tomar decisiones a la vista de los hechos clínicos, pero no le formaron sobre el otro elemento que hoy es necesario introducir en todo proceso correcto de toma de decisiones: la gestión correcta de los valores del paciente. Una anemia grave no puede tratarse de igual modo en un Testigo de Jehová que en una persona que no lo es. Los valores son muchos, económicos, sociales, culturales, religiosos, etc., y todos hay que tenerlos en cuenta en la relación clínica. Los valores hay que explorarlos, como se exploran los hechos clínicos. Lo cual exige formación y entrenamiento adecuados, de igual modo que se necesitó en el caso de los hechos clínicos. Las condiciones del ejercicio médico han cambiado a una velocidad muy superior a la de los programas de formación.

Hace ahora 15 años, en 2004, llamamos la atención sobre este problema⁽¹⁰³⁾ que desde entonces no ha hecho más que incrementarse y ganar en importancia. La urgencia en el remedio ha llevado a que los programas existentes de formación en bioética se hayan organizado precipitadamente, y con docentes ellos mismos necesitados de formación. El problema primario y más grave es quién enseña al enseñador. Porque, hoy como antaño, sigue siendo cierto que “si un ciego conduce a otro ciego, ambos caerán en el hoyo” (Mt 15,14).

Conclusión

En este último medio siglo el ejercicio de las llamadas profesiones liberales, y muy en particular el ejercicio de la medicina, ha sufrido un cambio drástico. Hay, al menos, cuatro factores en ello: el paso de unas relaciones interhumanas de tipo vertical y paternalista a otro horizontal, presidido por las cartas de derechos de los pacientes; la conversión de los pacientes de amigos morales en extraños morales, y el consiguiente auge de la medicina defensiva; la aparición de la cultura de la eficiencia en las instituciones sanitarias, que ha obligado al profesional a tener en cuenta el factor

económico, a veces incluso en detrimento de otros factores que él considera moralmente vinculantes; y, en fin, la revolución que están suponiendo los avances científicos, y más en concreto el auge de la llamada medicina personalizada o medicina de precisión.

Los conflictos que generan todas estas novedades son muchos y de diverso tipo, pero de todos ellos hay uno sobre el que pocas veces se llama la atención. Se trata de que la exploración y diagnóstico de un paciente exige hoy tener en cuenta no solo los datos clínicos, sino también sus valores, algo para lo que los profesionales no han sido suficientemente entrenados. Muchas veces no saben cómo proceder bien, pero sí saben que no lo están haciendo correctamente. Este es el que cabe denominar “*burnout* moral”, para el cual no hay otro tratamiento correcto que la adecuada formación en valores. Algo que se hace poco y, además, con programas de muy escasa calidad.

Declaración de transparencia / Potencial conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses. Esta publicación fue financiada por GSK. Los autores no han recibido ningún honorario por su colaboración.

Bibliografía

1. Gil-Monte PR. (2017). *El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout)*. Quinta Edición ed. Madrid: Ediciones Pirámide.
2. Gil-Monte PR. (2012). Influence of guilt on the relationship between *burnout* and depression. *European Psychologist*; 17:231-6.
3. Maslach C, Leiter MP. (2016). Understanding the *burnout* experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*; 15(2):103-11.
4. Maslach C, Leiter MP. (2017). New insights into *burnout* and health care: Strategies for improving civility and alleviating *burnout*. *Medical teacher*; 39(2):160-3.
5. Gil-Monte P, Viotti S, D. C. (2017). Propiedades psicométricas del «Cuestionario para el Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en profesionales de la salud italianos: una perspectiva de género. *Liberabit*; 23:153-69.
6. Freudenberger H J. (1974). Staff *burnout*. *Journal of Social Issues*; 30:159–65.
7. Edelwich J, A. B. (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
8. Pines A, D. K. (1981). Tedium in the life and work of professional women as compared with men. *Sex Roles*; 7:963-77.
9. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. (2015). *Burnout*-depression overlap: a review. *Clinical psychology review*; 36:28-41.
10. Maslach C, E. JS. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
11. Maslach C, SE. J, P. LM. Maslach (2015). *Burnout Inventory Manual*. Ed r, editor. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
12. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. (2009). *Burnout* and career satisfaction among American surgeons. *Annals of surgery*; 250(3):463-71.

13. Qureshi HA, Rawlani R, Mioton LM, Dumanian GA, Kim JY, Rawlani V. (2015). *Burnout phenomenon in U.S. plastic surgeons: risk factors and impact on quality of life. Plastic and reconstructive surgery*; 135(2):619-26.
14. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. (2015). Changes in *Burnout* and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and (2014). *Mayo Clinic proceedings*; 90(12):1600-13.
15. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, Swetz KM, Shanafelt TD, Ast K, et al. (2016). Prevalence and Predictors of *Burnout* Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of pain and symptom management*; 51(4):690-6.
16. Li H, Zuo M, Gelb AW, Zhang B, Zhao X, Yao D, et al. (2018). Chinese Anesthesiologists Have High *Burnout* and Low Job Satisfaction: A Cross-Sectional Survey. *Anesthesia and analgesia*; 126(3):1004-12.
17. Banerjee S, Califano R, Corral J, de Azambuja E, De Mattos-Arruda L, Guarneri V, et al. (2017). Professional *burnout* in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee *Burnout* Survey. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*; 28(7):1590-6.
18. Grau Martin A, Flichtentrei D, Suner R, Prats M, Braga F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de *burnout* en personal sanitario hispanoamericano y Español (2007). *Revista española de salud pública*; 83(2):215-30.
19. Grau A, Suner R, Garcia MM. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta sanitaria*; 19(6):463-70.
20. Riquelme I, Chacon JI, Gandara AV, Muro I, Traseira S, Monsalve V, et al. (2018). Prevalence of *Burnout* Among Pain Medicine Physicians and Its Potential Effect upon Clinical Outcomes in Patients with Oncologic Pain or Chronic Pain of Nononcologic Origin. *Pain medicine*.
21. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. (2018). Prevalence of *Burnout* Among Physicians: A Systematic Review. *Jama*; 320(11):1131-50.
22. Moreno-Jiménez B, González JL, E. G. Desgaste profesional (*burnout*), Personalidad y Salud percibida. Dpto. Ps. Biológica y de la Salud UAM. In: (Eds) JByFR.
23. Jefatura del Estado. LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado. 1995;269(10-11).
24. Gil-Monte PR. 2007 *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo*. EG-MPyMJBESdqpet, editor. Madrid: Pirámide.
25. Cherniss C. (1993). "The role of professional self-efficacy in the etiology of *burnout*." In: W.B. Schaufeli CMYTME, editor. *Professional burnout recent developments in theory and research* London: Taylor and Francis; p. 135-49.
26. Ruzycki SM, Lemaire JB. (2018). Physician *burnout*. *CMAJ : Canadian Medical Association journal / Journal de l'Association Médicale Canadienne*; 190(2):E53.
27. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. (2018). *Burnout* syndrome among healthcare professionals. *American journal of health-system pharmacy: AJHP: official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*; 75(3):147-52.
28. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarstrom A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and *burnout* symptoms. *BMC public health*; 17(1):264.
29. Bauernhofer K, Bassa D, Canazei M, Jimenez P, Paechter M, Papousek I, et al. (2018). Subtypes in clinical *burnout* patients enrolled in an employee rehabilitation program: differences in *burnout* profiles, depression, and recovery/resources-stress balance. *BMC psychiatry*; 18(1):10.

- 30.Kaschka WP, Korczak D, Broich K. (2011). *Burnout*: a fashionable diagnosis. *Deutsches Arzteblatt international*; 108(46):781-7.
- 31.van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and *Burnout* among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PloS one*;10(8):e0136955.
- 32.Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. (2017). Controlled Interventions to Reduce *Burnout* in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine*; 177(2):195-205.
- 33.Gil-Monte PR. (2005). Factorial validity of the Maslach *Burnout* Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de saude publica*; 39(1):1-8.
- 34.Price DM, Murphy PA. (1984). Staff *burnout* in the perspective of grief theory. *Death education*; 8(1):47-58.
- 35.Maslach C. (1982). *Burnout*: The cost of caring. New York: Prentice Hall Press.
- 36.Golembiewski RT, Munzenrider R F, D. C. (1983). Phases of progressive *burnout* and their work site covariants: Critical issues in OD research and proxis. *Journal of Applied Behavioral Science*; 19:461 81.
- 37.Paine W S. (1982). The *burnout* syndrome in context. En J. W. Jones (Ed.) p, editor. Park Ridge, Illinois: London House Press.
- 38.Vanheule S, Lievrouw A, P. V. (2003). *Burnout* and intersubjectivity: A psychoanalytical study from a Lacanian perspective. *Human Relations*; 56: 321-32.
- 39.Oosterholt B G, Maes J H, Van der Linden D, Verbraak M J, A. KM. (2014). Cognitive performance in both clinical and non-clinical *burnout*. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*; 17: 400-9.
- 40.van Dam A. (2016). Subgroup analysis in *burnout*: Relations between fatigue, anxiety, and depression. *Frontiers in Psychology*; 7-90.
- 41.Tops M, Boksem M A, Wijers A A, van Duinen H, Den Boer J A, Meijman T F aK, J. (2007). The psychobiology of *burnout*: Are there two different syndromes?. *Neuropsychobiology*; 55: 143–50.
- 42.Gil-Monte. P R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- 43.Maslach. C, Jackson. S E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory; Manual Research Edition*. Palo Alto, CA.: University of California, Consulting Psychologists Press.
- 44.Bourbonnais R, Comeau M, Vezina M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of occupational health psychology*; 4(2):95-107.
- 45.Shirrom A. (2003). Job related *burnout*: a review. (eds) QJTL, editor. Washington, DC: *American Psychological Association*; 245– 64.
- 46.Hatfield. E, Cacioppo. JT, L. RR. (1994). *Emotional Contagion*. New York: Cambridge University Press.
- 47.McIntosh. DN, Druckman. D, B. ZR. (1994). "Socially induced affect". In: Druckman D. & Bjork R.A. (eds), editor. *Learning, Remembering, Believing: Enhancing Human Performance*. Washington, DC: National Academy Press; p. 251–76.
- 48.Howes MJ, Hokanson JE, Loewenstein DA. (1985). Induction of depressive affect after prolonged exposure to a mildly depressed individual. *Journal of personality and social psychology*; 49(4):1110-3.
- 49.Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. (2005). *Burnout* contagion among intensive care nurses. *Journal of advanced nursing*; 51(3):276-87.

50. Karasek. R A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job design. *Administrative science quarterly*; 24:285–308.
51. Karasek. R A. (1995). Job Content Questionnaire. University of Southern California, Los Angeles, CA.
52. Van Veldhoven. M, De Jonge. J, Broersen. S, Kompier. M, Meijman. T. (2002). Specific relationships between psychosocial job conditions and job-related stress: a three-level analytic approach. *Work and stress*; 16: 207–28.
53. Groenestijn. E, Buunk. B P, Schaufeli WB. (1992). "Het besmettingsgevaar bij *burnout*: De rol van sociale vergelijkingsprocessen". In: Meertens R.W. BAP, van Lange P.A.M. & Verplanken B. (eds.). *Sociale psychologie & beïnvloeding van inter-menselijke en gezondheidsproblemen*. The Hague, The Netherlands: VUGA; p. 88–103.
54. Gálvez. M, Moreno. B, Mingote. J. (2009). *El desgaste profesional del médico. Revisión y Guía de Buenas Prácticas*. Madrid: Díaz de Santos.
55. Maslach. C, Leiter. M. (1997). *The Truth about Burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
56. Shirom. A, Nirel. N, Vinokur. A. (2010). Work hours and caseload as predictors of physician *burnout*: The mediating affects by perceived workload and by autonomy. *Applied Psychology: An International Review*; 59:539-65.
57. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. (2016). BOE-A-2015-11724.
58. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE. 2006;302, de 19 de diciembre de 2006 Referencia: BOE-A-2006-22169.
59. Organización Internacional del Trabajo. Enfermedades profesionales de la OIT. In: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_125164.pdf, editor. 2010.
60. Wiederhold BK, Cipresso P, Pizzioli D, Wiederhold M, Riva G. (2018). Intervention for Physician *Burnout*: A Systematic Review. *Open medicine* (Warsaw, Poland); 13:253-63.
61. Gálvez. M, Moreno. B, Mingote. JC. (2009). *El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas*. El vuelo de Icaro. Madrid: Díaz de Santos.
62. Lasalvia A, Tansella M. (2011). Occupational stress and job *burnout* in mental health. *Epidemiology and psychiatric sciences*; 20(4):279-85.
63. Lasalvia A, Bonetto C, Bertani M, Bissoli S, Cristofalo D, Marrella G, et al. (2009). Influence of perceived organisational factors on job *burnout*: survey of community mental health staff. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*; 195(6):537-44.
64. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, et al. (2016). Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician *Burnout* and Changes in Professional Work Effort. *Mayo Clinic proceedings*; 91(4):422-31.
65. Weight CJ, Sellon JL, Lessard-Anderson CR, Shanafelt TD, Olsen KD, Laskowski ER. (2013). Physical activity, quality of life, and *burnout* among physician trainees: the effect of a team-based, incentivized exercise program. *Mayo Clinic proceedings*; 88(12):1435-42.
66. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. (2015). Impact of organizational leadership on physician *burnout* and satisfaction. *Mayo Clinic proceedings*; 90(4):432-40.

67. Le Blanc PM, Hox JJ, Schaufeli WB, Taris TW, Peeters MC. (2007). Take care! The evaluation of a team-based *burnout* intervention program for oncology care providers. *The Journal of applied psychology*; 92(1):213-27.
68. Steven. G, editor. (2002). *Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention: Presidential address. Annual Meeting of the American Gynecological and Obstetrical Society*; Hot Springs: September 12-14.
69. Butow P, Cockburn J, Girgis A, Bowman D, Schofield P, D'Este C, et al. (2008). Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues: evaluation of a communication skills training program. *Psycho-oncology*; 17(3):209-18.
70. Lopez-Castillo J, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Luna JD, Catalan J. (1999). Emotional distress and occupational *burnout* in health care professionals serving HIV-infected patients: A comparison with oncology and internal medicine services. *Psychotherapy and psychosomatics*; 68(6):348-56.
71. Fridner A, Belkic K, Marini M, Gustafsson Senden M, Schenck-Gustafsson K. (2012). Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological distress? *Swiss medical weekly*; 142:w13626.
72. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, Bechamps G, Russell T, Satele D, et al. (2011). Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives of surgery* (Chicago, Ill: 1960); 146(1):54-62.
73. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. (2014). How does *burnout* affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC health services research*; 14:325.
74. Cano-Langreo M, Cicirello-Salas S, López-López A, Aguilar-Vela M. (2014). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med segur trab*; 60(234):198-218.
75. Mingote Adán JC, Crespo Hervás D, Hernández Álvarez M, Navío M.C. RG-P. Prevención del suicidio en médicos. *Med Segur Trab*; 59:176-204.
76. Siu C, Yuen SK, Cheung A. (2012). *Burnout* among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong medical journal / Xianggang yi xue za zhi*; 18(3):186-92.
77. Hoff T, Whitcomb WF, Nelson JR. (2002). Thriving and surviving in a new medical career: the case of hospitalist physicians. *Journal of health and social behavior*; 43(1):72-91.
78. Zhang Y, Feng X. (2011). The relationship between job satisfaction, *burnout*, and turnover intention among physicians from urban state-owned medical institutions in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC health services research*; 11:235.
79. Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. (2014). An estimate of the cost of *burnout* on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC health services research*; 14:254.
80. Hamidi MS, Bohman B, Sandborg C, Smith-Coggins R, de Vries P, Albert MS, et al. (2018). Estimating institutional physician turnover attributable to self-reported *burnout* and associated financial burden: a case study. *BMC health services research*; 18(1):851.
81. Lopez-Jimenez J M. (2019). La consideración por la OMS del *burnout* como enfermedad profesional es un hito. <https://confilegal.com/20190602-la-consideracion-por-la-oms-del-burnout-como-enfermedad-profesional-es-un-hito/>.
82. Tejero Acevedo R, Graña Gómez JL, Muñoz Rivas M, Peña Fernández ME. (2002). Consideraciones sobre el síndrome *Burnout* como una forma de estrés laboral. Jurisprudencia y legislación relacionadas. *Psicopatología Clínica, legal y forense*; 2(1): 95-115.
83. Gobierno de España. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE. (2015).
84. Sempere-Navarro E. (1999). *El estrés laboral como accidente de trabajo*. Social RdA, editor. Cizur Menor: Editorial Aranzadi, S.A.U.

85. Sánchez Pérez. J. (2016). El síndrome del trabajador quemado (*burnout*) su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral. *Revista de información laboral*, ISSN 0214-6045; 5:8-14, 31-50.
86. Jefatura del Estado. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. 1995. Boletín Oficial del Estado.
87. Jefatura del Estado. LEY 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. Boletín Oficial del Estado. 2003; Nº 298, 13/12/2003. :<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-228611>.
88. López M. Informe de calidad de vida y desgaste profesional del médico: España. *Medscape* [Internet] 1 2012: <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000099>.
89. Oliva. J, Peña. LM, González. B, Urbanos. R, Barber. P, Zozaya. (2018). Crisis económica y salud en España. Madrid: MSCBS; <https://bit.ly/2YVydEJ>.
90. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2017). Informes temáticos basados en el documento sobre el Sistema Nacional de Salud. 2018; <https://bit.ly/2W5PM73>.
91. Castellanos Asenjo. A. (2008). Tesis doctoral sobre Modelo de gestión de prevención en un servicio de Medicina Intensiva. Identificación y valoración de las causas de los niveles de estrés oxidativo. Universidad de Valladolid.
92. Mingote Adán. JC, Moreno Jiménez. B, Rodríguez Carvajal. R, Gálvez Herrer. M, Ruíz López. P. (2009). Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). *Actas Españolas de Psiquiatría*; 37 94-100.
93. Moreno-Jiménez. B, Rodríguez-Carvajal. R, Gálvez. M, Garrosa. E. (2005). Aspectos psicosociales de la práctica clínica. *Atención Primaria y Salud Mental*; 8:12-20.
94. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HW, De Beurs E, Van Dyck R. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General hospital psychiatry*; 26(2):115-20.
95. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. (2016). Interventions to prevent and reduce physician *burnout*: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* (London, England); 388(10057):2272-81.
96. Boudreau JD, Fuks A. (2015). The Humanities in Medical Education: Ways of Knowing, Doing and Being. *J Med Humanit*; 36:321-36.
97. Young RK. (2016). Introducing the Arts and Medicine: JAMA Turns Another Page. *JAMA*; 316:1365.
98. Epstein M. (2014). For a truly humanistic ethic, we need truly humanistic medicine. *Br Med J*; 348:g1133.
99. Glick. SM. (1981). Sounding board. Humanistic medicine in a modern age. *The New England journal of medicine*; 304:1036-8.
100. Orefice. C, Baños. JE, Eds. (2018). *The role of humanities in the teaching of medical students*. Barcelona (Spain): Fundació Dr Antoni Esteve.
101. Pulido y Fernández, Ángel. (1898). Biografía del Dr. D. José de Letamendi y Manjarrés. *Anales de la Real Academia de Medicina*; 2-3: 97-136.
102. Soriano. JB. (2018). On Doctors and Their Operas: A Critical (and Lyrical) Analysis of Medicine in Opera. *Chest*; 154:409-15.
103. Gracia. D. (2004). *Medice, cura te ipsum: Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios*. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid.

La opinión del experto

Situación general de la infección en el anciano en España: un documento multidisciplinar de opinión

Bouza, Emilio^{1,2,3,4}, Brenes, Francisco José⁵, Díez Domingo, Javier⁶, Eiros Bouza, José María⁷, González, José⁸, Gracia, Diego⁹, Juárez González Ricardo¹⁰, Muñoz, Patricia^{1,3,4}, Petidier Torregrossa, Roberto¹², Ribera Casado, José Manuel¹³, Ramos Cordero, Primitivo¹⁴, Rodríguez Rovira, Eduardo⁵, Sáez Torralba. María Eva¹⁶, Serra Rexach, José Antonio^{17,21}, Tovar García, Javier¹⁸, Verdejo Bravo, Carlos¹⁹, Palomo Esteban²⁰

1.- CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES CB06/06/0058), Spain.

2.- Fundación de Ciencias de la Salud.

3.- Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense. Madrid.

4.- Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense. Madrid.

5.- Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Llefia. Badalona. Barcelona. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Urología (Nefrología y vías urinarias) de SEMERGEN.

6.- Director del Área de Investigación en Vacunas. FISABIO-Salud Pública, Valencia.

7.- Catedrático-Jefe del Servicio de Microbiología. Facultad de Medicina y Hospital Universitario "Río Hortega". Valladolid.

8.- Doctor en Farmacia. Universidad Complutense de Madrid.

9.- Catedrático. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Presidente. Fundación de Ciencias de la Salud.

10.- Coordinador adjunto de la Red de Expertos y Profesionales de Urgencias. Sistema de Salud de Castilla la Mancha (Sescam). Médico del Servicio de Urgencias Hospital Nuestra Señora del Prado.

12.- Servicio de Geriátria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

13.- Catedrático Emérito de Geriátria. Universidad Complutense de Madrid. Académico de Número. Real Academia Nacional de Medicina.

14.- Coordinador Médico Asistencial de la Agencia Madrileña de Atención Social. Secretario General de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid.

15.- Vicepresidente Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Madrid.

16.- Enfermera del Centro de Salud de Buenavista. Coordinadora Formación EIR Especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria. Toledo.

17.- Jefe del Servicio de Geriatria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Profesor Asociado de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.

18.- Periodista. Agencia EFE. Madrid.

19.- Jefe de Sección. Servicio de Geriatria. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. Profesor Asociado de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

20.- Doctor en Farmacia. Director Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid.

21.- CIBER de Fragilidad y Envejecimiento Saludable. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, Spain.

Introducción

El envejecimiento de la población en las sociedades más desarrolladas es un hecho incontrovertible. Frente al éxito incuestionable de lograr una prolongación de la vida útil, en una gran proporción de la población, surgen cuestiones de viabilidad de los sistemas de protección social.

Los ancianos van a representar en el año 2030 una proporción superior al 25% de la población y su calidad de vida dependerá, en buena medida, de evitar enfermedades que puedan ser prevenibles como es el caso de las Enfermedades Infecciosas.

Es un hecho bien conocido que los ancianos constituyen un grupo de riesgo para las enfermedades infecciosas de distinto tipo, cuyo diagnóstico y tratamiento se ven dificultados por distintos factores. Sobre este hecho elemental, nos encontramos que faltan, sin embargo, respuestas a preguntas sencillas sobre la dimensión de este problema, su epidemiología, la capacidad de respuesta social al mismo y la necesidad de planificar las medidas preventivas útiles para minimizar el riesgo y reducir sus costes.

Por este motivo, la Fundación de Ciencias de la Salud, que tiene entre sus objetivos principales la Prevención, ha motivado una reunión de debate y opinión sobre la situación de las Enfermedades Infecciosas en los ancianos en España, tratando de dar respuesta a una serie de preguntas aceptadas por todos los participantes.

Este documento trata de reflejar las principales cuestiones discutidas, la documentación aportada sobre las mismas y las conclusiones que fueron consensuadas por el grupo. El documento no tiene intención alguna de proporcionar recomendaciones o guías terapéuticas, sino simplemente aportar datos al debate de la situación de la Infección en población de edad avanzada, particularmente en España y apuntar algunas posibles soluciones a la misma.

El documento final ha sido aprobado por todos los participantes y representa la opinión del conjunto de los mismos.

Material y método

Las preguntas fueron elegidas por los coordinadores y aceptadas por todos los ponentes.

El documento, editado en un primer borrador ha sido enviado a todos los coautores para sus correcciones y enmiendas. El documento final ha sido revisado por todos los autores.

A continuación, pasamos a revisar las preguntas formuladas, la argumentación aportada y la conclusión a que se llegó en cada una de ellas.

