

Interrogantes
de la Fundació 05
Víctor Grífols i Lucas

Pedagogía de la Bioética

*Comunicaciones del I Congreso
Internacional de Bioética*

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

6085/01
04/07/2019

Pedagogía de la Bioética
05

Interrogantes
de la Fundació 05
Víctor Grífols i Lucas

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS



Càtedra
de Bioètica
UVIC-UCC
FUNDACIO GRIFOLS

Pedagogía de la Bioética

*Comunicaciones del
I Congreso Internacional
de Bioética*

SUMARIO

	Pág.
Presentación	7
Bioética y profesionales sanitarios	
Evolución y aprendizaje de la opinión de los profesionales de una Unidad de Cuidados Intensivos sobre la Limitación de los Tratamientos de Soporte Vital. <i>Escudero-Acha P et al</i>	12
Pedagogía de la ética como un elemento esencial para la concienciación en la empresa del siglo XXI. <i>Fernández-Farina C et al.</i>	18
Creación de espacios de reflexión bioética en el ámbito asistencial <i>Rubio O et al.</i>	26
Pedagogía en el aprendizaje: el gran reto de las entidades de salud <i>Casas C et al</i>	31
Proyecto Horizontes. Propuesta metodológica de gamificación de la pedagogía hospitalaria basada en la bioética narrativa y en el modelo de humanización de la asistencia a los menores hospitalizados <i>Martín J.</i>	35
Evolución de la formación en bioética en el Consorci Hospitalari de Vic. <i>Fidalgo A et al.</i>	42
Construyendo el blog del Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria y aprendiendo bioética. <i>Barceló ME et al.</i>	46
Docencia en el Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria del ICS. Estudiantes en prácticas. <i>Prieto CM et al.</i>	50
Bioética y grados universitarios	
Enseñar «Ética en la enseñanza universitaria» en una asignatura de bioética. <i>Moyano E, Pérez J</i>	56
¿Cómo detectar la ideación suicida y prevenir el suicidio desde la universidad? <i>Riera B et al</i>	60
Cómo actuar ante el dilema moral al detectar una ideación suicida en estudiantes que desean mantener su anonimato. <i>Serra A et al.</i>	65
La simulación formativa en la asignatura de Ética y Legislación en Enfermería. Universidad de Barcelona: estudio piloto <i>Terré C et al</i>	72

Programa de enseñanza-aprendizaje activo y participativo sobre Ética y Legislación en estudiantes de Enfermería	
<i>Selva-Pareja L et al</i>	78
Aprendizaje sobre problemas éticos basado en la práctica clínica en alumnos de Odontología (experiencia durante cinco años: 2013-2018)	
<i>Tabernero MJ, Rodríguez MS</i>	83
Evolución de la formación en Bioética de los residentes durante la etapa universitaria y sus temas de interés. <i>Font R et al</i>	88
Bioética general	
Bioprecariedad. <i>Jimeno S</i>	96
Cuidados con compasión. Página web. <i>Carmona MI et al.</i>	102
Derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y en el parto. <i>Busquets M</i>	107
La terminología como base para el aprendizaje de la Bioética	
<i>Sabater M, Busquets JM</i>	113
Código Ético, tener o no tener. <i>Espuga M et al</i>	117
Bioética y sociedad	
El cine comercial como método docente en Bioética: sus contribuciones en la investigación biomédica. <i>Baños JE et al</i>	124
Las series médicas en la enseñanza de la Bioética: una oportunidad para el análisis complejo de los principios bioéticos	
<i>Cambra-Badii I et al</i>	132
Temporalidad lógica del decidir y enseñanza de la Bioética	
<i>Teixidó A.</i>	141
Ética, Salud Pública y reticencia vacunal: una propuesta docente a partir de un ejercicio deliberativo	
<i>Cruz-Piqueras M, Hortal-Carmona J</i>	145
La formación de un ideal ético del cuidado a través del cine	
<i>Sumoy M.</i>	151
Títulos publicados	160

PRESENTACIÓN

La Bioética reúne en su esencia dosis de audacia, de reflexión y de encuentro. En el fondo, todo esto tiene mucho que ver con el reto de organizar un I Congreso Internacional de Bioética. Compartir es la esencia de un congreso. Reunirse para aprender, para construir algo mejor, es la esencia de la Bioética. Y una gestión deliberativa de nuestras incertidumbres bien merecía el marco sereno y acogedor de la ciudad de Vic. El mundo tiene la necesidad de abordar decisiones difíciles que resultan cada vez más globales. Por tanto, la internacionalidad acaba siendo un requisito ineludible. Como decía un estimado amigo, «la Bioética será global, o no será».

Con estas premisas, la Cátedra de Bioética de la Universitat de Vic (UVic-UCC) y la Fundació Víctor Grífols i Lucas proyectaron el I Congreso Internacional de Bioética, que finalmente se celebró los días 24 y 25 de enero de 2019, en el Aula Magna de la UVic-UCC.

Si bien, como consta en su lema, la Pedagogía de la Bioética ha sido el eje vertebrador de este congreso, este no ha esquivado el abordaje de cualquier temática de interés, tanto en las mesas redondas como en las sesiones de comunicaciones orales, muchas de las cuales están recogidas en esta monografía.

Un seminario satélite de expertos permitió calentar motores el día previo. Se presentaron y analizaron diferentes experiencias internacionales en la Pedagogía de la Bioética. El objetivo era poner las bases para crear una red de reflexión e investigación conjunta que generase proyectos colaborativos y transversales, tanto en el ámbito académico como en el aplicado. Hubo consenso sobre la necesidad de abrir la Bioética a la sociedad, y la sociedad a la Bioética.

Con respecto a la formación de los **profesionales de la salud**, se han apuntado nuevos caminos y nuevas ideas. Y esta inquietud trasciende al ámbito puramente sanitario. Cada vez existe más preocupación por la formación en Bioética de los profesionales