Pregunta 1.- ¿A qué nos referimos cuando hablamos de ancianos? ¿Cuántos hay en España? ¿Cuántos va a haber en un futuro inmediato?

Exposición

La OMS publica informes sobre el envejecimiento y salud, o la vejez y sus consecuencias, de manera periódica, al menos desde los años 60 del pasado siglo. Los citados aquí son unos más. Reproducimos íntegramente un párrafo [1, 2] “Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir más allá de los 60 años. En los países de ingresos bajos y medianos, esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas. En los países de ingresos altos, el aumento sostenido de la esperanza de vida actualmente se debe sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores”. El informe se centra en una redefinición del envejecimiento saludable que se basa en la noción de capacidad funcional: la combinación de la capacidad intrínseca del individuo, las características ambientales pertinentes y las interacciones entre el individuo y estas características

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística [3], actualmente el 18,7% de la población tiene más de 65 años. Esto supone unos 8,7 millones de personas. Si nos centramos en los mayores de 85 años, actualmente suponen el 6% del total de la población (unos 2,8 millones). Las previsiones, para el año 2031, sitúan a los mayores de 65 años en 12 millones de personas (el 26,2% de la población) y a los mayores de 85 años, en 3,9 millones (el 8,5% de la población). Por tanto, entre 1960 y 2031, el número de personas mayores de 65 años se habrá multiplicado por 5 (de 2,5 a 12 millones), y el porcentaje por 3 (de 8,2 a 26,2%), mientras que el número de mayores de 80 años se multiplicará por 10 (de 370.000 a 3,9 millones) y el porcentaje por 6 (de 1,2% a 8,5%).

Sentadas las cifras, es necesario aclarar que, según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (DRAEL), “viejo” es “aquella persona de edad, comúnmente la que cumplió 70 años”. Sin embargo, la edad es un valor puramente teórico para distinguir una persona como “vieja” o “anciana”. Considerar los 65 años como umbral para iniciar la vejez viene de finales de siglo XIX, cuando menos de un 10% de los

nacidos alcanzaban esa edad. Hoy en día, más del 90% de las personas alcanzan los 65 años, por lo que este límite de edad cada vez se desplaza hacia edades mayores.

Actualmente el concepto de “viejo” se relaciona más con la “función” que con la edad. Así, el DRAEL define la salud como “aquel estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. Por esto, uno de los aspectos más relevantes para considerar a una persona “vieja” es que necesite ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (baño, vestido, alimentación, desplazarse, etc.). Podemos encontrar a personas en sus 80 años totalmente independientes y otras de 60 años con un elevado grado de dependencia.

Por lo tanto, el colectivo de “ancianos” es enormemente heterogéneo en aspectos tales como la prevalencia de enfermedades crónicas (cardiopatía isquémica, hipertensión, diabetes, epoc, etc.), la necesidad de consumo de fármacos y la existencia o inexistencia de problemas físicos, mentales (demencia, depresión) o sociales (soledad, aislamiento, pobreza).

Conclusión

La definición de anciano es artificial y se refiere a toda aquella persona que superando una edad determinada (que puede establecerse en 65, 70 o más años) tiene seriamente limitado el ejercicio de sus funciones físicas, mentales o sociales.

En nuestra sociedad, y en el momento actual, cumplirían una definición de anciano, basado exclusivamente en el criterio de edad, casi el 20% de la población, pero se estima, que, con ese criterio, dicho porcentaje en España será mayor del 25% para el año 2031.

Pregunta 2.- ¿Cuáles son las razones de la predisposición del anciano a la infección?

Exposición

Los cambios que tienen lugar a lo largo del proceso de envejecer favorecen la existencia de infecciones. La explicación más simple es que con la edad aumenta el numerador de la ecuación agresión/defensa (mayor llegada de microorganismos que, además, son más virulentos) y se reduce el denominador (menor capacidad de defensa por parte del organismo). Podemos, por tanto, dividir las causas de la predisposición del anciano a la infección en aquellas que dependen de los microorganismos y las que dependen de los mecanismos de defensa del huésped.

No hay evidencia de que la microbiota del anciano sea cuantitativamente distinta a la de poblaciones más jóvenes, ni necesariamente más agresiva. Sin embargo, es un hecho incontestable que las infecciones previas, los tratamientos antimicrobianos, la mayor facilidad de adquisición de microorganismos y la convivencia en proximidad con otros ancianos, puede predisponer a la colonización y posterior infección con microorganismos multi-resistentes, con la presencia de “sobreinfecciones”, con la peor respuesta a los antimicrobianos y con el aumento de resistencias a los mismos.

En el aspecto de los mecanismos de defensa del huésped, hay muchos factores que convierten al anciano en un paciente más lábil. Las barreras mecánicas, por ejemplo, constituyen el primer elemento de defensa, pero experimentan un deterioro progresivo

a lo largo del envejecimiento que facilita la entrada de microorganismos. La piel y las mucosas experimenten pérdidas fisiológicas y, con frecuencia, también, derivadas de enfermedades locales o sistémicas. Sus cambios más importantes son: adelgazamiento, con pérdida de células epiteliales y mucosas, peor hidratación y vascularización, pérdida de elasticidad, disminución de las secreciones glandulares mucosas de péptidos antimicrobianos, peor cicatrización, pérdida de macrófagos celulares en la piel (células de Langerhans) e inmovilidad con aumento de la presión local en determinadas zonas.

En el aparato respiratorio se añade disminución del número de cilios y enlentecimiento de su actividad, reducción de los macrófagos alveolares, disminución del reflejo tusígeno y mayor dificultad para eliminar las secreciones. En el digestivo es frecuente la presencia de divertículos en su mucosa que actúan como reservorios de microorganismos. También las pérdidas en la función secretora con tendencia a la aclorhidria gástrica, pero, sobre todo, motora, lo que a nivel esofágico puede favorecer fenómenos de aspiración. En el aparato urogenital suelen existir alteraciones derivadas de embarazos, partos, cirugías previas y manipulaciones locales que dificultan el libre flujo de orina. En esta línea, cabe añadir lo frecuente de someter al anciano a exploraciones diagnósticas o terapéuticas que pueden favorecer las infecciones.

Además del deterioro de las barreras mecánicas, existen pérdidas en los mecanismos inespecíficos de defensa. Entre ellas la limitación para incrementar el flujo sanguíneo y la permeabilidad vascular en los puntos de entrada de la infección. También empeora la capacidad para movilizar con rapidez los polimorfonucleares y la agilidad de la función fagocitaria. La capacidad quimiotáctica disminuye a partir de los 70 años, como lo hace la capacidad para la destrucción intracelular de microorganismos. Envejecer se asocia a un estado pro-inflamatorio crónico, progresivo, inespecífico, de bajo nivel, para el que la literatura inglesa ha acuñado el término “*inflammageing*”, lo que favorece un ambiente propicio a la infección y limita más aún las posibilidades de una respuesta eficaz ante la misma.

El deterioro de la inmunidad adaptativa (“inmunosenescencia”) asociada al proceso de envejecer, se conoce desde hace años y afecta tanto a la inmunidad innata como a la adquirida[4-6]. La inmunosenescencia incluye las pérdidas cualitativas en las subpoblaciones de linfocitos T con menor actividad de los CD-4 cooperadores, de los CD-8 citotóxicos y una limitación para generar el factor de crecimiento de las células T. El envejecimiento determina una tendencia a invertir la relación entre células T CD4/CD8. El número de células dendríticas se reduce con la edad y se ve limitada la respuesta de las células NK a las citoquinas estimuladoras. Aumenta, también, la actividad de los CD-8 supresores. Los linfocitos B ven limitada su capacidad para producir anticuerpos y para responder a los antígenos externos. Además, se produce un aumento en la producción de autoanticuerpos y de inmunocomplejos circulantes.

Un tercer grupo de factores que añadir a los microorganismos y al individuo son los ambientales y sociales, tales como el descuido de la higiene, la pobreza, el aislamiento y el sedentarismo. El hecho de vivir en residencias o el aumento en las hospitalizaciones favorece una exposición ambiental insuficientemente cuantificada [7].

Conclusión

Hay múltiples factores que explican la mayor incidencia de infecciones en el anciano. Las más claras son las que tienen que ver con alteraciones de los mecanismos defensivos de barrera. La inmunosenescencia es un concepto complejo que incluye diversas alteraciones de la inmunidad del anciano.

Pregunta 3.- ¿Cuáles son los principales síndromes clínicos de infección en el anciano?

Exposición

La frecuencia, e incluso la etiología de las infecciones que afectan al anciano varían en función del entorno clínico (domicilio, residencia, hospital) y del estado funcional del paciente. En personas mayores, independientes y sanas, son frecuentes los cuadros respiratorios causados por virus o bacterias prevalentes en la comunidad, las Infecciones del Tracto Urinario (ITUs), relacionadas o no con catéter y las infecciones intra-abdominales (colecistitis, diverticulitis). Por el contrario, en ancianos institucionalizados, predominan las ITUs relacionadas con el catéter vesical, las neumonías aspirativas, las infecciones de piel y partes blandas y las del Tracto Gastro-Intestinal (TGI). En ancianos hospitalizados hemos de considerar las neumonías nosocomiales, las infecciones asociadas a catéter intravascular y las infecciones por *C. difficile* como las más prevalentes [8-14].

Son escasos los datos que analizan, de manera global, la frecuencia comparativa de los distintos síndromes. En ancianos que viven en residencias, predominan las ITUs (al menos 30-40% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria), las infecciones respiratorias, las de piel y partes blandas y las del TGI [15]. En un reciente estudio descriptivo multicéntrico español, realizado en 49 servicios de urgencias, se incluyeron 11.399 pacientes, de los que 4.255 (37,3%) tenían al menos 65 años. En comparación con los adultos más jóvenes, los pacientes ancianos (media de 78,8 años) presentaron con más frecuencia infección respiratoria, urinaria e intra-abdominal, mientras que no hubo diferencias en la frecuencia de otros síndromes [16]. Estos datos se confirman en estudios chinos que analizan pacientes ancianos que acuden a servicios de urgencias y que también demuestran una incidencia significativamente más elevada de infecciones respiratorias y urinarias [17, 18].

En el caso de la ITU, la prevalencia relativa se ve influida por el sexo del paciente. Así, en residentes de centros de cuidados a largo plazo (LTCF) y en ancianos hospitalizados, la ITU es la causa número uno de infección y es la segunda más frecuente en mujeres mayores que viven en la comunidad [19]. La incidencia en hombres oscila entre 0,05/persona año (1/20) en los hombres de 65-74 años y llega a 0,08 (1/12) en los hombres mayores de 85 años. En las mujeres, la incidencia de ITU se incrementa con la menopausia (0,07 por persona/año: 1/14), aumentando a 0,13 por persona-año (1/7,5) después de los 85 años [20]. En pacientes portadores de sonda vesical permanente, la incidencia de ITU es de 3,2 casos por cada 1.000 días de catéter, en comparación con solo 0,57 por 1.000 días para todos los residentes (x18). La bacteriemia de origen urinario fue de 3 a 39 veces más común en pacientes con sondaje urinario permanente [20] y la ITU es también la causa más frecuente de bacteriemia comunitaria en el anciano (40-57%).

Con respecto a las infecciones respiratorias, la incidencia anual de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) oscila entre los 8-18,2 episodios por cada 1.000 personas mayores de 65 años y representa el 30% - 40% de las hospitalizaciones en este grupo de edad [21]. En Japón, el 96% de las muertes por neumonía ocurren en pacientes mayores de 65 años. El riesgo de NAC es 4 veces superior en mayores de 65 años frente a menores de 45 años y 10,8 veces mayor en los mayores de 85 años en comparación con los adultos de 50 a 64 años. Son también frecuentes en este rango de edad las infecciones virales, como veremos después.

Conclusión

Las infecciones más prevalentes en el anciano dependen de la situación del mismo. En ancianos independientes, las infecciones más frecuentes son los cuadros respiratorios causados por virus o bacterias prevalentes en la comunidad, las infecciones del tracto urinario y las infecciones intra-abdominales. Por el contrario, en ancianos institucionalizados, predominan las ITUs relacionadas con catéter vesical, las neumonías por aspiración, las infecciones de piel y partes blandas y las del tracto gastro-intestinal.

Pregunta 4.- ¿Qué microorganismos son más frecuentes? ¿Cómo impacta el problema de la multi-resistencia en el anciano?

Exposición

Es importante recordar que las infecciones en los ancianos pueden estar causadas por una mayor variedad de microorganismos que en la población más joven, por lo que es esencial obtener muestras para el cultivo antes de administrar tratamiento antimicrobiano empírico [8]. Así, por ejemplo, mientras que la inmensa mayoría de las ITUs en pacientes jóvenes están causadas por *E. coli*, en ancianos su importancia relativa es menor. En el caso de la neumonía, hay mayor incidencia de Bacilos Gram Negativos (BGNs) y en lo que respecta a las meningitis, raramente son de etiología viral, mientras que habremos de considerar a los BGNs y *Listeria monocytogenes*.

En un estudio español, incluyendo 333 pacientes ancianos (edad media de 81,6 años), con ITU, los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *E. coli*, (67%), *Enterococcus faecalis* (15%), *Klebsiella pneumoniae* (10%) y *Pseudomonas aeruginosa* (9%). Hasta en un 8% de los casos se aisló más de un microorganismo en la orina. La frecuencia de bacteriemia fue más elevada con *E. coli* y menor con *E. faecalis* y *P. aeruginosa* y la bacteriemia no se asoció a un peor pronóstico [22]. La frecuencia de multi-resistencia se incrementa con la edad y la comorbilidad. En este estudio español, la proporción de aislados de *E. coli* y *K. pneumoniae* productores de Beta-Lactamasas de Espectro Extendido (BLEE) fue de 20.1% y 36.3%, respectivamente, y en el trabajo previamente mencionado de pacientes que acudían a servicios de urgencias, los ancianos acumulaban más factores de riesgo de multi-resistencia ($p < 0,001$) y sufrieron con mayor frecuencia síndrome séptico ($p < 0,001$) [16].

Existen pocos estudios que analicen la etiología global de las infecciones respiratorias en los pacientes mayores, y la mayoría de los trabajos se centran en describir poblaciones o grupos de patógenos concretos. La tasa de filiación etiológica de las infecciones respiratorias en los ancianos es muy baja (<30%), y esto se debe, entre

otras cosas, a la dificultad de muchos pacientes de producir esputo y a la alta frecuencia de tratamiento empírico [21]. Si analizamos la etiología de las NAC, el patógeno más frecuente es *S. pneumoniae* (20-80%), seguido por *H. influenzae* (3-39%), virus respiratorios (3-30%), *Legionella spp.* (1-17%) y BGNs (3-14%). Es necesario recordar la importancia de los patógenos virales también en esta población, ya que la tasa de prescripción de antimicrobianos innecesarios es muy elevada en ellos (46% de los ancianos con cuadro viral) [23]. En un estudio realizado en China, en 6 hospitales centinela, se observó que el 31,64% de los pacientes ancianos con infección respiratoria tenían una etiología viral (41,8% entre las infecciones extra-hospitalarias y 25,7% entre las nosocomiales) [24]. La causa más frecuente fue la gripe (14% de todos los pacientes estudiados). VRS es también un patógeno significativo en esta población [25, 26].

La causa más importante de infección del TGI en el anciano es *Clostridioides difficile*. La infección por *C. difficile* (CDI) es en la actualidad la infección nosocomial más prevalente, y afecta, en más del 70% de los casos, a pacientes mayores de 65 años [27]. Además, es en esta población en la que CDI causa una mayor morbi-mortalidad, habiéndose descrito en EE.UU. un incremento de la mortalidad relacionada con CDI desde 5,7 a 23,7 muertes por millón de habitantes y año, desde 1999 a 2004 [28] en pacientes con una edad media de 84 años. Es interesante destacar la seguridad de emplear las mismas opciones terapéuticas en los pacientes ancianos, incluyendo el trasplante de microbiota fecal [29, 30].

Conclusión

Los microorganismos causantes de infección en el anciano son, cualitativamente, los mismos que en la población de otros grupos de edad, si bien hay variaciones cuantitativas. Dependiendo del tipo de infección existe un mayor predominio de infecciones por Bacilos Gram negativos y las enfermedades de base y los tratamientos previos, aumentan el riesgo de infección por bacterias multi- resistentes.

Pregunta 5.- ¿Dónde se adquieren estas infecciones? ¿Qué proporción son adquiridas en residencias de ancianos? ¿Y en el domicilio? ¿Y en el hospital?

Exposición

Además del medio hospitalario y domiciliario, el anciano puede adquirir infecciones en cualquier otro lugar y, en particular, en otras unidades asistenciales. Esta es la razón por la que, desde hace casi 20 años (2.002) se empezara a utilizar el término de “Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria” que no solo se limita a pacientes hospitalizados, sino que amplía el concepto a pacientes en contacto con el sistema sanitario (domicilio de pacientes con alta comorbilidad y complejidad; Centros de día; Unidades de cirugía mayor ambulatoria; Centros de diálisis ambulatoria; Centros sociosanitarios para enfermos crónicos o convalecientes).

En las residencias es donde, en mayor medida, van a ser atendidos los pacientes con más comorbilidades, consumo de polifarmacia, alto grado de dependencia y con una elevada prevalencia de dispositivos invasivos (catéter vesical, sonda nasogástrica, gastrostomías percutáneas). Además, el ambiente puede facilitar la transmisión de microorganismos entre residentes y personal sanitario, así como entre los residentes. Por todo ello, se puede generar un uso excesivo o inapropiado de antibióticos de

amplio espectro, de forma empírica o profiláctica, existiendo una gran dificultad para organizar unas medidas preventivas eficaces.

En los Estados Unidos de América se estima que viven en residencias de ancianos aproximadamente 1,5 millones de personas que sufren anualmente entre 1,6 y 3 millones de episodios de infección [31]. La prevalencia de infecciones en dichas residencias se calcula en un 10% de los ingresados [32] y la incidencia de nuevas infecciones se estima entre 4 y 5 episodios por cada 1.000 días de estancia en la residencia [33, 34]. Las cifras se elevan a 11 entre los que tienen algún tipo de material protésico [35].

Disponemos de varios estudios europeos HALT (*Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long term care facilities*), con participación de 24 países, entre los que estaba España, con una prevalencia de infección del 4.7% y del 5% en dos diferentes momentos [36-38].

En un estudio multi-céntrico francés, llevado a cabo en 578 residencias de ancianos, con 445.000 camas, muestra una prevalencia de infección del 11.23% [39].

Los primeros datos sobre infección en residencias de ancianos en España, proceden del estudio EPINGER, realizado en centros socio-sanitarios de Cataluña, comunicando una prevalencia del 6,5%, si bien habría que puntualizar que en Cataluña el concepto de centro socio-sanitario incluiría a pacientes de media-larga estancia, mientras que en el resto de las comunidades autónomas españolas este concepto se ceñiría solo a las residencias [40]. En otro estudio, realizado por la Fundación Matía de San Sebastián, se comunica una prevalencia de infección entre el 6.44% y el 4.80%[41].

Datos derivados del estudio VINCAt, en Cataluña, arrojan una prevalencia de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en los centros de cuidados prolongados, del 10,2%, con una gran diversidad, dependiendo del tipo de Unidad asistencial (subagudos 22,3%, paliativos 18,7%, convalecencia 11,7%, larga estancia 8,1%)[42].

El domicilio es el medio más recomendable para que viva el mayor sano e incluso el paciente mayor, recayendo la atención sanitaria sobre los profesionales de Atención Primaria, aunque en ocasiones con la colaboración de algunos recursos hospitalarios.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó por primera vez los resultados de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), una herramienta que permite conocer de forma más precisa y sistematizada cuáles son los principales problemas de salud atendidos en España por los médicos del primer nivel asistencial. Gracias a este registro, se dispone de un panorama detallado de los problemas de salud de la población española obtenido de Atención Primaria [43]. En esta base de datos, las infecciones aparecen entre los mayores de 64 años con una frecuencia elevada, de 634,1 casos en un año por cada 1.000 personas (569,9‰ hombres y 682,7‰ mujeres). Las más frecuentes corresponden al aparato respiratorio (317 casos/1000 personas/año), seguidas por las infecciones del aparato urinario con (84,4 casos/1000 personas/año) y claro predominio femenino.

Finalmente, las infecciones nosocomiales, son las que ocurren en pacientes hospitalizados y se presentan más de 48 h después del ingreso. Se adquieren por transmisión desde el ambiente, desde otros pacientes o desde el personal sanitario.

Se considera que son la causa más prevenible de eventos adversos graves en pacientes hospitalizados [44]. En general, estas infecciones están relacionadas con procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos (cateterización uretral, procedimiento quirúrgico, catéter vascular, ventilación mecánica invasiva), teniendo en común todas ellas la disrupción de las defensas propias del huésped por un dispositivo o una incisión, permitiendo la invasión de microorganismos que forman parte de la microbiota habitual del paciente (microbiota endógena), o seleccionada por la presión antibiótica selectiva (microbiota secundariamente endógena), o por la que se halla en el entorno hospitalario (microbiota exógena).

Para conocer los principales datos epidemiológicos de las infecciones hospitalarias, se desarrolló el estudio EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España), que se trata de un sistema multi-céntrico de vigilancia de las infecciones nosocomiales, basado en el desarrollo de un estudio anual de prevalencia, que desde 1990 se viene realizando en un numeroso grupo de hospitales de España y que fue promovido por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Su metodología garantiza una recogida de la información homogénea y sistemática, que permite conocer la prevalencia de Infecciones Relacionadas con el Sistema Sanitario (IRAS9 a nivel nacional, por CCAA y hospitales). Desde 2012, cada 5 años el estudio EPINE se desarrolla conjuntamente con el estudio Europeo (años 2012 y 2017) bajo la coordinación del ECDC [45].

En base a los últimos datos publicados, en noviembre de 2017 (313 hospitales y 61.673 pacientes), se ha comunicado una prevalencia de infección nosocomial en pacientes mayores de 65 años del 6.07% (infecciones adquiridas durante el presente ingreso), del 7.45% (infección adquirida en el presente ingreso o en uno previo) y del 8.76% (la total, incluyendo la propia del centro o la importada). Hay que destacar asimismo que, en este registro aparece identificado que en un 22% de los pacientes mayores de 65 años, ingresados por una infección, esta había sido adquirida en la comunidad (domicilio del paciente).

Conclusión

El domicilio, las residencias y centros socio-sanitarios, los centros asistenciales distintos del hospital y el propio hospital, son frecuentemente los lugares de adquisición de infecciones en el anciano. Los estudios revisados permiten estimar en España una prevalencia de infección entre el 4 y 10% en las residencias de ancianos, dependiendo de su complejidad y de entre el 6 y el 9% en ancianos hospitalizados. En Atención Primaria y en el medio Residencial, no se dispone de un registro epidemiológico homogéneo de este problema.

Pregunta 6.- ¿Qué proporción de las infecciones graves del anciano requieren hospitalización? ¿Por quién son tratadas?

Exposición

En los Estados Unidos de América, los enfermos mayores de 65 años suponen casi el 40% del total de ingresos en adultos y el coste de dichas hospitalizaciones representa cerca del 50% del coste total por hospitalización, aunque los mayores de 65 años supongan menos del 20% de la población adulta total [46, 47] . Los mayores de 65 años ingresan en hospitales con una frecuencia tres veces mayor que los que tienen

entre 45 y 65 años y los de 85 o más años suponen el 9,2 % de todas las altas hospitalarias, aunque representen solo el 1,8 % de toda la población.

Las enfermedades infecciosas son la segunda causa de dichos ingresos (16,2%), solo superadas por las enfermedades cardiovasculares (28,6 %). La neumonía y la sepsis son las infecciones que más frecuentemente motivan el ingreso en esta población [48]. La población anciana, además, tiene tiempos de estancia hospitalaria (5,5 días en mayores de ≥ 65 años) más prolongados que la que tiene aquellos de entre 45 y 64 años (5,0 días) y de la de los que tienen entre 15 y 45 (3,7 días) [49].

Los ancianos son tratados por prácticamente todas las unidades de un hospital pero merece la pena mencionar que los mayores de 65 años representan el 40% de los ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos [50]. El otro grupo de interés es el de las Unidades Geriátricas especializadas, no disponibles en todos los hospitales, que han demostrado que mejoran el estado funcional de los pacientes y disminuyen el número de altas a residencias de larga estancia [51].

En un trabajo de Saliba y colaboradores, llevado a cabo en Israel [52], sobre un total de 81.077 ingresos hospitalarios en ancianos, entre 2001 y 2010, la proporción de ingresos debidos a enfermedades infecciosas se elevó desde el 16,9% en 2001 a un 19,3% en 2010. Globalmente, las infecciones causantes de ingreso más frecuentes fueron: las del Tracto Respiratorio Inferior (TRI) (41,0%), seguidas por las ITUs (21,4%), Tracto Respiratorio Superior (10,2%) y las hepatobiliares (9,8%).

En España no disponemos de respuestas precisas a las preguntas formuladas. La proporción de infecciones graves en el anciano que requieren hospitalización depende de varios factores: tipo de infección, gravedad de la misma y otros factores como el grado de fragilidad del anciano, su lugar de residencia y las posibilidades que tiene de recibir cuidados en su domicilio. El entorno y los recursos disponibles también influyen en la decisión de hospitalización. De cualquier manera, en nuestro medio, la mayoría de las infecciones graves en el anciano requerirán hospitalización al menos unas horas.

En España, las infecciones graves en el anciano pueden ser tratadas por diferentes profesionales según el tipo de infección, la gravedad y el entorno en el que tengan lugar. Un elevado porcentaje son tratadas por especialistas hospitalarios “generalistas”, o geriatras. Allí donde se dispone de especialistas en enfermedades infecciosas por supuesto que participan en su manejo, bien sea en sus propias camas o como interconsultores. También pueden ser atendidas por especialistas del órgano afectado como cirujanos ortopédicos en el caso de infecciones de material protésico, o cirujanos vasculares en el caso de infecciones de úlceras vasculares. Y si, finalmente, no se decide el ingreso hospitalario, el paciente es atendido por el equipo de atención primaria.

Como ejemplo, hemos recogido las infecciones del tracto urinario atendidas en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón entre los años 2015 al 2018. Cuando la UTI es el diagnóstico principal que motiva el ingreso (alrededor de 700 casos al año) cerca del 90% de los casos son atendidos en los Servicios de Medicina. Cuando se trata del diagnóstico secundario (unos 2.000 casos al año), los Servicios de Medicina Interna y Geriátrica cuidan alrededor del 75% de los casos.

Los programas preventivos, como los programas de vacunación de gripe, disminuyen en porcentajes próximos al 30% las necesidades de ingreso por infección respiratoria tanto fuera como dentro de España [53-55].

Conclusión

No nos ha sido posible responder con precisión a la pregunta sobre las cifras de hospitalización por infección en ancianos en España. Datos de fuera de España permiten estimar que la infección es la segunda causa de ingreso en pacientes mayores de 65 años y que la neumonía y otras causas de sepsis bacteriana, son los motivos principales, particularmente la sepsis de origen urinario.

Solo una minoría de los ancianos que ingresan por infección son tratados en Unidades Geriátricas específicas y la mayoría ingresan en servicios generales de Medicina.

Pregunta 7.- ¿Cuál es la carga de trabajo que suponen los pacientes ancianos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios?

Exposición

El número de visitas a los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) aumenta progresivamente desde hace décadas. Este incremento es mayor en los ancianos, cuya población origina entre el 15-25% del total de las visitas a los mismos [56]. La incidencia y el impacto de la infección en los SUH se estima, con bastante fiabilidad. En España es de un 14,3%, un 21% en EE.UU. y alrededor del 30-40% en países como Nicaragua o México [57].

El anciano se caracteriza por tener una mayor probabilidad de presentación atípica de enfermedades, de padecer pluripatología y de consumir muchos fármacos. En lo referente a la atención urgente, esto implica una evaluación clínica más compleja, que se traduce en una mayor solicitud de pruebas complementarias y de consultas a otros especialistas, estancias más prolongadas en Urgencias (salas de observación prolongada y UCEs), así como una mayor probabilidad de ingreso, de ser dado de alta con problemas no detectados o tratados y de visitas a Urgencias [58]. Todo ello conlleva un elevado riesgo de presentar episodios adversos [58] y una repercusión importante en la presión asistencial, traduciéndose en un efecto negativo en la saturación de los SUH [59, 60].

Así mismo, la prevalencia del anciano frágil en la comunidad varía en función de los criterios diagnósticos. En un estudio realizado en los ancianos ingresados en la sala de observación de un SUH de un hospital terciario español, se verificó que solo uno de ellos no tenía ningún criterio de fragilidad y al ingreso casi la mitad sufrían dependencia importante [61]. La detección del paciente de alto riesgo o frágil es fundamental para estos Servicios, de cara a la toma de decisiones y principalmente a la del alta directamente desde urgencias.

Podríamos resaltar que en el último trabajo del grupo INFUR-SEMES, en un estudio llevado a cabo en 49 SUH españoles, el 31,7% de las infecciones se produjo en pacientes mayores de 70 años. De ellas 36% eran urinarias y 51,2% de vías respiratorias bajas. Concluyendo, al comparar con un estudio similar, realizado doce años antes, que se observa un aumento en la prevalencia de infecciones, con un perfil de paciente de mayor edad, comorbilidad, factores de riesgo de microorganismos

multi-resistentes y síndrome séptico [62]. Este último casi siempre se presenta como un cuadro confusional agudo, lo que implica un complejo diagnóstico diferencial.

Además, según nuestro criterio, en estos servicios, la valoración urgente no se debe centrar únicamente en el episodio aislado por el que se consulta, sino que hay que reconocer las peculiaridades del anciano, su situación funcional, mental y social. Esto supone una gran carga de trabajo para los SUH.

Por último, deberíamos tener en cuenta que la formación del médico de Urgencias sobre estos aspectos es limitada [63] consecuencia directa de la autoformación de los actuales profesionales, no siempre completa, y de la falta de una especialidad médica reglada en urgencias.

Conclusión

En España, entre el 15 y el 25% de las visitas a los servicios de urgencias ocurren en ancianos. Los ancianos acuden en un 14,5% de las veces por infecciones y una tercera parte de las infecciones que se ven en los servicios de urgencias ocurren en ancianos. La población de más de 65 años que acude a urgencias tiene con frecuencia pluripatología y manifestaciones clínicas de la infección que pueden resultar atípicas.

Pregunta 8.- ¿Qué parte de la infección del anciano se resuelve en primaria? ¿Qué parte de la vacunación se realiza en la consulta de primaria?

Exposición

En el Sistema Nacional de Salud Español, la actividad urgente supone un total de 47,2 millones de consultas al año. De las que 26,5 millones, se atienden en el ámbito de la atención primaria (AP) (ambulatorio o domicilio), con una frecuentación media de 0,6 personas/año [64]

Un tercio de las consultas de urgencia en AP se relacionan con infecciones [65]. En el paciente mayor, las infecciones son más frecuentes y graves, asociándose a una mayor morbilidad y mortalidad [65-67].

Entre los mayores, la tasa de infecciones llega a 634,1 casos por cada mil personas y año. Las más frecuentes corresponden al aparato respiratorio (317 casos por mil), destacando las del tracto respiratorio superior, seguidas de bronquitis y bronquiolitis agudas y de neumonías [67] [65, 68, 69]. En segundo lugar, las ITUs que afectan mayoritariamente a las mujeres (114,8 casos por mil frente a 44,2 por mil en el varón)[67]. A las anteriores le siguen las infecciones de piel y partes blandas [69]. La mayoría de estos cuadros se atienden en Primaria y se derivan, solamente, aquellas situaciones de diagnóstico incierto y más grave.

En un 75-80% de las ocasiones la NAC se diagnostica en AP [65, 70] y *Streptococcus pneumoniae* es el causante de dos terceras partes de las mismas. Las formas invasoras de enfermedad neumocócica (ENI) son manifestaciones menos habituales, ocurren en pacientes con determinados factores de riesgo y tienen unas elevadas tasas de mortalidad [70].

La gran mayoría de los programas de vacunación en España se llevan a cabo en atención primaria pero el calendario de vacunación en personas mayores ni es completo ni es fomentado como debiera.

Conclusión

La tasa de infecciones en ancianos supera los 500 episodios por 1.000 enfermos y año. La atención primaria maneja la gran mayoría de estos episodios y deriva solamente los más graves.

La atención primaria es la responsable del programa de vacunación en ancianos que acuden a demandarla. El calendario de vacunación en personas mayores ni es completo ni es proactivamente fomentado.

Pregunta 9.- ¿Qué suponen en días de hospitalización, gasto económico y muerte la infección en el anciano?

Exposición

Realizar una aproximación a datos/cifras de variables como “días de hospitalización, gasto económico y muerte” en una entidad tan amplia como la de “infección en el anciano” resulta enormemente complicado. Hay que tener en cuenta que la patología infecciosa es muy variada y que puede afectar a personas con diferente ubicación (comunidad, centro de cuidados sociosanitarios o el propio hospital) y condiciones. Por ejemplo, hablando de residencias de ancianos, Lim y colaboradores estiman 4 episodios de infección por cada 1.000 días acumulados de estancia en la residencia en un pequeño colectivo de Australia [71] mientras que datos norteamericanos, de mucha mayor dimensión, refieren que un 12% de los residentes de instituciones para ancianos tenían una infección en el momento de realizar el estudio [32]. Esto lleva a estimar en este contexto entre 1,64 y 3,83 millones de episodios de infección por año [31] con costes anuales no inferiores a los 1.000 millones de dólares USA, anteriores al año 2.000.

En un estudio llevado a cabo en Brasil, se estima en 28.714 reales brasileños (6.305 €) el coste de una infección en el anciano que precisa ingreso. Los pacientes están ingresados una mediana de 24 días frente a una mediana de 9 días entre los ancianos ingresados por causas no infecciosas [72]. De ese coste, solo el 5% es atribuible a la adquisición de antibióticos.

En un ensayo clínico multinacional en infecciones de piel y partes blandas que comparaba linezolid con vancomicina y que incluyó a 1.200 individuos, un 22,7% de los pacientes eran mayores de 65 años. La duración de la estancia hospitalaria en los pacientes ancianos fue de 6,8 días en los pacientes que recibían linezolid frente a 10,3 en los que recibían vancomicina. El coste medio de la hospitalización fue de 4.510 \$ de 2002 frente a 6.478 para los tratados con vancomicina.

Hay mayor volumen de datos para la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) [73-76]. El coste de la NAC varía mucho en función de donde se desarrolla el tratamiento. Un estudio español [77] observó un coste de solo 196 € en el caso ambulatorio, frente a 1.153€ en la neumonía que requiere hospitalización. Aunque los costes fueron mayores para los sujetos ≥ 65 años.

La mortalidad se incrementa de forma significativa en el paciente mayor (25%) respecto a la población general (10%). Hay que destacar una publicación en nuestro país con una muestra de 2.049 sujetos, donde la mortalidad por neumonía se relaciona más claramente con el segmento de edad que con el agente etiológico [78].

Conclusión

No hemos encontrado datos precisos que estimen de forma global los días de hospitalización, la tasa de mortalidad y el gasto que supone la infección en el anciano. Solo se obtienen datos para tipos concretos de infecciones y en determinadas situaciones (residencias de ancianos), pero no cabe duda de que las cifras son muy elevadas.

Pregunta 10.- ¿En qué medida crees que son evitables las infecciones del anciano? ¿Qué proporción podría evitarse con la adecuada vacunación? Exposición:

En un artículo publicado por Umscheid y colaboradores [79], no específicamente dedicado al mundo de los ancianos, se estima que en el medio hospitalario podrían prevenirse el 65-70% de los casos de bacteriemia relacionada con el catéter o de infección urinaria asociada a la sonda y el 55% de las neumonías del ventilado mecánico o de las infecciones de piel y tejidos blandos, utilizando la metodología disponible en la actualidad.

Un programa de control de infección en pacientes mayores incluye métodos de vigilancia y registro de las infecciones, registro y manejo de microorganismos multi-resistentes, planes de contingencia de brotes, política de aislamientos y precauciones estándar, programas de higiene de manos, educación continuada de los empleados, planes de salud de los residentes, auditorias y planes de comunicación de incidencias a las autoridades sanitarias [80]. Este conjunto de recursos no está disponible para la mayoría de los ancianos del mundo.

Un grupo de expertos, reunidos en un estudio Delphi sobre medidas de prevención de infecciones en pacientes ingresados en instituciones para mayores, acordaron 302 recomendaciones [81], pero desgraciadamente el nivel de evidencia sobre la eficacia de cada una de ellas es muy escaso.

Los datos sobre la reducción de distintas infecciones con distintas medidas son tremendamente dispersos y escasos. Algunos ejemplos son la reducción de un 53% de infecciones periprotésicas con profilaxis antibiótica [82], la reducción de un 60% de los episodios de gripe con separación física de los más pequeños y de los ancianos [83] o la disminución de episodios de neumonía neumocócica en un 48% con vacuna 23 valente [84].

Makris y colaboradores [85] realizaron un estudio para probar el efecto de un programa de control de infección en 8 instituciones para ancianos en los Estados Unidos de América. Dividieron los centros en centros de prueba (4) y centros de control (4) y estudiaron la incidencia de infecciones en ambos grupos antes y después de introducir el programa. En el año anterior a la intervención, los lugares de prueba experimentaron 743 infecciones (tasa de densidad de incidencia, 6,33) y los de control 614 infecciones (tasa de densidad de incidencia, 3,39). En el año de intervención, los centros de prueba informaron de 621 infecciones, lo que supone una disminución de 122 infecciones (tasa de densidad de incidencia, 4,15), mientras que en los centros control, el número de infecciones aumentó ligeramente, hasta 626 (tasa de densidad de incidencia, 3,15). La mayor reducción de las infecciones en los centros de prueba se produjo en las infecciones de las vías respiratorias superiores ($P=0,06$). El

programa de intervención consistió fundamentalmente en implementar la limpieza ambiente, los programas de lavado de manos y las charlas educativas.

Por tanto y de forma especulativa, nos atrevemos a estimar que un programa de calidad de control de infección en residencias de ancianos podría llegar a reducir hasta en un 50% las tasas de infección. Pero, incluso estimando cifras muy inferiores, el impacto en morbi-mortalidad y económico de programas de este tipo sería enorme y con seguridad compensaría los gastos de su implementación.

En lo referente a la segunda parte de la pregunta, la posibilidad de la reducción del problema con las vacunas, los datos son nuevamente dispersos y estudiados para distintas vacunas individualmente. Además, la información sobre los ancianos hay que inferirla, con frecuencia, de los datos de la población general. Referimos a los lectores a una revisión reciente sobre el tema[86].

Exponemos a continuación algunos datos sobre el impacto de vacunas de particular interés en la población de mayores. Gross y colaboradores [87] en un meta-análisis de 20 estudios de cohorte estima la eficacia de la vacunación antigripal en un 56% en prevenir infecciones respiratorias, en un 53% en la prevención de neumonía, en un 50% en prevenir hospitalizaciones y en un 68% en prevenir muertes.

En el caso de Zóster, la eficacia de la vacuna se estima en más del 90% con efectos adversos mínimos [88]

Las distintas vacunas neumocócicas tienen impactos diferentes sobre la incidencia de Infección neumocócica invasora (ENI). Una revisión sistemática muestra reducciones de incidencia de ENI que oscilaban entre un 61% como efecto combinado de la utilización de PCV7, PCV10 y PCV13 en los mayores de 65 años en Canadá [89] hasta un 21 % de reducción como efecto del uso de PCV7 y PCV13 en Israel [90](52).

Con estos datos es posible imaginar la protección añadida que supondría que la cobertura vacunal fuese adecuada. Se calcula que cada año unos 50.000 norteamericanos mueren de enfermedades que podrían haberse evitado mediante vacunación y un 99% de los fallecidos son adultos [86].

Cabe pensar que una mayor medicalización de las grandes residencias (por ejemplo, aquellas con más de 200-250 camas) podría permitir reducir la derivación de muchos residentes ancianos a los servicios de urgencia hospitalarios. Esta medicalización no tendría por qué ser muy compleja y afectaría tanto a material diagnóstico sencillo como a la posibilidad de establecer y llevar a cabo en el propio centro pautas terapéuticas farmacológicas para cuya prescripción actualmente todavía se requiere en la mayor parte de los casos la participación de personal médico ajeno al centro. Sería una manera de ahorrar costes, molestar menos al anciano y reducir la sobrecarga de los servicios de urgencia hospitalarios.

Conclusión

Es imposible responder con precisión a las preguntas formuladas, pero parece razonable admitir que con los programas adecuados de prevención podrían reducirse las infecciones adquiridas en ancianos institucionalizados hasta en un 50%. El cumplimiento estricto de un programa de vacunación en ancianos tendría un impacto enorme en la reducción de sufrimiento, muerte y dispendio económico.

Pregunta 11.- ¿Qué datos existen sobre la eficacia de las medidas educativas sobre la incidencia de la infección en el anciano?

Exposición

Nadie discute, por evidente, la utilidad de la educación continuada en muchos aspectos de la vida y muy particularmente en la disminución de las infecciones nosocomiales. Dicho esto, la revisión de la literatura sobre impacto de programas educativos en infección nosocomial es irregular, fragmentaria y con frecuencia difícil de valorar. Los estudios publicados, generalmente incluyen la educación como parte de programas de intervención en la que se incluyen otras medidas, lo que hace difícil valorar el papel aislado del hecho educativo. Es también frecuente que se hable del éxito o fracaso de un programa educativo sin detallar en qué consiste el programa, qué contenido tiene, como se ha ejecutado y cuantas personas han accedido al mismo.

En el caso del anciano, tenemos, para complicar las cosas, al menos tres ámbitos distintos: el domiciliario, el de las residencias e instituciones para ancianos y el hospitalario. En el primero, el ámbito educativo es muy general e impreciso y se basa en las campañas de salud pública y de vacunación que suele recibir no solo la población anciana, sino la población en general. En el ámbito hospitalario, debemos asumir que la literatura que se ha producido sobre el impacto de medidas educativas en las distintas entidades sindrómicas, generalmente incluye población anciana, pero no la diferencia específicamente. La mayor parte de la escasa información existente, que podemos considerar específica de personas mayores es la generada en residencias e instituciones que implementan estos programas.

Un estudio llevado a cabo en EE.UU. sobre 2.514 residencias de ancianos, seleccionadas al azar [91], pedía a las residencias información sobre 34 puntos relacionados con los programas de control de la infección. La mayoría de los responsables de los programas de control, cuando respondían, afirmaban tener no solo esa responsabilidad sino otras más (54%) y también no tener un entrenamiento específico en prevención de la infección (61%). Había una gran variabilidad en las prácticas que se llevaban a cabo en cada residencia y un 36% reconocían haber recibido una citación oficial por deficiencias de dicho control. Aquellas residencias citadas por deficiencias tenían estadísticamente una menor proporción de personal entrenado en control de la infección. Esta es, por tanto, un área con claras posibilidades de mejora.

En una revisión sistemática sobre la prevención no farmacológica de la infección en residencias de larga estancia, se seleccionaron solo 24 trabajos en los que la mayoría eran estudios randomizados (67%) y la razón más frecuente era la prevención de la neumonía (66%). Un 54% mostraba resultados favorables a las intervenciones, pero los estudios tenían muchos potenciales sesgos [92-99].

De estos estudios se dedujeron los 5 principales marcadores de calidad en control de infección de una residencia de ancianos que derivarían de: porcentaje de pacientes de larga estancia con úlceras de presión, infección del tracto urinario, sonda vesical y vacunados frente a la gripe y la infección neumocócica.

Conclusión

No dudando de la eficacia de las medidas educativas en el control de la infección nosocomial en general, los datos existentes sobre la población anciana son muy escasos, fragmentarios y generalmente se concentran en el mundo de las residencias para ancianos.

Pregunta 12.- ¿Qué hacen y que deben y pueden hacer para reducir estos problemas las grandes sociedades científicas?

Exposición

Las sociedades científicas son asociaciones profesionales que agrupan a colectivos generalmente específicos (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) que tratan fundamentalmente de defender los intereses profesionales de sus asociados. Hasta ahora, no ha sido frecuente que participen en las mismas, colectivos de pacientes afectados por distintas enfermedades englobadas bajo el paraguas temático de cada sociedad. En España su impacto y crédito político es variable.

La mayor parte de estas sociedades ya incorporan entre sus objetivos más destacados cuestiones como programas formativos para los profesionales, aspectos relacionados con la educación sanitaria de la población en el campo de su competencia, ayudas a la investigación, elaboración –a veces en colaboración con sociedades de otra especialidad afín– de protocolos terapéuticos y de diagnóstico específicos, publicaciones y congresos orientados en ese mismo sentido y otra amplia serie de actividades, incluyendo recomendaciones sobre políticas sanitarias a las administraciones correspondientes que inciden directamente en los temas que aquí se comentan.

La membresía de las sociedades tampoco es uniforme y, a menudo, son los componentes más “senior” de la profesión los que tienen una representación más elevada en las mismas.

Su papel, a nuestro juicio, es seguir mejorando la docencia, asistencia e investigación que se producen en la materia de la Sociedad en favor de los pacientes, ejerciendo un mayor intermediación aún entre las demandas de los pacientes y la administración sanitaria [100]. Deben ir todas las sociedades mucho más allá de la emisión de guías y recomendaciones terapéuticas [81, 101-109].

A nuestro modo de ver, las sociedades científicas dedicadas a las enfermedades de las personas mayores deberían de potenciar, en el terreno de las enfermedades infecciosas, entre otros, los siguientes temas:

- 1.- Fomentar la subespecialización en enfermedades infecciosas de una parte proporcional de sus miembros.
- 2.- Coordinar y dirigir, equipos multidisciplinares específicamente dedicados a la infección del anciano y a su prevención.
- 3.- Participar más activamente en los programas específicos de reducción de infecciones en ancianos, tanto en el nivel de las residencias como en el domiciliario y el hospitalario.

- 4.- Implementar las campañas de vacunación en el anciano, aprovechando particularmente el ingreso en centros de larga estancia o en el hospital como oportunidades para vacunar.
- 5.- Diseñar y difundir proyectos educativos sobre prácticas de prevención de la infección en el anciano en sus distintos entornos.
- 6.- Presionar a las autoridades sanitarias para llevar a cabo un gran programa nacional de disminución de la infección en personas mayores.
- 7.- Incluir en el programa formativo de los residentes en Geriátrica, la rotación por Enfermedades Infecciosas y Microbiología como parte curricular esencial.
- 8.- Crear alianzas científicas y profesionales con las sociedades dedicadas particularmente a la infección. En España, esto ocurre entre los especialistas en Microbiología y E. Infecciosas y los especialistas en Cuidados intensivos, a modo de ejemplo.
- 9.- Potenciar específicamente la investigación destinada a la prevención de infecciones en el paciente anciano.
- 10.- Introducir en sus estructuras de dirección una participación mucho más activa de las asociaciones de pacientes.

Cuanto decimos de las sociedades primariamente dedicadas a los ancianos, puede especularmente asumirse y aplicarse para las sociedades primariamente dedicadas a las Enfermedades Infecciosas y a la Microbiología.

Conclusión

El papel de las sociedades científicas dedicadas a la Geriátrica y a las Enfermedades Infecciosas, pasa por potenciar alianzas en el terreno común de la infección, en los aspectos asistenciales, docentes y de investigación. Tienen que mirar menos a los intereses de sus socios y ser más proactivos en el de los enfermos a los que sirven e incorporar más a las asociaciones de pacientes a sus estructuras.

Pregunta 13.- ¿Qué capacidad tienen los científicos de influir en los políticos? ¿Es el Parlamento sensible a estos problemas?

Exposición

La capacidad, entendida como posibilidad o potencialidad de influencia, está matizada por dos variables. En primer término, por ofertar una información científica libre y veraz al servicio de la comunidad. Y, en segundo lugar, por facilitar la adopción de las mejores decisiones políticas posibles con coherencia y realismo.

El acercamiento entre profesionales del ámbito científico y de la política debe ajustarse al interés de los ciudadanos, quienes pueden actuar como tercer pilar de un modelo de relación transparente y garante de la equidad como corresponde a un sistema de gobierno democrático [110]. Si bien los expertos científicos aconsejan e informan, es responsabilidad de los políticos la toma de decisiones y la promoción de medidas eficientes al servicio de las personas. Una característica complementaria inherente a la tarea científica es ejercer una acción divulgadora de la propia actividad, en términos comprensibles y mediante sistemas accesibles y confiables [111]. La configuración de

plataformas en el seno de las sociedades científicas y el creciente número de agencias independientes que asesoran al poder político representan una realidad que pretende acercar las aportaciones de la ciencia a los sistemas de gobernanza [112].

En nuestro país, la función principal del Congreso de los Diputados es la legislativa lo que conlleva la aprobación de las leyes. La Constitución reconoce la iniciativa legislativa al Gobierno, al Congreso de los Diputados, al Senado, a las Asambleas de las Comunidades Autónomas y a la Iniciativa Legislativa Popular a propuesta de no menos de 500.000 ciudadanos con sujeción a lo establecido en una Ley Orgánica.

Las iniciativas se denominan Proyectos de Ley cuando las presenta el Gobierno y Propositiones de Ley en los demás casos: Se plantean siempre ante el Congreso de los Diputados, salvo las Propositiones del Senado que han de ser tomadas en consideración en la Cámara Alta, que la remitirá luego al Congreso [113].

Las Propositiones No de Ley, Mociones y Propuestas de Resolución son actos de naturaleza similar que pretenden la adopción de un acuerdo no legislativo por el Congreso, mediante el cual este manifiesta su posición sobre un tema o cuestión determinada, o se dirige al Gobierno instándole a actuar en una dirección concreta.

La Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso en la XII Legislatura oferta en su página web acceso a las 226 iniciativas tramitadas desde su constitución en septiembre de 2016 hasta su disolución en marzo de 2019, lo que representa una media de 75 al año [114]. De ellas las referentes al ámbito de la patología infecciosa en su conjunto no exceden el 3%. De especial relevancia en el ámbito de la patología infecciosa han sido las relativas al plan nacional de eliminación de la hepatitis C y de resistencia a los antibióticos.

La Gobernanza designa la eficacia, calidad y buena orientación de la intervención del Estado, que proporciona a éste buena parte de su legitimidad en lo que a veces se define como una “nueva forma de gobernar”. Sobre todo, se emplea en términos económicos, sociales y de funcionamiento institucional [115]. Un aspecto inherente al ejercicio de la política es el desempeño de la “Autoridad”, que se compone equilibradamente de Legitimidad (derecho a ejercer), Prestigio personal (fuerza moral, liderazgo, honestidad, conocimiento, eficiencia) y Poder (capacidad de administrar y dirigir). Justamente en el “Prestigio personal” su sinergia con el Científico (revestido también de conocimiento, honestidad y liderazgo) debiera asentar la palanca de la mejora de la Sociedad a la que ambos sirven.

Conclusión

Las iniciativas sobre Propuestas o Proyectos de Leyes referentes a problemas de infección representan menos del 3% del total. De especial relevancia, en años recientes, han sido las relativas al plan nacional de eliminación de la hepatitis C y de resistencia a los antibióticos.

Pregunta 14.- ¿Cuál es la evolución y presencia de “la infección en geriatría” en la literatura científica?

Exposición

Con el objetivo de dar respuesta a la producción científica de la infección en geriatría procedemos a describir las fuentes de consulta, la metodología de búsqueda y los

hallazgos, de una manera deliberadamente orientada por las recomendaciones de profesionales de las bibliotecas de nuestros centros de trabajo.

ScienceDirect [116] es una plataforma digital que proporciona desde 1997 acceso por suscripción a una gran base de datos de investigación, alberga más de 14 millones de publicaciones de 3.800 revistas académicas y 35.000 libros electrónicos. Clinical Key [117] pertenece a “Elsevier Clinical Solutions”, posee un sistema de búsqueda inteligente, establece las conexiones de los términos médicos con contenido relacionado. Accede a una colección de recursos de guías clínicas, algoritmos y fichas para pacientes de Fisterra, a la base de datos de monografías de medicamentos comercializados en España, a los tratados de la Enciclopedia Médico Quirúrgica, y a los libros y revistas en español de la referida editorial. Primo es la herramienta de descubrimiento/metabuscador utilizada por la Biblioteca Sanitaria online de Castilla y León [118] para ofrecer un sistema único de acceso a la información científica permitiendo recuperar diferentes tipos de documentos como: revistas, libros, imágenes, tesis, y actas de congresos. La Revista Española de Geriatria y Gerontología es el Órgano de Expresión de la Sociedad homónima, publicación fundada en 1966 y decana de la especialidad en lengua castellana [119]. MEDES es una iniciativa de la Fundación Lilly y su Base de Datos, abierta y gratuita, contiene referencias bibliográficas publicadas desde el año 2001 en una selección de 98 revistas españolas que abarcan 50 materias de medicina, farmacia y enfermería, editadas en castellano, con 100.000 artículos [120]. Finalmente, PubMed es el motor de búsqueda ampliamente implantado, de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica, ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos e integra 5.255 revistas mundiales desde 1966 [121].

La búsqueda se ha realizado con una doble estrategia: lenguaje libre y lenguaje controlado mediante “Mesh”. En la primera estrategia, se ha realizado una búsqueda en Lenguaje libre en las Bases “Science Direct” y “ClinicalKey” con el término <Infección en Geriatria> que ha ofertado 508 y 1.191 hallazgos respectivamente. El Buscador Primo (Biblioteca online de Castilla y León) ha ofertado con el mismo término un global de 190 resultados. En segundo lugar y también en Lenguaje libre, con el término <Infección en ancianos> se ha procedido a consultar Revista Española de Geriatria, que ha generado 195 resultados y Medes (Medicina en español) con 84 resultados.

La segunda estrategia de Lenguaje controlado se ha realizado en la base de PubMed ofreciendo los siguientes hallazgos: <Infection AND Geriatrics>: 997 resultados; <Infection AND aged> (personas de 65 a 79 años): 122.698 resultados e <Infection AND aged OR Aged, 80 and over>: 122.698 resultados (idéntico al precedente). Su evolución a lo largo del último decenio ha sufrido un incremento progresivo (desde cifras cercanas a 4.000 en el bienio 2009-2010, hasta superar los 5.000 desde 2014 a 2017), excluyendo de la valoración el año 2018.

Hemos adoptado su clasificación en áreas temáticas [122] y las doce en las que se han concentrado el 95% resultados han sido: sepsis y la bacteriemia, neumonía, infecciones del tracto urinario, infecciones del sistema nervioso central, endocarditis, infecciones protésicas, infecciones cutáneas, infección gastrointestinal, infección por VIH, fiebre de origen desconocido, multi-resistencias y vacunaciones.

Conclusión

La producción científica sobre infecciones en el anciano, estimada por diferentes bases de datos, tiene una evolución creciente en la última década.

Pregunta 15.- ¿Cómo impactan los problemas del anciano en los grandes medios de comunicación? ¿Cómo deben contribuir los medios a la reducción de la infección en el anciano?

Exposición

El impacto de los problemas de los ancianos en los medios de comunicación es escaso, deficiente, incompleto, desenfocado, descontextualizado, estereotipado y con un sesgo poco constructivo, realista y objetivo.

Los ancianos son invisibles en los medios y cuando aparecen, los contenidos relativos a ellos se caracterizan por su simplificación, victimismo, dramatización o superficialidad.

La imagen que trasladan los medios de la ancianidad se vincula con inactividad, improductividad, antigüedad, enfermedad, dependencia y deterioro.

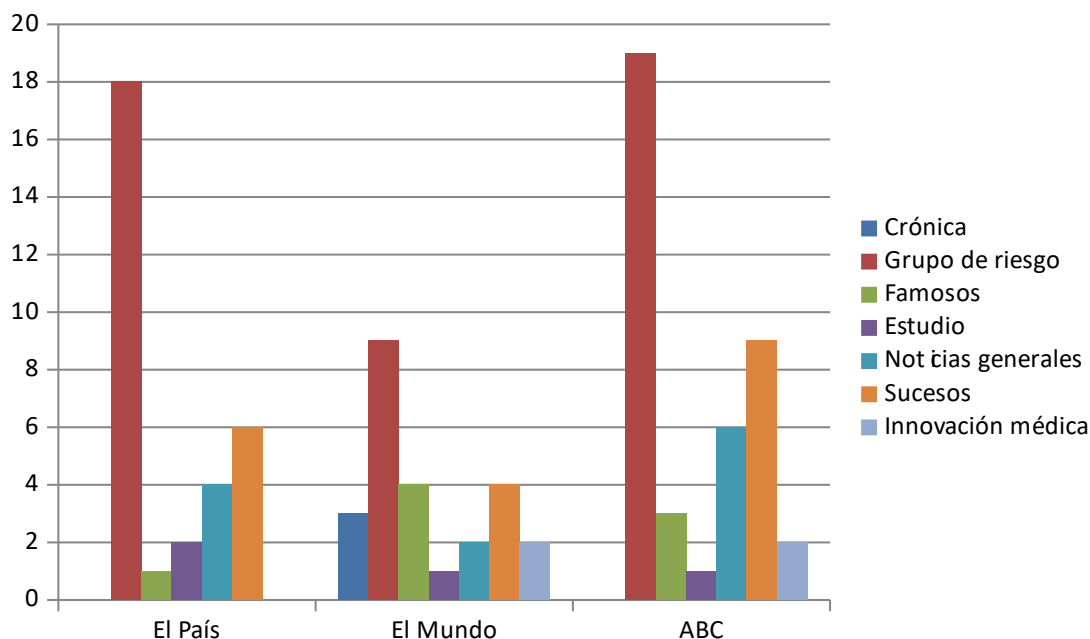
La ancianidad y sus problemas, circunstancias, necesidades y aportaciones, como agente y sujeto social, no figuran entre las prioridades y temas de la planificación general de los medios de comunicación.

Otros colectivos, sectores, actores o temáticas sociales como la inmigración; el feminismo; la igualdad; la infancia; la violencia de género; las ONG y sus servicios; las nuevas tecnologías y sus ventajas, efectos y riesgos; el acoso en todas sus derivadas; la salud y la sanidad, o los avances científicos tienen muchas más visibilidad, relevancia, seguimiento, actualidad y presencia en los medios de comunicación.

Los problemas relativos a una etapa de la vida que podemos situar en el entorno de los 80 años provocan en la información y el periodismo un desinterés y arrinconamiento, que únicamente se desbloquea ante noticias relacionadas con sucesos, enfermedades, hechos negativos o sensacionalistas o anécdotas, ofreciendo una imagen fija, inmóvil y anticuada de un sector de la población que, sin embargo, va en aumento debido al incremento de la esperanza de vida.

En un mundo donde el siglo XXI concede a la juventud y la tecnología todos los parabienes de referencia hacia lo interesante e importante, tanto en la prensa, la televisión, la radio, las webs o las redes sociales, la vejez y la ancianidad como concepto, sector social y poblacional, y hecho noticioso, pasan a un segundo o tercer término en el escaparate de la actualidad y la información.

Como pequeña muestra de esta paradoja –el contraste entre la presencia de los ancianos en la sociedad con tendencia al alza y su tibia representación en los medios– ofrecemos un gráfico con una comparativa de publicación en las webs de tres periódicos generalistas, “El País”, “El Mundo” y “ABC”, entre los años 2016-2018, con la búsqueda de “ancianos” e “infección” como palabras clave, donde se registran un total de 96 noticias que hacen mención al tema estudiado.



Son pocas noticias, y en la mayoría de los casos vinculadas a sucesos y a los ancianos como grupo de riesgo.

Esta muestra requeriría un mayor análisis de medios para ratificar esta tendencia en el tratamiento de los problemas de los ancianos y las infecciones que sufren, pero sirve de punta del iceberg de la relegación, insensibilidad y atrofia en el tratamiento informativo.

Desde la irrupción de la crisis económica, en 2008, el número de periodistas dedicados y especializados en asuntos sociales y de salud ha sufrido recortes sustanciales para derivar fuerzas y recursos a contenidos de carácter político y económico, fundamentalmente.

Si en esta situación, la sanidad, la ciencia o los problemas sociales se han visto detraídos y recortados en el funcionamiento de los medios, los ancianos, como contenido periodístico, ha pasado a zonas marginales de las redacciones con toda normalidad, sin agenda, sin especialistas, sin selección informativa, sin planificación, sin contextualización, para visualizarse como meros contenidos circunstanciales, intrascendentes, puntuales, con un tratamiento ligero, a veces frívolo, carente de profundidad y sensibilidad, hasta construir un discurso de tópicos, irrelevancia y desconexión de su valor y presencia en la sociedad.

Este panorama informativo de los medios respecto a los ancianos contrasta con el envejecimiento de la población, donde las estadísticas, fiables y precisas, apuntan a la duplicación el número de personas mayores en 2050.

Los datos reflejan que si en 1960 en España, había 6,7 millones de niños menores de 10 años y 0,4 millones de personas con más de 80 años, en 2015 la cifra de menores de 10 años baja a 4,6 millones, y la de más de 80 sube a 2,7 millones; para 2050 se agudiza la tendencia, de manera que menores de 10 años se pronostican 3,8 millones, y mayores de 80, 6,2 millones [123, 124].

A nivel mundial, en el siglo que va desde 1950 a 2050, la población total se multiplicará por tres; la población mayor de 60 años por 10; y la población mayor de 80 años se multiplicará por 28, de forma que en este último grupo se pasará de 14 millones en 1950 a 386 millones en 2050.

Si se sigue ignorando, marginando y simplificando en los medios la información que concierne y afecta a los ancianos, estos desatenderán e incumplirán con su misión de recoger información, análisis, datos y opiniones de un sector de la población con enorme influencia en la vida y los acontecimientos de un país. Sin una información rigurosa, veraz, equilibrada, amplia y completa del fenómeno de la ancianidad, la visión y expresión de la realidad estará desvirtuada, fragmentada y fracturada.

Para contribuir a la reducción de la infección en el anciano, los medios de comunicación deben dar varios pasos con antelación, así como activar nuevas estrategias y actuaciones informativas [125, 126].

Revisión y reformulación de los contenidos de las agendas de actualidad, relevancia e interés. El primer paso es situar los problemas sociales y sanitarios de carácter general al mismo nivel de importancia a la información de política nacional o internacional, económica o deportiva, con la consiguiente asignación de espacios, dedicación y recursos.

Potenciación de los contenidos de los mayores en la información social y sanitaria. Dentro de los contenidos sociales y de salud, las noticias de mayores y ancianos deben equipararse en relevancia, dedicación, selección, seguimiento y tratamiento a otros asuntos relativos a este campo periodístico, con el impulso en la cantidad y calidad de las informaciones, desde el rigor, la planificación y la contextualización para recoger estudios y datos, historias humanas, opiniones, dificultades y necesidades, influencia social, aportaciones, y retos y desafíos en este sector de la población.

Se trata de ofrecer con ello una visión completa, equilibrada, objetiva y veraz de su realidad, sus aportaciones, su heterogeneidad, su variedad, su complejidad, su evolución y sus demandas y necesidades.

Los problemas derivados del incremento de edad, la salud, la convivencia y la situación económica, así como los aspectos culturales, sociológicos, familiares y psicológicos, deben ser abordados con un tratamiento y dedicación informativa donde se considere el envejecimiento desde el foco de la normalidad en la vida, con sus claros y oscuros, y no como una rémora, obstáculo o gasto inadecuado o insostenible.

El papel social y cultural de los ancianos, sus conocimientos y experiencias, sus habilidades y destrezas, deben ponerse en valor como elementos útiles y enriquecedores a la sociedad.

Impulso de la información de salud y sanidad en los ancianos. El siguiente paso de los medios, una vez potenciada la información de mayores y ancianos con carácter general es impulsar la información de salud y sanidad en relación con este sector de la población.

En este contexto, los medios estarían en disposición de tratar e informar, con un criterio de presencia y representatividad muy superior al actual, sobre las infecciones de los ancianos en el marco de su salud y bienestar.

Resulta muy difícil llegar a este tercer escalón sin las dos actuaciones anteriores, ya que afrontar un problema de salud como el de las infecciones en los ancianos por parte de los medios requiere un compromiso y una responsabilidad en varias fases que forme parte de una estrategia integral para ofrecer un tratamiento periodístico sobre sus problemas al nivel de lo que representan y aportan a la sociedad.

Es necesario presentar a los mayores y ancianos lejos de los tópicos y estereotipos que les vincula directamente y casi únicamente a los sucesos, el deterioro de su salud, la dependencia familiar o la rémora o lastre de su papel y función en la sociedad.

Hay que ofrecer una información completa y equilibrada en la que sean inherentes a ellos tareas como interés por la cultura, la modernidad, el futuro, la tecnología o los viajes; su capacidad para liderar acciones en la sociedad civil, la familia, la empresa o la educación; su iniciativa en tareas domésticas y comunitarias; sus aportaciones políticas o sociales; o sus habilidades en la práctica del deporte. En definitiva, mostrar su vitalidad, ilusión, emprendimiento, actividad, decisión, solidaridad o colaboración, más allá de sus problemas o dificultades, que también se deben reflejar y analizar.

No conviene olvidar que si la generación de ancianos que ahora se sitúa por encima de los 75/80 años puede tener un perfil más tradicional, reservado y pasivo en determinados casos –ni mucho menos en todos–, la nueva generación de ancianos en ese horizonte 2050, donde su número se elevará ampliamente, va a experimentar un cambio enorme en relación con la imagen distorsionada de los ancianos en la actualidad.

Conclusión

La información que los medios de comunicación general dedican a los problemas de los ancianos, es mínima, distorsionada y sesgada. Está llena de tópicos y estereotipos que les vincula directamente y casi únicamente a los sucesos, el deterioro de su salud, la dependencia familiar o la rémora o lastre de su papel y función en la sociedad. Es más escasa, si cabe, la información dedicada a las infecciones en este grupo de población.

Pregunta 16.- ¿Tiene el farmacéutico, tanto de hospital como de calle, un papel en el control de la antibioterapia inadecuada en el anciano? ¿Y de la vacunación?

Exposición

La respuesta es Sí, sin lugar a dudas [95, 127-138]. Las razones se detallan a continuación: Los estudios realizados con criterios de evidencia científica en los últimos años muestran que la asistencia farmacéutica y la intervención del farmacéutico mejora la calidad asistencial global al paciente, mientras que la propia OMS afirma que los farmacéuticos “contribuyen decisivamente al uso racional del medicamento”. La decisión acerca de cómo tratar correctamente una determinada infección con el antimicrobiano más adecuado requiere un conocimiento detallado de los aspectos microbiológicos, clínicos y farmacológicos, pero las causas de un resultado óptimo van más allá y se extienden a las llamadas *bases no farmacológicas*, entre las que las conductas de médicos, enfermos y farmacéuticos, así como las relaciones entre ellos, juegan un papel fundamental. El farmacéutico constituye uno de los vértices del llamado “triángulo del factor humano” (constituido por médico-paciente-

farmacéutico), imagen especular del famoso “triángulo de Davis” (antimicrobiano-microorganismo-huésped).

En la actualidad, la asistencia farmacéutica se plantea obtener el máximo beneficio clínico de los medicamentos y lograr el menor riesgo posible en la utilización de los medicamentos, lo que lleva consigo la identificación, resolución y prevención de problemas relacionados con la medicación (PRM): reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones medicamentosas (IM), deficiencias en la prescripción del médico, errores en el empleo de la medicación por parte del paciente y romper el *círculo vicioso* tan frecuente en la utilización de antimicrobianos constituido por **automedicación-incumplimiento-almacenamiento**.

La asistencia farmacéutica constituye un proceso, que incluye distintas etapas: la *dispensación activa* (suministro, entrega, despacho >>> asistencia, ayuda, cuidado), el *consejo educativo* (consejo de salud ante una consulta/problema o instrucción ante la adquisición de un medicamento) y el *seguimiento farmacoterapéutico* (documentación y registro de la actividad).

En cuanto al farmacéutico hospitalario, hay que decir que no solo participa activamente en el uso racional de los antimicrobianos desde su papel como miembro activo de la comisión de farmacia y el comité de antimicrobianos, sino también involucrándose en el día a día en la aplicación con prudencia y acierto de la terapéutica antimicrobiana, con el fin de obtener el resultado más *beneficioso* desde el punto de vista clínico y más *eficiente* desde el punto de vista fármaco-económico. Ello implica que: se haya prescrito el antimicrobiano adecuado de acuerdo con un diagnóstico correcto y las especiales características del paciente mayor, se dispense bajo las condiciones debidas, se administre a las dosis indicadas, en los intervalos y durante el tiempo previsto, se emplee con el menor coste posible, se utilice de forma que evite o reduzca al mínimo posible el desarrollo de resistencias bacterianas y consiga el objetivo terapéutico deseado.

En definitiva, tanto el farmacéutico comunitario como el hospitalario como agentes sanitarios de primer nivel juegan un papel central en el terreno de la adherencia terapéutica y en el uso racional de antimicrobianos, planteando su empleo en términos de *calidad de tratamiento* y considerando los antimicrobianos no solo en virtud del principio activo que contiene la especialidad farmacéutica correspondiente, sino también en términos de información útil (“software”). Además, tanto uno como otro, han de tener en cuenta que antibióticos y vacunas son el paradigma de *tratamiento societario* y el tratamiento o no tratamiento de un individuo puede afectar a la colectividad[139].

Conclusión

La respuesta es Sí, sin lugar a dudas. Los estudios realizados con criterios de evidencia científica en los últimos años muestran que la asistencia farmacéutica y la intervención del farmacéutico mejora la calidad asistencial global al paciente, mientras que la propia OMS afirma que los farmacéuticos “contribuyen decisivamente al uso racional del medicamento”.

Pregunta 17.- ¿Qué hace y que puede hacer la administración para disminuir estos problemas? ¿Desde el punto de vista educativo? ¿Desde el plano normativo-regulatorio?

Exposición

La administración del Estado, para disminuir estos problemas debe, entre otras cosas, poner en marcha:

1. Estrategias de prevención y medidas de control de la transmisión de la infección.
- 2.- Programas de vacunación en los mayores.
- 3.- Programas de formación e información a los profesionales sanitarios, particularmente en el área de uso racional de los antimicrobianos y de la promoción del uso de las definiciones adecuadas [140, 141].
- 4.- Guías o recomendaciones sobre los tratamientos antimicrobianos recomendados en las infecciones más prevalentes en los diferentes ámbitos asistenciales.
- 5.- Regular el esfuerzo terapéutico en fases avanzadas y terminales de enfermedad,

Desde un punto de vista educativo, corresponde a la Administración:

- 1.- Fomentar "Escuelas de Salud" que eduquen a la población para los autocuidados, estimulando hábitos de vida saludables y eliminando hábitos tóxicos.
- 2.- Promover información sobre los factores de riesgo predisponentes de infecciones por microorganismos multi-resistentes.
- 3.- Educar a los pacientes sobre el buen uso de antimicrobianos en los centros de atención primaria
- 4.- Educar sanitariamente y en el uso de agentes antimicrobianos desde las oficinas de farmacia.
- 5.- Promover información sobre la eliminación de excedentes domiciliarios de antimicrobianos ("Puntos SIGRE").

Desde el plano normativo-regulatorio, la administración debe:

- 1.- Promover y mantener un Sistema de Notificación-Comunicación de algunas enfermedades infecciosas (EDO, VIRAS, etc.), subdividido por grupos de edad.
- 2.- Obligar a la implantación de un sistema de protección de la salud que conste de un Plan de Control de Plagas, un Programa de Manejo de Residuos Urbanos, Sanitarios, Biosanitarios y Citotóxicos y un Sistema de Higiene, Seguridad Alimentaria y APPCC.
- 3.- Legislar sobre Prevención de Riesgos Laborales que obligue a los trabajadores sanitarios a protegerse frente a determinadas infecciones para evitar que actúen como fuente de contagio o vehículo de transmisión de la infección.
- 4.- Regular la implantación de las medidas o precauciones para la prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).

Algunos ejemplos de todo lo anteriormente mencionado son programas como: "Antibióticos: tómatalos en serio" (2017); la "Semana Mundial de la Concienciación sobre el Uso de los Antibióticos" (2018); el "Día Europeo del Uso Prudente de los

Antibióticos" (2018). Es indispensable un Plan Nacional frente a las Resistencia a los Antimicrobianos (PRAN) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).[142] [143-147]

Conclusión

La administración tiene el mandato constitucional de promover la salud lo cual concierne muy especialmente a grupos tan vulnerables como los ancianos. Entre las medidas a aplicar son especialmente necesarias las de tipo educativo, tanto para pacientes como para sus cuidadores y personal sanitario. Desde el plano normativo-regulatorio no podemos olvidar que España es uno de los países con mejor sistema sanitario del mundo.

Pregunta 18.- ¿Cuál es el papel de la enfermería en el manejo y disminución de la infección en el anciano? ¿Qué parte tiene que ver con la formación del cuidador?

Exposición

El profesional de enfermería desarrolla intervenciones preventivas, participa en la vigilancia, control, adherencia terapéutica y en el plan de cuidados cuando la infección está instaurada. Estas competencias se desarrollan dentro y fuera de las instituciones sanitarias. En el ámbito domiciliario, la atención se centra en la educación y en facilitar medidas de apoyo para adoptar prácticas seguras [148-151].

Profesionales, cuidadores y ancianos tienen que diferenciar modos de transmisión, identificar factores de riesgo y personas susceptibles que pueden convertirse en reservorios o constituir un vehículo de contagio y conocer medidas básicas de protección y de barrera.

El procedimiento más sencillo, efectivo y universal es el lavado de manos. La Organización Mundial de la Salud identifica cinco momentos claves del lavado: antes y después del contacto con la persona, antes de realizar una tarea limpia/aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales y después del contacto con el entorno del paciente [152-154].

Cuando se dan pautas de higiene, interesa detallar otros momentos: antes, durante y después de manipular o preparar alimentos, antes de comer, antes de dar una medicación, antes y después de curar una herida o realizar cuidados de dispositivos clínicos, después de usar el baño y después de manipular ropa utilizada ya sea personal, de aseo o de cama, pañales o residuos. Tras la higiene es importante el secado de manos.

La higiene personal y la hidratación tópica son otras estrategias de prevención. La piel constituye una barrera natural de protección particularmente lábil en el anciano. Su cuidado diario garantiza su integridad y protege de agresiones externas. Incluye el aseo corporal y las medidas protectoras encaminadas al control de humedad y prevención de lesiones. Algunos estudios señalan la importancia de la higiene de la cavidad bucal que relacionan con enfermedades respiratorias [155].

Otra precaución es el saneamiento del espacio en el que permanece la persona anciana para convertirlo en un entorno saludable, incluye la limpieza diaria de

superficies, objetos y utensilios, la ventilación, una iluminación preferentemente con luz natural y una temperatura y humedad ambiental apropiada [156].

La tendencia a una alimentación desequilibrada, a la desnutrición y a una escasa ingesta de líquidos refuerza la susceptibilidad a infecciones. Es esencial promover estilos de vida saludables y proporcionar planes estructurados de alimentación, ingesta de líquidos y ejercicio físico adaptado a las necesidades individuales teniendo en cuenta preferencias y problemas de salud [157-162].

Otra estrategia es la vacunación en ancianos y cuidadores ajustada a la edad, a la situación particular y al calendario aprobado en cada comunidad autónoma [163].

Aunque las enfermedades infecciosas en el anciano cursan en ocasiones con signos y síntomas poco evidentes, el cuidador detecta cambios en su situación basal que pueden hacer sospechar de la presencia de un proceso infeccioso, por ello conviene facilitar educación sobre cómo proceder ante la sospecha y qué hacer cuando se confirma.

Finalmente, es necesario reforzar el manejo eficaz del tratamiento (dosis, administración y efectos secundarios) y monitorizar periódicamente la adherencia terapéutica evitando la automedicación, para alcanzar los efectos óptimos de las medidas no farmacológicas y farmacológicas, permitiendo prevenir, retrasar el deterioro, recuperar o mantener la salud [164].

Conclusión

El profesional de enfermería desarrolla intervenciones de prevención, vigilancia, adherencia terapéutica control y participa en el plan de cuidados de las infecciones en el anciano.

La implementación de muchos de los planes y normativas de promoción de la salud y cuidados corresponde directamente a la enfermería.

Pregunta 19.- ¿Cómo afrontan este problema las asociaciones de mayores?

Exposición

El tema de la salud es prioritario para los mayores y particularmente el de la infección es una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad en el anciano, como ya se ha mencionado.

Las organizaciones de mayores han dirigido tradicionalmente su atención, más a las enfermedades crónicas que a las agudas y tienen, por tanto, mucho que andar, todavía, en este terreno.

Es misión de las organizaciones de mayores fomentar y potenciar la residencia del anciano en un entorno familiar y social que les sea grato. Es bien sabido, que la persona de edad que vive confortablemente en su domicilio, con familiares, tiene menos riesgos de adquirir infecciones, que aquel que vive solo.

En el caso del anciano institucionalizado en residencias, las organizaciones de mayores tienen la misión de velar por la calidad de dichas instituciones, por que estén dotadas de los servicios médicos, de enfermería y sociales adecuados y porque se alcance una sistemática de acreditación de dichos servicios en las mismas. Es ideal

que en dichos centros haya medidas de prevención muy importantes y que se colabore de modo muy próximo, por un lado, con los médicos de primaria responsables de los pacientes y, por otro, con los hospitales de referencia a los que en algún momento deban ser trasladados los pacientes.

Las organizaciones de ancianos deben seguir trabajando para que se mejore la atención a los ancianos en servicios de urgencias, no solo desde un plano técnico, sino velando por la agilidad de la evaluación y por las condiciones dignas de estancia en las mismas de las personas mayores.

Finalmente, los ancianos hospitalizados son enfermos que requieren una muy rápida movilización, evitar la exposición a microorganismo multi-resistentes y un traslado lo más rápido posible a su residencia de origen. Las organizaciones de mayores potencian la dotación de camas y servicios geriátricos en todos los hospitales, donde se dispongan estructuras y organizaciones particularmente destinadas a la atención de pacientes mayores con una idea integral de su cuidado.

Como hemos mencionado, la prevención es la mejor medida a tomar, y en ese sentido, las organizaciones de mayores pueden tener una gran labor en hacer hincapié a las autoridades, a los colectivos de afectados y al personal sanitario para potenciar las campañas de vacunación [86].

En definitiva, las asociaciones de mayores, estén o no centradas en el ámbito sanitario, pueden jugar un papel muy positivo que olvidan con frecuencia a la hora de contribuir a mejorar la salud. Podrían trabajar, más si cabe, promoviendo y propagando las campañas de vacunación. También contribuir en mayor medida de lo que lo hacen a otras formas de educación sanitaria, desde aquellas orientadas a la alimentación o a la actividad física, hasta las que se centran en la lucha contra hábitos tóxicos o a la denuncia de malos tratos. Todo ello es de interés general, además de incidir también, directa e indirectamente, en el campo de la patología infecciosa.

El seguimiento de las recomendaciones del Consenso expertos sobre fragilidad en los ancianos, envejecimiento activo y cribado de fármacos en pacientes polimedicados, son importantes en la prevención de las infecciones en los mismos.

Conclusión

Las organizaciones de mayores deben jugar un papel capital en la exigencia de políticas de atención al paciente anciano de calidad, tanto en el ámbito de la prevención como del tratamiento. Son áreas diana para la intervención, el medio domiciliario, el sistema ambulatorio, las residencias para personas mayores, las urgencias hospitalarias y los cuidados hospitalarios.

Las organizaciones de pacientes pueden contribuir en mayor medida de lo que lo hacen a otras formas de educación sanitaria, desde aquellas orientadas a la alimentación o a la actividad física, hasta las que se centran en la lucha contra hábitos tóxicos o a la denuncia de malos tratos.

Pregunta 20.- ¿Qué aspectos éticos resaltaría en todos estos problemas?

Exposición

Es conocida la gran estimación social que en las culturas arcaicas existió por el anciano del grupo o de la tribu. Él era no solo la persona de más edad sino además el

padre biológico, el jefe político y, en muchos casos, la autoridad religiosa. Y como han señalado más de una vez los antropólogos, el “disco duro” de la colectividad, conocedor de los acontecimientos pretéritos que las generaciones más jóvenes ignoran, cohesionando de ese modo el grupo social y dotándole de identidad propia. De ahí que los ancianos fueran no solo respetados sino altamente valorados y hasta venerados. Basta abrir, por ejemplo, los libros de la Biblia, para encontrar testimonios de esto. Sus páginas expresan una y otra vez el respeto reverencial por el anciano, aplicándole términos tan venerables como el de “Patriarca”. A los primeros patriarcas les atribuye la Biblia una longevidad extraordinaria (*Gen* 5; 11,10-26), e incluso a los patriarcas posteriores, como Abraham (*Gen* 17,1.17; 18,12) y Moisés (*Dt* 31,1; 34,7), y a los profetas, es difícil representárselos como personas jóvenes. El respeto lleva a los autores bíblicos a atribuirles vidas centenarias. La longevidad es signo de su sabiduría. Los llamados libros sapienciales dan buen testimonio de esa veneración hacia el anciano. En el libro del *Eclesiástico* se lee:

Si no buscas la sabiduría siendo joven,
¿cómo la vas a encontrar cuando ya seas viejo?
¡Qué bien sienta a las canas el juzgar,
y a los ancianos el dar buenos consejos!
¡Qué bien sienta a los ancianos el ser sabios,
y a los respetables dar consejos acertados!
La experiencia es la corona de los viejos,
y su mayor gloria es honrar a Dios. (*Sir* 25,3-6)

El tema de la sabiduría y prudencia del viejo se repite:

La ancianidad venerable no es la de muchos días
ni se mide por el número de años;
la verdadera canicie para el hombre es la prudencia,
y la edad provecta, una vida inmaculada (*Sab* 4,8-9)

Y el libro de los *Proverbios*:

Cabellos blancos son corona de honor;
Y en el camino de la justicia se la encuentra (*Prov* 16,31).

No deja de ser sorprendente el contraste de la antigua civilización de Israel con la cultura arcaica griega, tal como nos la presentan los poemas homéricos. Es difícil imaginarse a Ulises, a Héctor o a Aquiles como ancianos, por más que en esos poemas aparezcan también sujetos venerables, como Menelao, Agamenón y Príamo. La contraposición entre Agamenón y Aquiles es particularmente significativa, pues el poeta pinta al primero como un hombre ambicioso y egoísta, con un ego desmedido que le enfrenta una y otra vez a Aquiles, su mejor guerrero. Los héroes, esos seres que los griegos consideraban perfectos y semidivinos, son por necesidad jóvenes y se encuentran en la plenitud de su fuerza vital. En la estatuaria griega es imposible ver representada la decrepitud propia de la persona anciana. El poeta Menandro acuñó una sentencia que pronto se hizo célebre y que Plauto tradujo al latín: *Quem di diligunt, adulescens moritur*, “los amados por los dioses mueren jóvenes” (*Bacchides*,

816-817). La perfección se da en la juventud, y la vejez es casi vergonzosa. Aristóteles dice que “la enfermedad es una vejez adquirida, y la vejez una enfermedad natural” (*Gen. An.* 784 b 33-4).

Era importante recordar esto a propósito de la actitud de nuestra cultura, la occidental, hacia el anciano. Nunca le ha tenido en gran estima. Pero, además, se constata que esa estima ha ido decreciendo con el paso del tiempo. Para comprobarlo no hay más que reparar en las palabras que utilizamos para denominar a ese grupo de edad. “Viejo” viene del latín *vetus*, cuyo opuesto es *novus*, términos ambos que se utilizaron para designar cosas, no personas. En éstas los términos correctos eran *senex* y su opuesto *iuvenis*. De *senex* procede nuestro vocablo “senectud”, hoy en desuso. Cicerón escribió un diálogo *De senectute*, utilizando el término correcto en su idioma. Pues bien, en las varias ediciones castellanas que existen, la traducción es, invariablemente, *Sobre la vejez*. Vejez es un término no solo impropio, sino además despectivo. En la actualidad ya nadie lo ve así, porque desconoce este proceso. Pero el tránsito de uno término a otro es muestra evidente de la devaluación que la figura del anciano ha ido cobrando en la cultura occidental, por más que ya en sus orígenes ésta fuera muy inferior a la de las otras culturas.

Si a lo anterior se añade el incremento espectacular en el último siglo de la esperanza de vida al nacimiento, resulta que ese periodo devaluado que hasta comienzos del siglo XX era casi anecdótico en la vida de la sociedad occidental (conviene recordar que la esperanza de vida al nacimiento en España se había venido manteniendo estable en los 25-30 años de edad desde la revolución neolítica hasta finales del siglo XIX), se ha convertido en una etapa de duración no inferior y a veces superior a la de vida activa de una persona. Hasta tal punto es esto así, que en la actualidad la vida humana puede muy bien dividirse en tres periodos de 30 años, el primero de los cuales se dedica a la formación profesional, el segundo a la producción y el tercero... no se sabe muy bien a qué, entre otras cosas, porque la formación que se nos dio en los primeros 30 años estuvo dirigida a resultar productivos en la segunda fase, pero no se nos educó para la tercera.

La tercera fase de la vida, la última, que hoy tiene una duración media de 30 años, es una continua fuente de problemas. Lo es, cuando menos, en el orden económico, ya que el sistema de pensiones parece difícil de mantener en la actualidad, e imposible en el próximo futuro. Pero, con ser importante, no es ese el problema mayor. Lo más grave es que hemos condenado al anciano a ser “clase pasiva”, al que el INSERSO tiene que llevar y traer de un lugar para otro a fin de, al menos, distraerle. Se habla de discriminación y maltrato del anciano. En mi opinión la máxima discriminación es esta, el haber privado al anciano de un rol propio en la sociedad; o dicho de otro modo, la ausencia total de lo que vengo llamando desde hace tiempo la “cultura de la tercera edad” [165]. Sí, cultura de la tercera edad. La tercera edad tiene una cultura propia, distinta de la segunda. Los modernos sistemas de organización del trabajo han puesto como gran objetivo de la cultura de la segunda etapa de la vida la “eficiencia”. No hay duda, por ejemplo, de que en España la eficiencia se ha multiplicado por tres o por cuatro en el último medio siglo. Y aquí comienza el problema. ¿Qué hacer cuando ya no se es “eficiente”, al menos al modo como define la eficiencia la economía?

La eficiencia es un valor que pertenece a la categoría de los llamados “valores instrumentales”, “valores por referencia” o “valores técnicos”. Se denominan así

porque no tienen valor por sí mismos sino solo referidos a otra cosa o a otro valor. Pensemos, por ejemplo, en un fármaco. No hay duda de que tiene valor, al menos económico. Su valor más propio es el de aliviar un síntoma o curar una enfermedad. Si no sirviera para eso, diríamos que “no vale para nada”, y no pagaríamos por él. Lo cual significa que el valor lo tiene el fármaco por referencia a una cosa distinta de él, como es el bienestar, la salud, la vida, etc. Esto les pasa a todos los instrumentos técnicos. Si encontráramos un fármaco más eficaz o de menor precio, no hay duda de que lo elegiríamos, porque la eficiencia consiste en esto, en la relación coste/beneficio. La eficiencia es la unidad de medida de los valores instrumentales.

El problema es que no todo son valores instrumentales. Si estos se hallan siempre al servicio de otros, quiere decirse que estos otros han de valer por sí mismos, a no ser que caigamos en un regreso infinito. A estos se les llama “valores intrínsecos” o “valores en sí”. Son los más importantes en la vida. Son valores en sí, valores que valen por sí mismos, sin referencia a otros. Piénsese, por ejemplo, en la dignidad. O en muchos otros, como la salud, la vida, la belleza, el bienestar, la justicia, la solidaridad, etc. Todos esos son valores intrínsecos. Sin ellos, la vida carece de sentido [165]. Y además tienen la característica de que no se miden en unidades monetarias, ni en ellos el criterio es la eficiencia. “La salud no tiene precio”, se ha dicho siempre; “el cariño verdadero ni se compra ni se vende”; “solo el necio confunde valor y precio”, decía Antonio Machado. Y la enumeración podría continuar [166].

Ahora podemos entrever la importancia de promover una cultura de la tercera edad. Durante la segunda no hay duda de que el criterio fundamental ha de ser la eficiencia, y por tanto la economía. Pero eso es, a la vez, lo menos humano de la vida. No está lejos el día en que esa parte de nuestra existencia podamos transferírsela a los robots. Y surge el problema: ¿qué haremos entonces los seres humanos? ¿Tendremos algo que hacer?

Las personas mayores tienen una misión fundamental en nuestra sociedad, y es ocuparse de la promoción de los valores intrínsecos y transmitírselos a las generaciones más jóvenes. No todo es economía. No todo es eficiencia. Hay otros valores, que además son los más importantes, los más humanos.

Conclusión

Promover una nueva cultura de la tercera edad debe llevarnos no solo a evitar la discriminación que con ella se ha producido a todo lo largo de la cultura occidental, y especialmente en estos últimos siglos, sino también a dar impulso a la promoción de los valores intrínsecos, los más humanos, los más importantes en la vida de los individuos y de las sociedades. Este es el importantísimo papel activo que los miembros de la tercera edad tienen encomendado, habida cuenta de que en nuestra cultura los años de la segunda edad han de consumirse de modo obsesivo en la promoción de la eficiencia económica.

¿Tiene esto importancia para el control de las infecciones del anciano? Como ya se ha dicho en intervenciones anteriores, el anciano dinámico, activo, que se siente con una misión que cumplir en la sociedad, no hay duda de que se encuentra en mejores condiciones para evitar las infecciones y combatirlas cuando se presenten. No es verdad que, como decía Aristóteles, la ancianidad sea una “enfermedad natural”. Hay

razones para decir que no solo es una parte de la vida, sino por muchas razones la más importante. Y aún lo será más en el futuro.

Declaraciones de transparencia / Conflictos de intereses potenciales

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses. La publicación ha contado con la financiación de GSK.

Bibliografía

1. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* (London, England); 387(10033):2145-54. DOI 10.1016/s0140-6736(15)00516-4.
2. Beard J, Officer A, A. C. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization; Geneva. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>.
3. Fernández Muñoz JN, Vidal Domínguez MJ, Labeaga Azcona JM, Casado Durandez P, Madrigal Muñoz A, López Doblas J, et al. (2016). Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
4. Pawelec G. (2012). Hallmarks of human "immunosenescence": adaptation or dysregulation? *Immunity & ageing: I & A*; 9(1):15. DOI 10.1186/1742-4933-9-15
5. Pawelec G. (2018). Age and immunity: What is "immunosenescence"? *Experimental gerontology*; 105:4-9. DOI 10.1016/j.exger.2017.10.024
6. Plewa MC. (1990). Altered host response and special infections in the elderly. *Emergency medicine clinics of North America*; 8(2):193-206.
7. Ribera Casado JM. (1992). "Principios básicos sobre las infecciones en patología geriátrica". In: Gregorio JRCyPG, editor. *Patología infecciosa en geriatría*. Madrid: Editores Médicos SA. (ISBN: 84-87054-06-4); p.10-23.
8. Norman DC. (2016). Clinical Features of Infection in Older Adults. *Clinics in geriatric medicine*; 32(3):433-41. DOI 10.1016/j.cger.2016.02.005
9. Norman DC, Toledo SD. (1992). Infections in elderly persons. An altered clinical presentation. *Clinics in geriatric medicine*; 8(4):713-9.
10. Norman DC. (1991). Pneumonia in the elderly: empiric antimicrobial therapy. *Geriatrics*; 46(12):26-32.
11. Norman DC. (1989). Special considerations for antimicrobial therapy in the elderly. *Geriatrics*; 44 Suppl A:23-7.
12. Norman DC, Grahm D, Yoshikawa TT. (1985). Fever and aging. *Journal of the American Geriatrics Society*; 33(12):859-63.
13. Norman DC, Yoshikawa TT. (1984). Intraabdominal infection: diagnosis and treatment in the elderly patient. *Gerontology*; 30(5):327-38. DOI 10.1159/000212652
14. Norman DC, Yoshikawa TT. (1983). Intraabdominal infections in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*; 31(11):677-84.

15. Montoya A, Cassone M, Mody L. (2016). Infections in Nursing Homes: Epidemiology and Prevention Programs. *Clinics in geriatric medicine*; 32(3):585-607. DOI 10.1016/j.cger.2016.02.004
16. Martin-Sanchez FJ, Julian-Jimenez A, Candel Gonzalez FJ, Llopis Roca F, Martinez Ortiz de Zarate M, Gonzalez Del Castillo J. (2017). Profile and initial management of infection in elderly patients in an Emergency Department. *Revista española de geriatría y gerontología*; 52(1):9-14. DOI 10.1016/j.regg.2016.02.006
17. Chou HL, Han ST, Yeh CF, Tzeng IS, Hsieh TH, Wu CC, et al. (2016). Systemic inflammatory response syndrome is more associated with bacteremia in elderly patients with suspected sepsis in emergency departments. *Medicine*; 95(49):e5634. DOI 10.1097/md.0000000000005634
18. Chou MY, Chou SL, Tzeng YM, Chen LK, Oliver D, Yen DH, et al. (2009). Emergency department (ED) utilization of oldest old men in a veterans care home in Taiwan. *Archives of gerontology and geriatrics*; 48(2):258-62. DOI 10.1016/j.archger.2008.02.001
19. Matthews SJ, Lancaster JW. (2011). Urinary tract infections in the elderly population. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*; 9(5):286-309. DOI 10.1016/j.amjopharm.2011.07.002
20. Detweiler K, Mayers D, Fletcher SG. (2015). Bacteria and Urinary Tract Infections in the Elderly. *The Urologic clinics of North America*; 42(4):561-8. DOI 10.1016/j.ucl.2015.07.002
21. Henig O, Kaye KS. (2017). Bacterial Pneumonia in Older Adults. *Infectious disease clinics of North America*; 31(4):689-713. DOI 10.1016/j.idc.2017.07.015
22. Artero A, Esparcia A, Eiros JM, Madrazo M, Alberola J, Nogueira JM. (2016). Effect of Bacteremia in Elderly Patients With Urinary Tract Infection. *The American journal of the medical sciences*; 352(3):267-71. DOI 10.1016/j.amjms.2016.05.031
23. Silverman M, Povitz M, Sontrop JM, Shariff SZ. (2017). Antibiotic Prescribing for Nonbacterial Acute Upper Respiratory Infections in Elderly Persons. *Annals of internal medicine*; 167(10):758-9. DOI 10.7326/I17-0438
24. Ye C, Zhu W, Yu J, Li Z, Fu Y, Lan Y, et al. (2017). Viral pathogens among elderly people with acute respiratory infections in Shanghai, China: Preliminary results from a laboratory-based surveillance, 2012-2015. *Journal of medical virology*; 89(10):1700-6. DOI 10.1002/jmv.24751
25. Kestler M, Munoz P, Mateos M, Adrados D, Bouza E. (2018). Respiratory syncytial virus burden among adults during flu season: an underestimated pathology. *The Journal of Hospital Infection*; 100(4):463-8. DOI 10.1016/j.jhin.2018.03.034
26. Falsey AR, McElhaney JE, Beran J, van Essen GA, Duval X, Esen M, et al. (2014). Respiratory syncytial virus and other respiratory viral infections in older adults with moderate to severe influenza-like illness. *The Journal of infectious diseases*; 209(12):1873-81. DOI 10.1093/infdis/jit839
27. Asempa TE, Nicolau DP. (2017). Clostridium difficile infection in the elderly: an update on management. *Clinical interventions in aging*; 12:1799-809. DOI 10.2147/cia.S149089
28. Redelings MD, Sorvillo F, Mascola L. (2007). Increase in Clostridium difficile-related mortality rates, United States, 1999-2004. *Emerging infectious diseases*; 13(9):1417-9. DOI 10.3201/eid1309.061116
29. Friedman-Korn T, Livovsky DM, Maharshak N, Aviv Cohen N, Paz K, Bar-Gil Shitrit A, et al. (2018). Fecal Transplantation for Treatment of Clostridium Difficile Infection in Elderly and Debilitated Patients. *Digestive diseases and sciences*; 63(1):198-203. DOI 10.1007/s10620-017-4833-2

30. Girotra M, Garg S, Anand R, Song Y, Dutta SK. (2016). Fecal Microbiota Transplantation for Recurrent *Clostridium difficile* Infection in the Elderly: Long-Term Outcomes and Microbiota Changes. *Digestive diseases and sciences*; 61(10):3007-15. DOI 10.1007/s10620-016-4229-8
31. Strausbaugh LJ, Joseph CL. (2000). The burden of infection in long-term care. *Infection control and hospital epidemiology*; 21(10):674-9. DOI 10.1086/501712
32. Dwyer LL, Harris-Kojetin LD, Valverde RH, Frazier JM, Simon AE, Stone ND, et al. (2013). Infections in long-term care populations in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*; 61(3):342-9. DOI 10.1111/jgs.12153
33. Stevenson KB, Moore J, Colwell H, Sleeper B. (2005). Standardized infection surveillance in long-term care: interfacility comparisons from a regional cohort of facilities. *Infection control and hospital epidemiology*; 26(3):231-8. DOI 10.1086/502532
34. Koch AM, Eriksen HM, Elstrom P, Aavitsland P, Harthug S. (2009). Severe consequences of healthcare-associated infections among residents of nursing homes: a cohort study. *The Journal of Hospital Infection*; 71(3):269-74. DOI 10.1016/j.jhin.2008.10.032
35. Wang L, Lansing B, Symons K, Flannery EL, Fisch J, Cherian K, et al. (2012). Infection rate and colonization with antibiotic-resistant organisms in skilled nursing facility residents with indwelling devices. *European journal of clinical microbiology & infectious diseases : official publication of the European Society of Clinical Microbiology*; 31(8):1797-804. DOI 10.1007/s10096-011-1504-7
36. European Centre for Disease Prevention and Control. (2016). Protocol for validation of point prevalence surveys of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities - 2016–2017 version 1.1. Stockholm: ECDC.
37. Tandan M, Burns K, Murphy H, Hennessy S, Cormican M, Vellinga A. (2018). Antimicrobial prescribing and infections in long-term care facilities (LTCF): a multilevel analysis of the HALT 2016 study, Ireland, 2017. *Euro surveillance : bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*; 23(46). DOI 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800278
38. Burns K, Roche F, Donlon S. (2015). Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities: the Irish experience with the HALT surveys. *The Journal of Hospital Infection*; 89(4):276-80. DOI 10.1016/j.jhin.2014.12.006
39. Chami K, Gavazzi G, Carrat F, de Wazieres B, Lejeune B, Piette F, et al. (2011). Burden of infections among 44,869 elderly in nursing homes: a cross-sectional cluster nationwide survey. *The Journal of Hospital Infection*; 79(3):254-9. DOI 10.1016/j.jhin.2011.08.003
40. Yuste Marco A. (2003). Infecciones en hospitales de larga estancia, centros residenciales y otras unidades geriátricas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 21:suppl 1:1-4.
41. Beobide Telleria I, Alaba Trueba J, Genua Goena MI, Arriola Manchola E, Iturrioz Arrechea I, Alvarez De Arcaya Vitoria M, et al. (2011). Infection epidemiology in gerontology centres. *Revista española de geriatría y gerontología*; 46(2):63-7. DOI 10.1016/j.regg.2010.11.007
42. Serrano M, Barcenilla F, Limon E, Pujol M, Gudiol F. (2017). Prevalence of healthcare-associated infections in long-term care facilities in Catalonia. VINCat Program. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*; 35(8):505-10. DOI 10.1016/j.eimc.2015.11.011
43. Prevalencia de problemas de salud en la población asignada a atención primaria. Principales resultados. Actualizado el 14 de marzo de 2016. [Internet]. 2016 [cited <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>]. Consultado 20 marzo 2019.].

44. Pujol M, Limon E. (2013). Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*; 31(2):108-13. DOI 10.1016/j.eimc.2013.01.001
45. Estudio EPINE-EPPS 2017. EPINE-Pint prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in acute hospitals, ECDC, 2016-2017. Estudio Epine nº 28:1990-2017.
46. Agency for Healthcare Research and Quality. Healthcare Cost and Utilization Project Facts and Figures 2008. Statistics on Hospital-Based Care in the United States. (AHRQ). . http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/factsandfigures/2008/section1_TOC.jsp. 2008.
47. US Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Number, percent distribution, rate, days of care with average length of stay, and standard error of discharges from short-stay hospitals, by sex and age: United States. https://www.cdc.gov/nchs/data/nhds/2average/2010ave2_ratesexagepdf (Accessed on March 16, 2019).
48. Spector W, Mutter R, Owens P, Limcango W. (2009). Transitions between nursing homes and hospitals in the elderly population, 2009. Healthcare Cost and Utilization Project, Statistical brief #141, Agency for Healthcare Research and Quality.
49. Anonymous. (2011). http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_13/sr13_165pdf#table1 (Accessed on October 07, 2011).
50. Chelluri L, Grenvik A, Silverman M. (1995). Intensive care for critically ill elderly: mortality, costs, and quality of life. Review of the literature. *Arch Intern Med*; 155:1013.
51. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, J K. (1995). A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med*; 332:1338.
52. Saliba W, Fedai A, Edelstein H, Markel A, Raz R. (2013). Trends in the burden of infectious disease hospitalizations among the elderly in the last decade. *European journal of internal medicine*; 24(6):536-40. DOI 10.1016/j.ejim.2013.06.002
53. Upshur RE, Knight K, Goel V. (1999). Time-series analysis of the relation between influenza virus and hospital admissions of the elderly in Ontario, Canada, for pneumonia, chronic lung disease, and congestive heart failure. *American Journal of Epidemiology*; 149(1):85-92. DOI 10.1093/oxfordjournals.aje.a009731
54. Puig-Barbera J, Marquez-Calderon S, Masoliver-Fores A, Lloria-Paes F, Ortega-Dicha A, Gil-Martin M, et al. (1997). Reduction in hospital admissions for pneumonia in non-institutionalised elderly people as a result of influenza vaccination: a case-control study in Spain. *Journal of epidemiology and community health*; 51(5):526-30. DOI 10.1136/jech.51.5.526
55. Puig-Barbera J, Diez-Domingo J, Perez Hoyos S, Belenguer Varea A, Gonzalez Vidal D. (2004). Effectiveness of the MF59-adjuvanted influenza vaccine in preventing emergency admissions for pneumonia in the elderly over 64 years of age. *Vaccine*; 23(3):283-9. DOI 10.1016/j.vaccine.2004.07.017
56. Martin-Sanchez FJ, Fernandez Alonso C, Gil Gregorio P. (2013). Puntos clave en la asistencia al anciano fragil en Urgencias. *Medicina clinica*; 140(1):24-9. DOI 10.1016/j.medcli.2012.04.009
57. Julian-Jimenez A, Supino M, Lopez Tapia JD, Ulloa Gonzalez C, Vargas Tellez LE, Gonzalez Del Castillo J, et al. (2019). Sepsis in the emergency department: key points, controversies, and proposals for improvements in Latin America. *Emergencias: revista de la Sociedad Espanola de Medicina de Emergencias*; 31(2):123-35.

58. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T, EVADUR. Gdt. (2010). Grupo de trabajo EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*; 22:254-8.
59. Ovens H. (2010). Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*; 22:244-6.
60. Flores CR. (2011). La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*; 23:59-64.
61. Fernández C, González del Castillo J, González Armengol Juan Jorge, M-SFJ. (2011). La detección del paciente anciano frágil en el área de observación de urgencias. *Atención primaria*; 43:449.
62. Martínez Ortiz de Zárate M, González Del Castillo J, Julián Jiménez A, Piñera Salmerón P, Llopis Roca F, Guardiola Tey JM, et al. (2013). Estudio INFURG-SEMES: epidemiología de las infecciones atendidas en los servicios de urgencias hospitalarios y evolución durante la última década. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*; 25:368-78.
63. The Core Curriculum and Education Committee for the International Federation for Emergency Medicine. Modelo de Plan de Estudios de la Federación Internacional de Medicina de Emergencias para los Especialistas de Medicina de Urgencias y Emergencias. (2011). *Emergencias*; 23:394-9.
64. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Informe anual del sistema nacional de salud (SNS). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>.
65. Llor Vilà C, Moragas Moreno A, Hernández Anadón S. (2011). Infecciones del tracto respiratorio. *AMF*; 7:124-75.
66. Estella A, Marchante C, Cobos J, Navarro C. (2016). Infection in the elderly patient. Consensus recommendations for management in the Emergency Department. *Revista española de geriatría y gerontología*; 51(2):120-1. DOI 10.1016/j.regg.2015.07.013
67. Giménez O. (2016). Los problemas de salud más frecuentes en atención primaria. *DM*; 867:Marzo-Abril.
68. Graziani Noriega D, A. AL. (2018). Protocolo diagnóstico y tratamiento empírico en urgencias de las infecciones broncopulmonares en los ancianos y en pacientes inmunosuprimidos. *Medicine*; 12:3789-93.
69. Cañada Merino J L. (2016). Actualización en Infecciones y Atención Primaria. *Fármaco salud com*.
70. Redondo E, Rivero I, Vargas D, et al. (2016). Vacunación frente a la Neumonía adquirida en la comunidad del adulto. Posicionamiento del Grupo de Neumoexpertos en Prevención. *Semergen*; 42:464-75.
71. Lim CJ, McLellan SC, Cheng AC, Culton JM, Parikh SN, Peleg AY, et al. (2012). Surveillance of infection burden in residential aged care facilities. *The Medical journal of Australia*; 196(5):327-31. DOI 10.5694/mja12.10085.
72. Izaias EM, Dellaroza MS, Rossaneis MA, Belei RA. (2014). Custo e caracterizacao de infeccao hospitalar em idosos. *Ciencia & saude coletiva*; 19(8):3395-402.

73. Cilloniz C, Rodriguez-Hurtado D, Torres A. (2018). Characteristics and Management of Community-Acquired Pneumonia in the Era of Global Aging. *Medical sciences*; 6(2). DOI 10.3390/medsci6020035.
74. Izquierdo C, Oviedo M, Ruiz L, Sintés X, Vera I, Nebot M, et al. (2010). Influence of socioeconomic status on community-acquired pneumonia outcomes in elderly patients requiring hospitalization: a multicenter observational study. *BMC public health*; 10:421. DOI 10.1186/1471-2458-10-421.
75. Welte T, Torres A, Nathwani D. (2012). Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe. *Thorax*; 67(1):71-9. DOI 10.1136/thx.2009.129502
76. Bilal U, Cainzos-Achirica M, Cléries M, Santa Eugenia S, Corbella X, Comin-Colet J, et al. (2019). Socioeconomic status, life expectancy and mortality in a universal healthcare setting: An individual-level analysis of >6 million Catalan residents. *Preventive medicine*; 123:91-4. DOI 10.1016/j.ypmed.2019.03.005
77. Bartolome M, Almirall J, Morera J, Pera G, Ortun V, Bassa J, et al. (2004). A population-based study of the costs of care for community-acquired pneumonia. *The European respiratory journal*; 23(4):610-6.
78. Sanz F, Morales-Suarez-Varela M, Fernandez E, Force L, Perez-Lozano MJ, Martin V, et al. (2018). A Composite of Functional Status and Pneumonia Severity Index Improves the Prediction of Pneumonia Mortality in Older Patients. *Journal of general internal medicine*; 33(4):437-44. DOI 10.1007/s11606-017-4267-8
79. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. (2011). Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infection control and hospital epidemiology*; 32(2):101-14. DOI 10.1086/657912
80. Mody L. (2007). Infection control issues in older adults. *Clinics in geriatric medicine*; 23(3):499-514, vi. DOI 10.1016/j.cger.2007.02.001
81. Chami K, Gavazzi G, de Wazieres B, Lejeune B, Carrat F, Piette F, et al. (2011). Guidelines for infection control in nursing homes: a Delphi consensus web-based survey. *The Journal of Hospital Infection*; 79(1):75-89. DOI 10.1016/j.jhin.2011.04.014
82. Aedo-Martin D, Crego-Vita D, Garcia-Canas R, Espigares-Correa A, Sanchez-Perez C, Areta-Jimenez FJ. (2020). Periprosthetic infection in elderly patients treated with hemiarthroplasty of the hip following intracapsular fracture. Should we use antibiotic-loaded bone cement? *Revista española de cirugía ortopédica y traumatología*; 64(1):28-34. DOI 10.1016/j.recot.2019.07.005
83. Towers S, Feng Z. (2012). Social contact patterns and control strategies for influenza in the elderly. *Mathematical biosciences*; 240(2):241-9. DOI 10.1016/j.mbs.2012.07.007
84. Vila-Corcoles A, Ochoa-Gondar O, Hospital I, Ansa X, Vilanova A, Rodriguez T, et al. (2006). Protective effects of the 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine in the elderly population: the EVAN-65 study. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*; 43(7):860-8. DOI 10.1086/507340
85. Makris AT, Morgan L, Gaber DJ, Richter A, Rubino JR. (2000). Effect of a comprehensive infection control program on the incidence of infections in long-term care facilities. *American journal of infection control*; 28(1):3-7.
86. Bouza E, Ancochea-Bermudez J, Campins M, Eiros-Bouza JM, Fargas J, Garcia Rojas A, et al. (2019). The situation of vaccines for the prevention of infections in adults: An opinion paper

on the situation in Spain. *Revista española de quimioterapia:publicacion oficial de la Sociedad Espanola de Quimioterapia*; 32(4):333-64.

87.Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. (1995). The efficacy of influenza vaccine in elderly persons. A meta-analysis and review of the literature. *Annals of internal medicine*; 123(7):518-27. DOI 10.7326/0003-4819-123-7-199510010-00008

88.Cunningham AL, Lal H, Kovac M, Chlibek R, Hwang SJ, Diez-Domingo J, et al. (2016). Efficacy of the Herpes Zoster Subunit Vaccine in Adults 70 Years of Age or Older. *The New England Journal of Medicine*; 375(11):1019-32. DOI 10.1056/NEJMoa1603800

89.Rudnick W, Liu Z, Shigayeva A, Low DE, Green K, Plevneshi A, et al. (2013). Pneumococcal vaccination programs and the burden of invasive pneumococcal disease in Ontario, Canada, 1995-2011. *Vaccine*; 31(49):5863-71. DOI 10.1016/j.vaccine.2013.09.049

90.Regev-Yochay G, Reisenberg K, Katzir M, Wiener-Well Y, Rahav G, Strahilevitz J, et al. (2018). Pneumococcal Meningitis in Adults after Introduction of PCV7 and PCV13, Israel, July 2009-June 2015(1). *Emerging infectious diseases*; 24(7):1275-84. DOI 10.3201/eid2407.170721

91.Herzig CT, Stone PW, Castle N, Pogorzelska-Maziarz M, Larson EL, Dick AW. (2016). Infection Prevention and Control Programs in US Nursing Homes:Results of a National Survey. *Journal of the American Medical Directors Association*; 17(1):85-8. DOI 10.1016/j.jamda.2015.10.017

92.Uchida M, Pogorzelska-Maziarz M, Smith PW, Larson E. (2013). Infection prevention in long-term care:a systematic review of randomized and nonrandomized trials. *Journal of the American Geriatrics Society*; 61(4):602-14. DOI 10.1111/jgs.12175

93.Baldwin NS, Gilpin DF, Tunney MM, Kearney MP, Crymble L, Cardwell C, et al. (2010). Cluster randomised controlled trial of an infection control education and training intervention programme focusing on meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* in nursing homes for older people. *The Journal of Hospital Infection*; 76(1):36-41. DOI 10.1016/j.jhin.2010.03.006

94.Parras F, Ena J, Bouza E, Guerrero MC, Moreno S, Galvez T, et al. (1994). Impact of an educational program for the prevention of colonization of intravascular catheters. *Infection control and hospital epidemiology*; 15(4 Pt 1):239-42.

95.James D, Lopez L. (2019). Impact of a pharmacist-driven education initiative on treatment of asymptomatic bacteriuria. *American journal of health-system pharmacy :AJHP :official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*; 76(Supplement_2):S41-s8. DOI 10.1093/ajhp/zxy081

96.Ho HJ, Chan YY, Ibrahim MAB, Wagle AA, Wong CM, Chow A. (2017). A formative research-guided educational intervention to improve the knowledge and attitudes of seniors towards influenza and pneumococcal vaccinations. *Vaccine*; 35(47):6367-74. DOI 10.1016/j.vaccine.2017.10.005

97.Schneider MA. (2012). Prevention of catheter-associated urinary tract infections in patients with hip fractures through education of nurses to specific catheter protocols. *Orthopedic nursing*; 31(1):12-8. DOI 10.1097/NOR.0b013e3182419619

98.Belmin J, Bouree P, Camus D, Guiso N, Jeandel C, Trivalle C, et al. (2009). Educational vaccine tools:the French initiative. *Aging clinical and experimental research*; 21(3):250-3.

99.MacDonald CJ, Walton R. (2007). E-learning education solutions for caregivers in long-term care (LTC) facilities:new possibilities. *Education for health (Abingdon, England)*; 20(3):85.

100.Norrby SR, Carbon C. (2005). Report of working group 3:specialist training and continuing medical education/professional development in the infection disciplines. *Clinical microbiology*

and infection:the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases; 11 Suppl 1:46-9. DOI 10.1111/j.1469-0691.2005.01091.x

101. Grief SN, Loza JK. (2018). Guidelines for the Evaluation and Treatment of Pneumonia. *Primary care*; 45(3):485-503. DOI 10.1016/j.pop.2018.04.001

102. de Cueto M, Aliaga L, Alos JI, Canut A, Los-Arcos I, Martinez JA, et al. (2017). Executive summary of the diagnosis and treatment of urinary tract infection:Guidelines of the Spanish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (SEIMC). *Enfermedades infecciosas y microbiología clinica*; 35(5):314-20. DOI 10.1016/j.eimc.2016.11.005

103. Esposito S, Bonanni P, Maggi S, Tan L, Ansaldi F, Lopalco PL, et al. (2016). Recommended immunization schedules for adults:Clinical practice guidelines by the Escmid Vaccine Study Group (EVASG), European Geriatric Medicine Society (EUGMS) and the World Association for Infectious Diseases and Immunological Disorders (WAidid). *Human vaccines & immunotherapeutics*; 12(7):1777-94. DOI 10.1080/21645515.2016.1150396

104. Costantino C, Vitale F. (2016). Influenza vaccination in high-risk groups:a revision of existing guidelines and rationale for an evidence-based preventive strategy. *Journal of preventive medicine and hygiene*; 57(1):E13-8.

105. Gonzalez-Castillo J, Martin-Sanchez FJ, Llinares P, Menendez R, Mual A, Navas E, et al. (2014). Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in the elderly patient. *Revista española de quimioterapia:publicacion oficial de la Sociedad Española de Quimioterapia*; 27(1):69-86.

106. Michel JP. (2010). Updated vaccine guidelines for aging and aged citizens of Europe. *Expert review of vaccines*; 9(3 Suppl):7-10. DOI 10.1586/erv.10.27

107. Kincaid SE. (2010). Clostridium difficile-associated disease:impact of the updated SHEA/IDSA guidelines. *The Consultant pharmacist :the journal of the American Society of Consultant Pharmacists*; 25(12):834-6. DOI 10.4140/TCP.n.2010.834

108. Mader JT, Shirliff ME, Bergquist S, Calhoun JH. (2000). Bone and joint infections in the elderly:practical treatment guidelines. *Drugs & aging*; 16(1):67-80. DOI 10.2165/00002512-200016010-00006

109. Jacobs LG. (1996). Fungal urinary tract infections in the elderly:treatment guidelines. *Drugs & aging*; 8(2):89-96. DOI 10.2165/00002512-199608020-00003

110. Gore R, Parker R. (2019). Analysing power and politics in health policies and systems. *Global public health*; 14(4):481-8. DOI 10.1080/17441692.2019.1575446

111. Campbell BW, Marrs FW, Bohmelt T, Fosdick BK, Cranmer SJ. (2019). Latent influence networks in global environmental politics. *PloS one*; 14(3):e0213284. DOI 10.1371/journal.pone.0213284

112. Nombela C. (2019). <https://www.elcultural.com/revista/ciencia/La-politica-y-su-papel-en-el-conocimiento-cientifico/11601>[consultado el 22 de marzo de 2019].

113. Anónimo. (2019). <http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Transparencia/InfInstit/Func> [consultado el 22 de marzo de 2019].

114. Anónimo. (2019). http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Organos/Comision?_piref73_74_98063_73_1339256_1339256.next_page=wc/detalleInformComisiones?idOrgano=325&idLegislatura=9. 2019.

115. Anónimo. (2019). <https://plato.stanford.edu/entries/dewey-political/> [consultado el 22 de marzo de 2019].
116. Direct S. (2019). [https://es.search.yahoo.com/yhs/search?hspart=adk&hsimp=yhs-adk_sbyhp&p=sciencedirect¶m2=c6daef4b-23c9-45ff-84a4-879090163cb8¶m3=converter~ES~appfocus1~¶m4=s-ccc3-lp0-dsf_converter-cp_6465202009-bb8~Chrome~sciencedirect~426A99E46A52843E6A795576225C2FFD¶m1=20191002&ty](https://es.search.yahoo.com/yhs/search?hspart=adk&hsimp=yhs-adk_sbyhp&p=sciencedirect¶m2=c6daef4b-23c9-45ff-84a4-879090163cb8¶m3=converter~ES~appfocus1~¶m4=s-ccc3-lp0-dsf_converter-cp_6465202009-bb8~Chrome~sciencedirect~426A99E46A52843E6A795576225C2FFD¶m1=20191002&type=)
[pe=.](https://es.search.yahoo.com/yhs/search?hspart=adk&hsimp=yhs-adk_sbyhp&p=sciencedirect¶m2=c6daef4b-23c9-45ff-84a4-879090163cb8¶m3=converter~ES~appfocus1~¶m4=s-ccc3-lp0-dsf_converter-cp_6465202009-bb8~Chrome~sciencedirect~426A99E46A52843E6A795576225C2FFD¶m1=20191002&ty)
117. Elsevier. Clinical Key. (2019). <https://www.elsevier.com/es-es/solutions/clinicalkey>.
118. Primo. Biblioteca Sanitaria online de Castilla y León. (2019). Una apuesta por la integración. <http://www.expania.es/wp-content/uploads/2017/02/Biblioteca-CyL.pdf>.
119. Elsevier. REE vista española de Geriátría y Gerontología. (2019). <http://www.expania.es/wp-content/uploads/2017/02/Biblioteca-CyL.pdf>.
120. Medes. Medicina en Español. Real Academia Española. Fundación Lilly. (2019). <https://medes.com/Public/Home.aspx>.
121. PubMed. US. National Library of Medicine. Institute of Health. (2019). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
122. Masanés F, Sacanella E, López Soto A. (2002). Infecciones en el anciano. *Medicina Integral*; 40:423-84.
123. Díaz J, Ramiro-Fariñas D, Ayala A, Nieto P, García A, Pujol Rodríguez R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, *Informes Envejecimiento en red* nº 22, 38.
124. Matilla Mora R. (2000). Características de la comunicación en el anciano. *Terapia-ocupacional.com*.
125. Gómez Martín MP, Díaz Veiga P, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Decálogo para el buen trato a las personas mayores. <https://intsearch.tbask.com/search/GGmain.html?ct=ARS&n=78586e3b&p2=%5ECPC%5Echr999%5ETTAB02%5E&pg=GGmain&pn=1&ptb=3ADA047B-283D-48FF-BC67-C06AAF4457CE&q=&si=&ss=sub&st=sb&searchfor=Dec%C3%A1logo+para+fomentar+el+bu+en+trato+a+los+m+ayores&feedurl=%252Fars%252Ffeedback%253ForiginalQuery%253Ddec%2525C3%2525A1logo%252Bpara%252Bel%252Bbuen%252Btrato%252Ba%252Blas%252Bpe+sonas%252Bmayores%2526relatedQuery%253Ddec%2525C3%2525A1logo%252Bpara%252Bfomentar%252Bel%252Bbuen%252Btrato%252Ba%252Blos%252Bmayores&tpr=jre10&ots=1579764093596>.
126. Aguilera Muro MJ. Adultos mayores y medios de comunicación. ¿Amigos o enemigos? . No solo arrugas.com. <https://www.nosoloarrugas.com/smartblog/20-Adultos-mayores-y-medios-de-comunicaci%C3%B3n.html>.
127. Lowrie F, Gibson L, Towle I, Lowrie R. (2019). A descriptive study of a novel pharmacist led health outreach service for those experiencing homelessness. *The International journal of pharmacy practice*; 27(4):355-61. DOI 10.1111/ijpp.12520
128. Franco Sereno MT, Perez Serrano R, Ortiz Diaz-Miguel R, Espinosa Gonzalez MC, Abdel-Hadi Alvarez H, Ambros Checa A, et al. (2018). Pharmacist Adscription To Intensive Care: Generating Synergies. *Medicina intensiva*; 42(9):534-40. DOI 10.1016/j.medin.2018.02.006

129. McNicholl IR, Gandhi M, Hare CB, Greene M, Pierluissi E. (2017). A Pharmacist-Led Program to Evaluate and Reduce Polypharmacy and Potentially Inappropriate Prescribing in Older HIV-Positive Patients. *Pharmacotherapy*; 37(12):1498-506. DOI 10.1002/phar.2043
130. Wenzler E, Wang F, Goff DA, Prier B, Mellett J, Mangino JE, et al. (2017). An Automated, Pharmacist-Driven Initiative Improves Quality of Care for Staphylococcus aureus Bacteremia. *Clinical infectious diseases:an official publication of the Infectious Diseases Society of America*; 65(2):194-200. DOI 10.1093/cid/cix315
131. Zhang X, Rowan N, Pflugeisen BM, Alajbegovic S. (2017). Urine culture guided antibiotic interventions:A pharmacist driven antimicrobial stewardship effort in the ED. *The American journal of emergency medicine*; 35(4):594-8. DOI 10.1016/j.ajem.2016.12.036
132. Michal J, Henry T, Street C. (2016). Impact of a pharmacist-driven protocol to decrease proton pump inhibitor use in non-intensive care hospitalized adults. *American journal of health-system pharmacy:AJHP:official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*; 73(17 Suppl 4):S126-32. DOI 10.2146/ajhp150519
133. Lingenfelter E, Drapkin Z, Fritz K, Youngquist S, Madsen T, Fix M. ED (2016). Pharmacist monitoring of provider antibiotic selection aids appropriate treatment for outpatient UTI. *The American journal of emergency medicine*; 34(8):1600-3. DOI 10.1016/j.ajem.2016.05.076
134. Davis LC, Covey RB, Weston JS, Hu BB, Laine GA. (2016). Pharmacist-driven antimicrobial optimization in the emergency department. *American journal of health-system pharmacy:AJHP:official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*; 73(5 Suppl 1):S49-56. DOI 10.2146/sp150036
135. Apisarnthanarak A, Lapcharoen P, Vanichkul P, Srisaeng-Ngoen T, Mundy LM. (2015). Design and analysis of a pharmacist-enhanced antimicrobial stewardship program in Thailand. *American journal of infection control*; 43(9):956-9. DOI 10.1016/j.ajic.2015.05.011
136. Hale A, Coombes I, Stokes J, Aitken S, Clark F, Nissen L. (2016). Patient satisfaction from two studies of collaborative doctor-pharmacist prescribing in Australia. *Health expectations:an international journal of public participation in health care and health policy*; 19(1):49-61. DOI 10.1111/hex.12329
137. Shen J, Sun Q, Zhou X, Wei Y, Qi Y, Zhu J, et al. (2011). Pharmacist interventions on antibiotic use in inpatients with respiratory tract infections in a Chinese hospital. *International journal of clinical pharmacy*; 33(6):929-33. DOI 10.1007/s11096-011-9577-z
138. Przybylski KG, Rybak MJ, Martin PR, Weingarten CM, Zaran FK, Stevenson JG, et al. (1997). A pharmacist-initiated program of intravenous to oral antibiotic conversion. *Pharmacotherapy*; 17(2):271-6.
139. Gil Guillén M, Ribera Casado JM, Valdes y Llorca C, De Lucas Ramos P, Sánchez Purificación A, Fernandez del Palacio E, et al. (2018). Informe descriptivo “Análisis sobre de Adherencia al Tratamiento en pacientes crónicos desde el punto de vista de la farmacia”. In: *Observatorio de Adherencia Terapéutica* (Grupo OAT) ES, editor. Madrid.
140. McGeer A, Campbell B, Emori TG, Hierholzer WJ, Jackson MM, Nicolle LE, et al. (1991). Definitions of infection for surveillance in long-term care facilities. *American journal of infection control*; 19(1):1-7. DOI 10.1016/0196-6553(91)90154-5
141. Stone ND, Ashraf MS, Calder J, Crnich CJ, Crossley K, Drinka PJ, et al. (2012). Surveillance definitions of infections in long-term care facilities:revisiting the McGeer criteria. *Infection control and hospital epidemiology*; 33(10):965-77. DOI 10.1086/667743
142. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. (2010). *Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles en Atención Primaria*. Gráficas Monterreina S A.

143. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. (2008). *Prevención y Control de la Infección Nosocomial*. Imprenta BOCM.
144. Consejo Interterritorial. Ministerio de Sanidad. (2014). *Plan Nacional frente a Resistencia a Antibióticos*. Disponible en: <http://www.resistenciaantibioticos.es>.
145. Consejo interterritorial. Ministerios de Sanidad y Agricultura. (2019). *Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) 2019-202* <https://www.aemps.gob.es/home.htm>.
146. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. (2018). *Guía de uso de antimicrobianos en adultos con tratamiento ambulatorio*. Disponible en: <http://www.comunidadmadrid/publicacion/ref/20262>.
147. Comisión Central de Política Antimicrobiana de la Comunidad de Madrid. (2019). *Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos en la Comunidad de Madrid (RESISTE)*.
148. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General. Resolución nº 20/2017, de 14 de diciembre de 2017, por la que se ordenan determinados aspectos del ejercicio profesional enfermero en el ámbito de la prevención y control de infecciones. . <https://www.consejogeneralenfermeria.org/component/jdownloads/send/8-normativa-colegial/690-resolucion-n-20-2017-de-14-de-diciembre-de-2017>.
149. Rodríguez Navas ML, Lupión Mendoza C, Félix Martín M, Torres Berdonces M, Villar Bustos C, et al. (2014). *Documento técnico. Competencias de la Enfermera de Prevención y Control de Infecciones (EPyCI)*. http://www.amepreventa.es/docamep/competencias_enfermera_EPyCI.pdf.
150. Rodrigues Moura da Costa Valle A, De Andrade D, Lopes de Sousa AF, Rodrigues Moura de Carvalho P. (2016). Infection prevention and control in households Nursing challenges and implications. *Acta Paul Enferm*; 29(2):234-9.
151. Organización Mundial de la Salud. (2013). *La higiene de manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia mundial de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo "Los cinco momentos de la higiene de manos"*. <http://www.who.int/iris/handle/10665/84918>.
152. Lupión C, López Cortes LE, Rodríguez Baño J. (2014). Medidas de prevención de la transmisión de organismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos. *Enferm Infecc Microbiol Clín*; 32(9):603-9.
153. Huang C, Ma W, Stack S. (2012). The hygienic efficacy of different hand-drying methods: A review of the evidence. *Mayo Clin Proc*; 87(8):791-8.
154. Best EL, Parnell P, Wilcox MH. (2014). Microbiological comparison of hand-drying methods: the potential for contamination of the environment, user, and bystander. *Journal of Hospital Infection*; 88:199-206.
155. Sharif-Abdullah SS, Mei Chan Ch, Surat Singh SK, Shahrul Bayah K, Kwan Hoong N. (2016). The effect of chlorhexidine in reducing oral colonisation in geriatric patients: a randomised controlled trial. *Singapore Med J*; 57(5):262-6.
156. Adams J, Bartram J, Chartier Y. (2016). *Organización Mundial de la Salud. Normas básicas de higiene del entorno en la atención sanitaria*. Camberra (Australia): Desing ONE.
157. Krawinkel M B. (2012). Interacción entre la nutrición y las infecciones a nivel global: una revisión. *Ann Nutr Metab*; 61(suppl 1):19-27.
158. Seguro Gurrutxaga, Cárdenas La Granja G, Burgos Peláez R. (2016). Nutrientes e inmunidad. *Nutr Clin Med*; X (1) 1-19.

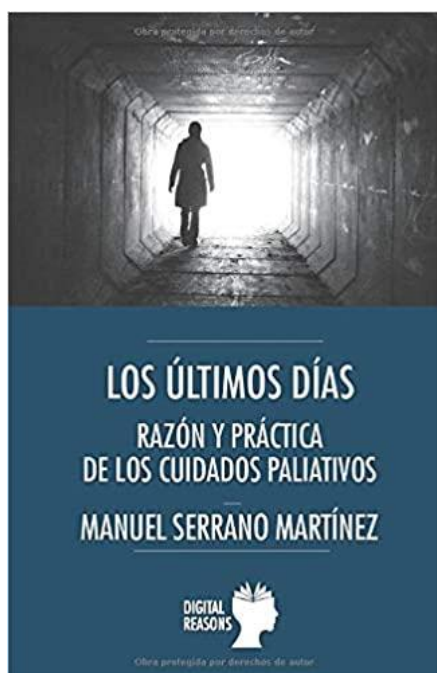
159. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2011). *Guía de buena práctica en Geriátría. Hidratación y salud*. Madrid.
160. García Molina A, Carbonell Baeza A, M. DF. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revintmedciencactivfisdeporte*; 10(40):556-76.
161. Ferrer Aguares JL, Ruiz Muñoz E. (2016). Educación para la salud: infecciones y su prevención en personas mayores. *Rev Rol Enfermería*; 39(3):214-9.
162. Crawford Cohen C, Pogorzelska-Maziarz M, Herzing C, Carter E, Bjarnadottir R, Semeraro P, et al. (2015). Infection prevention and control in Nursing homes: a qualitative Study of decision-making regarding isolation-based practiques. *BMJ Qual Saf*; 24 (10):630-6.
163. Grupo de vacunas de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Recomendaciones de vacunación para adultos y mayores 2018-2019. . <https://www.segges/media/descargas/SEGG-VACUNACION-2018-2019pdf>.
164. Pujol M, Limón E. (2013). Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 31(2):108-13.
165. Gracia D. (En prensa). Por una cultura de la vejez. *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas 2020*.
166. Gracia D. (2013). *Valor y Precio*. Madrid: Editorial Triacastela.

Serrano Martínez, M. (2019). *Los últimos días. Razón y práctica de los cuidados paliativos*. Madrid: Digital Reasons

Diego Gracia

Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud

E-mail: dmgg@fcs.es



Es muy probable que el lector de este libro, sólo accesible en formato digital, sienta una cierta sorpresa, o quizá contratiempo, al comprobar que su contenido no corresponde a lo que promete su título: “Razón y práctica de los cuidados paliativos”. Parecería que se trata de un manual completo de cuidados paliativos, en que va a exponerse la teoría, en primer lugar, y la práctica, después. Pero no es así. El libro ha sido compuesto por un médico internista, a lo que parece, sin especial formación en cuidados paliativos, pero muy interesado por el sentido de la vida humana, en primer lugar, y por la ayuda, digamos espiritual, o humana, a las personas en “los últimos días” de su existencia. De que el tema le preocupa es buena prueba el que ya en 2018 publicara, en la editorial de la Universidad Francisco de Vitoria, otro volumen titulado *El hombre ante la vejez*.

Tanto quien decide escribir un libro como también quien inicia su lectura, han de comenzar teniendo claro cuál es su género literario. Porque un tema como el del final de la vida permite abordajes muy distintos, que naturalmente llevan también a conclusiones distintas. Está, en primer lugar, el género propio de la ciencia natural: exponer los resultados de las observaciones o experimentos llevados a cabo utilizando los métodos de la biología, la farmacología, o cualquier otra ciencia natural. Indudablemente, no es este el género al que pertenece el presente libro. Pero

tampoco se trata de un estudio de psicología, de sociología, de filosofía o de teología. Esto último es más sorprendente, porque el autor no se arredra ante temas tan enormes como los de la libertad, la dignidad, el sentido de la vida, el dolor, el sufrimiento y la propia muerte. Es más, el autor afirma explícitamente que “no es en modo alguno el propósito de este libro desarrollar conceptos filosóficos, sino todo lo contrario, hacer una reflexión sobre la manera en que los hombres tratamos a nuestros semejantes en momentos en los que aparece la fragilidad, la dependencia y el dolor” (pp. 39-40). Se trata, pues, de una reflexión personal, resultado de una práctica que no dudo en calificar de prolongada y exitosa, sobre el sentido de la vida y la muerte.

Intentando encajar este tipo de abordaje en alguno de los géneros literarios al uso, se me ocurre que su lugar propio es el del “ensayo”. Este es un género algo venido a menos, pero muy cultivado en España en el pasado siglo por autores tan eminentes como Unamuno y Ortega y Gasset, por recordar dos de sus máximas figuras. Este género tuvo particular éxito entre los médicos, hasta el punto de que Alain Guy consideró la profusión y riqueza del ensayismo de altos vuelos un rasgo distintivo de la medicina española, en fuerte contraste con la de otros países, como Francia. Baste recordar los nombres de Gregorio Marañón o Pedro Laín Entralgo, aunque la lista podía ampliarse sin ninguna dificultad. Es más, en España se dio un fenómeno muy llamativo y no excesivamente ejemplar, y es que entre los discípulos de Marañón, que tuvo muchos, cundió el deseo de imitarle también en esto. Pero, como era de esperar, se cumplió el principio de que las imitaciones no conducen a nada bueno, y de aquellos ensayos ya no queda, en muchos casos afortunadamente, ni el recuerdo.

No es ahora el momento de fijar con algún rigor cuáles son las características del género ensayístico. Porque a veces parece que se trata de un ejercicio de superficialidad, hablando de temas que son muy serios y que han venido ocupando a lo más granado de la intelectualidad desde tiempos inmemoriales. El buen ensayo es una cosa muy seria. Pero aquí, como no podía ser de otro modo, también se cumple el dicho aristotélico de que *corruptio optimi pessima*.

En las escasas 200 páginas del libro, se despachan de modo olímpico problemas de una enorme envergadura, a cada uno de los cuales habría que dedicar, cuando menos, la vida entera. Así, en las primeras páginas del libro, a propósito del origen de la vida, el autor afirma que “para que algo obtenga una potencialidad que no contiene inicialmente se necesita una intervención externa” (p. 15). Se trataría de “una causa existente previamente, que, desde siempre, el hombre ha considerado el Ser divino” (p. 16). Y con eso se despacha la cuestión. Por poco versado que uno ande en filosofía, no en filosofía moderna sino en la que parece que sigue el autor, la aristotélico-escolástica, sabe que la potencia de algo no se conoce hasta que no se transforma en acto, de modo que hasta que el ser humano llega a ser en acto, no se conoce eso que tuvo antes en potencia, incluido el psiquismo superior o específicamente humano. ¿Cómo sabe el autor que el psiquismo superior no estaba en la potencialidad dada ya desde el origen? El emergentismo es cualquier cosa menos una aberración mental, y tiene tantas razones a su favor, cuando menos, como el creacionismo.

Los ejemplos podrían repetirse a propósito de otros graves términos, como “dignidad”, “intención”, etc. Es preciso recordar que el término dignidad no ha tenido siempre el sentido que le damos ahora, que no es anterior a finales del siglo XVIII, época en que

lo dotó de su actual significado Kant. *Dignitas* en latín no significó dignidad, sino nivel social. Aún quedan restos de ello en nuestra lengua, como cuando hablamos de los “dignatarios” o de las “dignidades” civiles o eclesiásticas. Ese es también el sentido que tiene el término en el libro de Pico de la Mirandola que el autor cita varias veces. Mil veces se ha repetido en la liturgia de la misa el *Domine, ego non sum dignus*. De hecho, en toda la tradición medieval, el pecado privaba de dignidad. También conviene saber que cuando Kant reconceptualizó el término, tuvo buen cuidado de aclarar que se trata de un concepto “formal”, que define la condición ontológica de los seres humanos, pero que por su carácter formal y no deontológico, no dice lo que hay que hacer. Lo cual explica lo que para el autor constituye una paradoja, y es que apelen a la dignidad tanto quienes quieren defender el suicidio asistido y la eutanasia, como quienes se oponen a ellos (p. 49). Los conceptos formales, decía Kant, son canónicos pero no deontológicos, y por tanto no dicen lo que hay que hacer. Las buenas causas, que las hay, no dan licencia para utilizar malos argumentos.

Aún más complicado es el tema de la “intención”, sobre el que el autor vuelve varias veces a lo largo del libro. Si hay algún concepto necesitado de crítica y claridad, es el de intención. No se trata solo, que también, de que los seres humanos nos engañemos a nosotros mismos continuamente sobre nuestras propias intenciones. Todo psiquiatra sabe que en los trastornos obsesivos-compulsivos las personas se consideran responsables de sus actos, cuando no lo son, o lo son en grados muy limitados, y que, por el contrario, la mayoría de las personas responsables de actos son capaces de encontrar disculpas que les exoneren de responsabilidad. Habría que decir que en esto de la intención, creen tenerla quienes no la tienen, y viceversa. Pero dejando esto aparte, baste recordar la crítica a la que se ha sometido al concepto de intención en la filosofía del último siglo. Por citar solo dos nombres, valgan los de Wittgenstein y Anscombe. Hoy no puede hablarse de intención como si se tratara de algo elemental. Por cierto, conviene recordar que este concepto no jugó papel ninguno en la ética griega hasta la época del estoicismo, y que no jugó un gran papel en ética hasta la época de Agustín de Hipona y la posterior escolástica medieval, por unos motivos que hoy pocos teólogos se atreverían a defender. Su historia medieval es todo un problema, que no se resuelve, por cierto, cuando los filósofos idealistas alemanes, ya en pleno mundo moderno, hacen pivotar sobre la categoría de *Gesinnung* nada menos que su teoría moral. La categoría de intención no puede parecer clara más que a un análisis precipitado y superficial. El propio autor, citando a Simone Weil, dice que “nadie es malo voluntariamente” (p. 73). ¿En qué quedamos? Esta es la famosa “paradoja socrática”, que, merece también recordarlo, no fue solo de Sócrates, ni está dicho que deba tenerse por absurda. Lo que sí es claro es que obliga a rehacer partes enteras de los tratados de ética.

Dicho todo esto, hay en el fondo de este libro algo que considero muy valioso, y que a mi personalmente me conmueve. Se trata del intento de un profesional de reflexionar sobre su propia actividad para vivirla con la máxima seriedad posible. Esto es lo verdaderamente importante; es lo que justifica una vida, y por supuesto también una profesión. El médico no tiene por qué ser un filósofo, o un teólogo. Basta con que sea buen médico y procure comportarse del modo más responsable posible. Precisamente porque su cometido es una cosa muy seria. Como dice el escrito hipocrático *Sobre el médico*, “las relaciones entre el médico y sus pacientes no son algo de poca monta. Puesto que ellos mismos se ponen en las manos de los médicos, y a cualquier hora

frecuentan a mujeres, muchachas jóvenes, y pasan junto a objetos de muchísimo valor". La medicina es una cosa muy seria, y quien la ejerce con auténtica "vocación", responsablemente, quien empeña su vida en ello, merece, al menos en mi caso, admiración y respeto. Ese entiende su vida como "misión", algo que siempre resulta sobrecogedor, ya que a veces obliga a comportarse de modo absolutamente desinteresado y hasta heroico. Pienso en la lección que nos han dado a todos en esta pandemia del COVID-19 los profesionales sanitarios que, faltos de la protección debida, han arriesgado su vida y en bastantes casos la han perdido. Una profesión capaz de llevar a cabo actos de este tipo está moralmente muy sana y constituye un ejemplo en que debían mirarse otros estamentos de nuestra sociedad.

También me producen un gran respeto las creencias religiosas del autor de este libro. Aunque desconocido para mí, en estas páginas queda clara su profunda religiosidad cristiana. Algo digno no solo de respeto sino también de admiración. El gran mandamiento del amor es suficiente para justificar la vida. Pero debe huirse de la tentación, tan frecuente en ciertos grupos cristianos, de querer justificar por la vía de la razón, con argumentos que no son de recibo, cosas que pertenecen a otro orden. El celo religioso no puede servir para justificar todo tipo de causas. El problema de este libro no está en su objetivo, ni tampoco en el espíritu que trasparece en sus páginas. Está en los argumentos con que intenta probar por vía racional algo que el autor no "sabe" sino que más bien "cree".

Hay que dar a cada cosa su espacio propio. No todo es razón en el ser humano. Pero cuando se trata de razonar, hay que hacerlo con la máxima seriedad, y no de un modo, cuando menos, inocente, ingenuo. No hacerlo así es tirar piedras contra el propio tejado. Esta actitud de respeto y seriedad parece corroborarla el propio autor cuando escribe, ya casi al final del libro: "No se trata de la ley de Dios, se trata de que el hombre sea capaz de razonar naturalmente por sí mismo de forma holística. La capacidad que la naturaleza ha concedido al ser humano es suficiente para que llegue a conclusiones válidas para afirmar su humanidad. El uso de la razón sin eliminar de la ecuación la consideración completa de lo que es la humanidad de la persona, refuerza el alcance de la razón." (p.176). Pues eso.

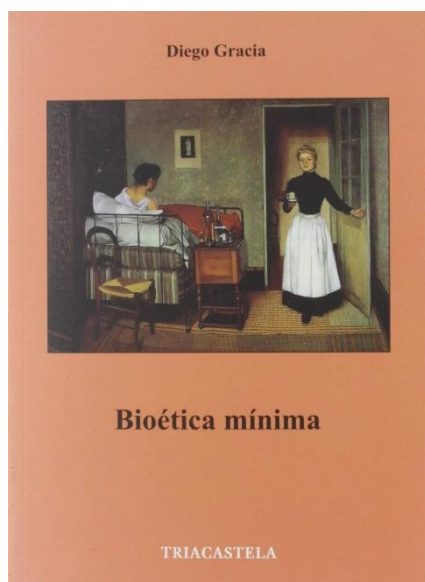
Gracia, D. (2019). *Bioética mínima*. Madrid: Triacastela

Carlos Pose

Universidad de Santiago de Compostela

E-mail: cpose@fcs.es

Ligero de equipaje: hacia una bioética primera



Dentro del panorama actual de la bioética hay que saludar la reciente aparición de *Bioética mínima*, una brújula moral que aún llega a tiempo para enseñar a navegar en eso que puede considerarse como una “marea bioética”. Arrastrados por su corriente, hoy son legión los que se acercan a la inundatoria maraña de publicaciones periódicas de uno u otro signo tratando de salir a flote. Existe un riesgo sincero de ahogarse en medio de tanta publicación, o de no llegar a buen puerto. Navegar en mar abierto, a veces a contracorriente, exige el concurso de buen tino, buena orientación y no poca sabiduría práctica. Lo cual significa que ni todo está en nuestras manos, ni existe una fórmula geométrica que nos evite el baño de inmersión. Pero en lo que depende de nosotros, puede resultar de gran ayuda dotarse de la experiencia y el conocimiento que todo buen navegante ha de poseer para ponerse a salvo

del oleaje que tanto zarandea. Este parece ser el propósito de *Bioética mínima*, una obra que, como inicialmente sugiere el título, nos invita a recorrer mentalmente una singladura “ligeros de equipaje” para no naufragar en el alborotado mar de los problemas de la bioética, un mar que circunstancial e imprevisiblemente ha venido a agitarse algo más debido a la pandemia por COVID-19 y al propio confinamiento.

Bioética mínima surge de un ciclo de cinco conferencias que Diego Gracia impartió en la Fundación Politeia en el año 2018. Se publica 30 años después de que viera la luz su primer gran libro de bioética, *Fundamentos de bioética* (Eudema, 1989; Triacastela,

2007). Aunque la obra se presenta esta vez como una bioética “mínima”, no cabe confundirla con lo que a partir de la segunda mitad del siglo XX distintos autores han venido entendiendo por una “ética de mínimos” frente a una “ética de máximos”. Es un desafío que plantea el propio título. ¿Acaso puede hablarse de una “bioética de mínimos”? Aparte de que, como advierte el autor, “la ética no puede ser más que de máximos” (p. 14), la distinción entre “mínimos” y “máximos” afecta primordialmente al contenido de la ética, y no a su estructura interna. En este sentido *Bioética mínima* no recoge otra cosa que el entramado “fundamental” de la bioética que el autor ha venido enseñando a lo largo de muchos años.

El magisterio del Prof. Gracia, como saben todos los que han tenido la fortuna de acercarse a él, se ha convertido en un referente en el mundo de la bioética, dado que más que la exclusiva exposición teórica de algunos conceptos básicos, como suele ser habitual, trata de introducir al oyente o lector en la práctica real de la bioética. Ello se hace posible gracias a la puesta entre paréntesis de la historia y la teoría de las distintas propuestas éticas que suelen compendiar la mayoría de los libros de bioética. Lo que tras esta pérdida se descubre es algo sorprendente: la originalidad de la experiencia moral. *Bioética mínima* es el análisis esquemático (es decir, esquelético, “mínimo”) de esa experiencia moral. De eso tratan las poco más de 180 páginas de que consta el libro.

Dividido en cinco lecciones, cada lección está dedicada a un tema. La primera lleva por título, precisamente, “La experiencia moral”; la segunda, “Hechos, valores y deberes”; la tercera, “La deliberación y sus sesgos”; la cuarta, “El origen de la vida”; la quinta y última, “El final de la vida”. A estas cinco partes añade el autor un “Prólogo” y una breve “Conclusión”. La “Portada” aparece ilustrada esta vez con “La enfermera” de Felix Vallotton, una invitación a recordar el “minimalismo” también en el cuidado.

A primera vista, no deja de resultar extraño que “esta” bioética comience reduciendo todo al mero análisis de la experiencia moral. La extrañeza sube de grado cuando se constata que el análisis no deja ni rastro de los contenidos que tenemos por más sólidos. Usos y costumbres, creencias, normas, preferencias... En la experiencia moral no hay de verdad nada de eso. La sensación inicial es muy similar al sentimiento de soledad. Pero no se trata de una soledad hueca o vacía. Si conseguimos superar el envite que nos propone el autor, escucharemos nítidamente la voz de la conciencia. Es lo que cabe identificar con la conciencia de deber u obligación. En eso consiste la experiencia moral. ¿Qué hemos ganado con su identificación? “Como de ello todos tenemos experiencia en primera persona, el análisis que aquí se hará no tiene otro objeto que el de posibilitar el que cada uno identifique en sí mismo su propia experiencia y vea si este análisis es adecuado o no. El valor de verdad vendrá dado no por lo que aquí se diga sino por la experiencia de cada uno. De este modo, evitaremos el mal inveterado de adoctrinar a todos los demás imponiéndoles nuestro propio punto de vista. [...]. Esto da una fuerza completamente nueva y distinta al proceso educativo, y hace que cada uno haya de verificar en sí mismo las cosas que se dicen y salga fiador o no de ellas. Mi opinión es que este es el único modo correcto de enseñar filosofía en general, y ética en particular.” (p. 19-20).

Si el principio de todos los principios de esta bioética mínima es que la experiencia moral está dada y, por lo tanto, es lo único universal por más que nunca se haya llegado a ella muy claramente, la consecuencia es que todos los contenidos operativos de la conciencia moral hay que “construirlos” individual y socialmente. Esto puede resultar duro porque viene a contrapelo de todo lo que nos han enseñado. Sin embargo, huelga decir que la pluralidad de ideas, valores y deberes no hace más que

constatar la evidencia de este hecho. Lo cual no significa caer en el relativismo o en el más puro convencionalismo.

El análisis de la experiencia moral no se agota en la identificación de la conciencia de deber. Precisamente porque debemos, hemos de descubrir también los “momentos” que definen el proceso que llevamos a cabo cada vez que tenemos que dotar de contenido un deber concreto. Si damos en denominar a ese proceso “proyecto”, como ha hecho buena parte de la filosofía contemporánea, los momentos del proceso vienen a ser momentos del proyecto. Se trata, en todo caso, de un proyecto “moral” puesto que seguimos en el análisis de la misma experiencia que nos ha abierto a la conciencia de deber. Y lo que esa experiencia nos desvela ahora es que el “deber” que es preciso dotar de contenido posee varios momentos previos. Dicho de otro modo, el deber moral no se funda a sí mismo, sino que tiene como soporte dos momentos anteriores: hechos y valores. Este es otro de los rendimientos del análisis de la experiencia moral.

La cultura occidental ha ido diferenciando progresivamente los momentos de todo proyecto, pero ha sido el autor de esta obra el que ha acabado acotándolos en sus justos términos, porque de la confusión o solución de continuidad entre ellos se han derivado errores importantes de razonamiento moral. “El razonamiento moral es particularmente complejo, ya que está al final de un proceso que ha de comenzar siempre por el establecimiento correcto de los hechos y seguir luego con el análisis de los juicios de valor que reposan sobre tales hechos. Solo tras ese proceso cabe plantearse el tema de los deberes, es decir, de aquello que debe o no debe hacerse. Desdichadamente, la falta de rigor en este proceso es la norma, y en ello está la causa de la mayor parte de los errores en la toma de decisiones morales.” (p. 45-46).

Conviene observar que, con lo examinado hasta aquí, y en buena parte de la obra, todavía no se ha precisado ningún contenido moral. Del puro análisis de la experiencia moral no cabe extraer ningún contenido de deber, lo cual tira por tierra cualquier tipo de intuicionismo. ¿Cómo llegar a él, entonces? Este es un asunto que ha hecho correr mucha tinta, que ha jalonado gran parte de toda nuestra historia y que sigue lleno de claroscuros.

Tras muchos años de investigación, el autor de esta obra ha llegado a la convicción, siguiendo el análisis fino de la filosofía de Zubiri, de que todo contenido está construido. Para sorpresa de muchos, esto incluye también el contenido moral. De lo que se trata pues es de explicar cómo, de qué manera. Porque lo que menos se puede esperar es que se trate de una construcción arbitraria, aunque solo sea porque por pura arbitrariedad es difícil que una especie como la humana, tan deficitaria biológicamente, consiga sobrevivir y adaptarse al medio por vía puramente intelectual. Si, como acabamos de decir, la inteligencia no tiene capacidad de intuir los contenidos morales, ¿cómo los determinamos?

La novedad en este punto está en la rehabilitación y comprensión de la maltrecha idea de “deliberación”, dado que se ha visto afectada, como subraya el autor, por “una historia tormentosa” (p. 63). La deliberación es consustancial a la intelección, o una modalidad suya. Esto quiere decir que la deliberación tiene una función “biológica” en el ser humano (p. 69), de lo cual se deducen varias cosas. Una primera, que la deliberación ha sido un rasgo que ha permitido, al menos hasta ahora, garantizar la supervivencia de la especie humana sobre la tierra. Segundo, que todo ser humano puede deliberar. Tercero, que la deliberación posee una “lógica” que califica todo acto moral e, incluso, todo proyecto humano (p. 74).

El autor, en un abordaje sin igual, describe las dos lógicas que han pugnado a lo largo de la historia, la aristotélica y la estoica. Es sabido que “todos han querido hacer una ‘ética según el orden de la geometría’, algo por completo ajeno y hasta opuesto a lo pensado y escrito por Aristóteles” (p. 68). La rehabilitación de la deliberación al modo aristotélico ha puesto en claro, en todo caso, que es preciso distinguir una deliberación mayoritaria, que cabe denominar “heterónoma”, de una deliberación “autónoma”, la única aceptable. “El problema de nuestra sociedad, por más que se considere liberal y autónoma, es que en ella sigue imperando la idea de que correcto es lo que se ajusta a la ley, y que el buen ciudadano es el obediente. Todo, los usos, las costumbres, las normas, los medios de comunicación, la propia educación, van en el sentido de formar personas heterónomas, regidas por lo que Heidegger llamaba ‘las habladuras’, expresadas siempre en la forma del *das Man*, el impersonal ‘se’ dice o el ‘uno’ dice. Al preguntar ¿quién lo dice?, la respuesta es ‘nadie’ en concreto.” (p. 82). De ahí que solo la deliberación autónoma pueda calificarse o valorarse como deliberación moral. Esta es una tesis fuerte, transversal a toda la obra, y quizá controvertida, pero que hunde sus raíces, según el análisis de la experiencia moral, en la ecuación: ética igual a autonomía, autonomía igual a deliberación.

No termina aquí la cuestión de la deliberación, porque este es un tema que admite una investigación independiente, o varias, en un orden distinto al de la experiencia moral. Además de poseer una lógica, la deliberación está llena tanto de “dificultades” o condicionantes individuales, sociales e históricos (p. 88), como de “sesgos” inconscientes que cometemos las personas al pensar, valorar y tomar decisiones (p. 95). Este es un capítulo que por más que tenga raíces antiguas, ha venido a cobrar una cierta actualidad en nuestros días en psicología, en economía y también en ética. Merece la pena dedicar un tiempo a su lectura porque se trata, a no dudarlo, del aldabonazo de todo un programa de investigación.

Conciencia de deber, proyección autónoma y deliberación. Este es el resultado más palmario del análisis de la experiencia moral. Y por increíble que parezca, se trata de un resultado que pertenece al circuito o entramado fundamental de la experiencia moral. Pero aún es preciso introducir un concepto más, el de responsabilidad, que, en coherencia lógica con lo anterior, es la consecuencia de la construcción autónoma de la vida moral. Dotar de contenido lo que se presenta como deber formal ya no es una mera posibilidad arbitraria ni tiene por qué carecer por completo de referentes, aunque estos referentes no son ahora objeto de discusión. Baste decir que los procesos de deliberación no son solo individuales, sino también colectivos. Pero ello no ha de poder servir para diluir la responsabilidad individual o personal en una responsabilidad social. Precisamente porque la autonomía ha de ser la característica de toda deliberación, la responsabilidad personal tiene que surgir necesariamente de la proyección de cualquier acto moral.

El autor ha tomado como ejemplos de promoción de la responsabilidad personal los numerosos problemas que han ido apareciendo en los últimos años dentro de los llamados “confines de la vida humana”, el origen y el final. “El fomento de la ética de la responsabilidad es tanto más necesario cuanto que en nuestra sociedad se da una evolución progresiva e imparable hacia un respeto cada vez mayor de las decisiones autónomas de las personas, aunque estas atenten contra la integridad de otros principios, como puede ser el de respeto a la vida. Esto quiere decir que va concediéndose un espacio cada vez mayor a la autogestión o a la gestión privada del cuerpo y de la sexualidad, de la vida y de la muerte. Si tradicionalmente se venía situando el valor vida por delante del valor libertad de conciencia, hoy sucede exactamente lo contrario, y la tendencia clara es conceder cada vez mayor espacio a

la libertad de conciencia, incluso en detrimento de la vida. La ética de la responsabilidad exige evitar ambos extremos y promover la idea de que el propio concepto de responsabilidad exige promover la realización de todos los valores en juego, y no solo de uno de ellos, ya se trate de la vida, como en el caso antiguo, o la libertad, como tiende a pensarse hoy.” (p. 142).

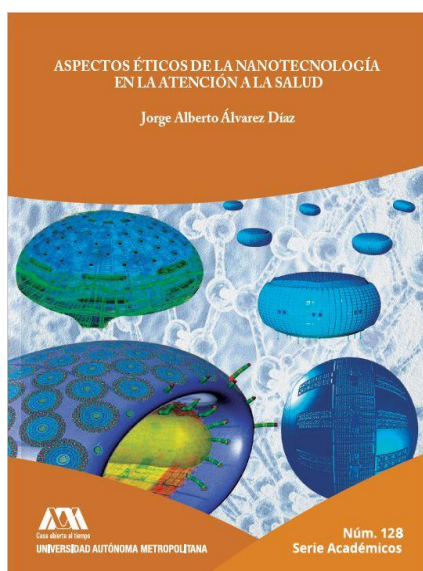
Como se puede ver, es posible hacer una “bioética mínima”, o si se quiere ahora, lo que en términos filosóficos yo llamaría una “bioética primera”, sin caer en la dicotomía entre “bioética de mínimos” y “bioética de máximos”. Antes bien, se trata de ir más allá, o mejor, más acá de ambas.

Se podrá decir que todo esto carece de auténtica originalidad porque los términos autonomía, deliberación y responsabilidad son hoy flotador o tabla de salvación de muchas otras éticas contemporáneas. Pero conviene no equivocarse y poner sumo cuidado en la utilización de estos términos. Precisamente por tratarse de algo surgido del análisis minucioso de la experiencia moral, no puede confundirse la autonomía del deber moral con la autonomía política, ontológica o jurídica; tampoco la deliberación aristocrática e ideal puede identificarse sin más con la deliberación individual y democrática en su amplio espectro; en fin, no es un intento más de promoción de la responsabilidad social o legal frente a la responsabilidad personal.

Como suele decirse, las palabras las carga el diablo, por lo que es necesario hacer siempre una labor de revisión y reconstrucción de los términos para no empezar la casa por el tejado. Seguro que esta advertencia no pasará desapercibida a los lectores de esta *Bioética mínima* que ahora tendrán la oportunidad de leer, discutir y tal vez poner en práctica.

Álvarez Díaz, J. A. (2018). *Aspectos éticos de la nanotecnología en la atención de la salud*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana

Bárbara Rubio



Ha pasado ya más de medio siglo desde que el premio nobel de Física Richard Feynman pronunciara en el Instituto de Tecnología de California su famoso discurso titulado “Hay mucho espacio en el fondo”, que fue considerado por muchos el origen de la nanotecnología (*There is Plenty of Room at the Bottom*, 1959), aunque este término como tal fuera acuñado por Taniguchi en 1974.

Feynman describió la posibilidad de poder manipular las cosas “átomo por átomo”, lo que permitiría trabajar con materiales a escala nanométrica (millonésima parte de un milímetro). Cuando se manipula la materia a escala tan minúscula presenta fenómenos y propiedades totalmente nuevas.

A partir de Feynman y posteriormente de Taniguchi, las aplicaciones y materiales que se manejan a nanoescala y hacen funcionar muchos de los aparatos que ya se utilizan, se han ido multiplicando de forma exponencial, marcando un antes y un después en múltiples especialidades científicas como la industria, la informática, la farmacología, el medioambiente y también la salud.

Respecto a las aplicaciones a la salud, a medida que se avanza en la comprensión y el control de la materia a nanoescala se abren nuevas posibilidades al operar la nanotecnología en la misma escala que la biología. La posibilidad de insertar sondas nanométricas en el interior de determinadas células y conocer su complejo funcionamiento permitiría detectar precozmente si se ha producido una alteración en la misma y poder actuar también precozmente. En el caso del cáncer, por ejemplo, tendría mucha repercusión en la detección precoz y tratamiento del mismo.

Muchos autores consideran la nanotecnología como “la tecnología transformadora del siglo XXI” y se ha convertido en la ciencia y la tecnología donde más se está

invirtiendo en investigación y desarrollo a escala mundial. Pero al igual que ha ocurrido con otras revoluciones científicas, al mismo tiempo que las nanoaplicaciones tienen la capacidad de abarcar todos los ámbitos de la existencia humana e incluso planetaria, surgen muchos interrogantes a resolver y nuevos retos éticos que abordar.

La intención del autor Jorge Alberto Álvarez Díaz en este libro es proponer un marco para el análisis de los problemas éticos que surjan con la introducción de la nanotecnología en la atención a la salud.

Para ello, el autor, en la primera parte del libro, clarifica algunos conceptos básicos de la nanotecnología, necesarios para comprender por qué lo más pequeño, lo “nano”, se convierte en algo cada vez más grande. Comienza explicando el prefijo “nano” para finalizar con su aplicación a las distintas áreas específicas de la nanotecnología. Cuando esta se aplica al campo de las ciencias de la vida se hablaría de una bionanotecnología o una nanobiotechnología, términos que en ocasiones se superponen.

Además, el autor hace un breve pero conciso recorrido histórico de la nanotecnología bajo el título “del neolítico al nanolítico”. Para él, el enfoque histórico es fundamental para comprender las disciplinas científicas y filosóficas. Como diría el filósofo Ortega y Gasset: “Solo el sentido histórico, la admisión de la diferencia y la distancia entre culturas, permite avanzar en el esfuerzo de comprensión...”. Aunque Álvarez Díaz centra el inicio y desarrollo posterior de la nanotecnología en la segunda mitad del siglo XX, principalmente en Feynman y Drexler, existe algún dato prehistórico como la copa de Licurgo Tracia. Se trata de una copa de vidrio dicróico procedente de Roma, que data del siglo IV a.C. y que se exhibe en el Museo Británico. Esta copa contenía partículas de oro (que hoy en día se sabe que son nanométricas) en suspensión coloidal que permitían cambiar el color de la copa de verde a rojo cuando pasaba el haz de luz a través de la copa.

En el mundo actual, la nanotecnología tiene infinidad de aplicaciones en muy diversas áreas (electrónica, informática, industria, medicina) y existen múltiples empresas distribuidas en más de una veintena de países dedicadas a explotar estas aplicaciones. El campo más avanzado y de mayor impacto se corresponde con el diseño de nuevos materiales con propiedades nuevas y mejoradas (más fuertes y más ligeros) como se pueden encontrar en artículos deportivos, cosméticos, adhesivos dentales etc. Es en esta nanotecnología del presente donde se empiezan a vislumbrar los problemas éticos. Problemas relacionados con la falta de información por parte de las empresas acerca de los riesgos y beneficios de los nanomateriales contenidos en sus productos (sus riesgos y beneficios), la falta de control por parte de las autoridades, aspectos éticos medioambientales, seguridad y privacidad, justicia en la asignación de recursos, ética de la investigación de nuevos productos.

En cuanto a la nanotecnología del futuro, si bien parece plantear problemas éticos importantes, como los que se contemplan en el programa de los transhumanistas que apoyan el empleo de las nuevas nanotecnologías hasta eventualmente poder eliminar la enfermedad e incluso la muerte, se perciben como de mayor urgencia los que se están planteando en el momento actual.

En la segunda sección del libro, el autor se centra en la aplicación de la nanobiotechnología a la salud, lo que se conoce como nanomedicina. Se ha visto que la

capacidad para estructurar materiales y dispositivos a escala molecular puede aportar enormes beneficios a la práctica de la medicina. Las principales áreas de actuación de la nanomedicina son el diagnóstico (nanodiagnóstico) a través de herramientas que permiten visualizar nuestro organismo a escala molecular, como es el caso de los biosensores y también de las técnicas de imagen mediante la utilización de puntos cuánticos. En segundo lugar, el tratamiento de enfermedades, mediante dispositivos que permiten la administración dirigida de fármacos y su liberación controlada. Finalmente, la medicina regenerativa a partir de biomateriales e implantes inteligentes, moléculas de señalización bioactivas y terapias basadas en células. De gran interés resulta la posibilidad de trabajar con dispositivos que puedan realizar a la vez un diagnóstico y tratamiento individualizado (teranóstico), lo que daría lugar a una medicina personalizada.

Aunque la mayor parte de las aplicaciones de la nanomedicina se encuentran hoy en día en fase de investigación, a medida que se avanza en la comprensión y el control de la materia a la nanoescala, las posibilidades diagnósticas y terapéuticas de la nanomedicina se convertirán en una de las revoluciones científicas más importantes para la humanidad.

A lo largo de la historia el ser humano ha utilizado sus conocimientos para transformar la naturaleza y adaptarse al medio. Conforme ha ido evolucionando y avanzando en sus conocimientos, se ha ido dando cuenta de que la investigación científica y su aplicación no está exenta de riesgos y puede ocasionar daño. En la era de la nanociencia y la nanotecnología el ser humano no solo ha llegado a transformar la naturaleza para poder adaptarse a ella, sino que además ahora la puede manipular y adaptarla a sí mismo. Este nuevo “poder” en manos del ser humano trae consigo nuevos retos éticos que de alguna manera hay que abordar para buscar respuestas que sean prudentes y evitar los efectos nocivos que este nuevo poder pueda ocasionar.

En la tercera sección de esta obra, Álvarez Díaz propone un marco que permita realizar un análisis riguroso de los problemas éticos que surgen con la aplicación de las nanotecnologías en la atención a la salud. Argumenta que la nanociencia y nanotecnología plantean problemas éticos específicos que requieren soluciones específicas. La ética de las nanotecnologías (nanoética), por tanto, habría que entenderla como una nueva forma de ética aplicada. En busca de ese marco, el autor, con un enfoque “nano”, dirige su mirada hacia la bioética y encuentra que la nanotecnología interacciona con los tres niveles de la bioética: micro (personal), meso (institucional) y macro-bioético (global), y aunque cada nivel presenta problemas distintos, están estrechamente articulados entre sí. Este enfoque podría ser el de una nanobioética que trataría los problemas éticos que surgen de la nanobiotecnología, donde se incluiría la nanomedicina.

Los problemas éticos que plantean las aplicaciones de la nanotecnología en la atención a la salud son numerosos. Ejemplos pueden ser la confidencialidad de los datos personales, la transparencia en la información sobre los posibles riesgos y la inequidad en el acceso a las nuevas posibilidades diagnósticas y terapéuticas, con el consecuente incremento en la brecha entre ricos y pobres. Para resolver estos y otros posibles conflictos éticos que plantea la nanobiotecnología, Álvarez Díaz propone y

describe el método de la deliberación moral del Profesor Diego Gracia en orden a tomar decisiones prudentes (la más óptima posible en condiciones de incertidumbre).

No cabe duda de que las aplicaciones de la nanotecnología en la atención a la salud abarcan un amplio abanico de posibilidades con implicaciones éticas, sociales, ambientales y legales, lo que pone de manifiesto la necesidad de establecer unos mínimos éticos, entre ellos el principio de precaución.

Para contestar a preguntas como: ¿es éticamente admisible hacer todo lo científica y tecnológicamente posible?, sería necesario tomar conciencia de la necesidad de un debate deliberativo a todos los niveles, desde el local, pasando por el regional y nacional, hasta llegar a escala mundial (democracia deliberativa).

La lectura de *Aspectos éticos de la nanotecnología en la atención a la salud*, para alguien que hasta el momento no ha estado familiarizada con las tecnologías a escala “nano”, no solo ha supuesto un despertar del interés y la curiosidad por la materia sino también motivo de inquietud y preocupación. La necesidad de hacer un llamamiento a la responsabilidad moral de cada individuo se hace imperativo, pues la responsabilidad derivada de su acción alcanza su propio entorno, y de este entorno depende su propia existencia.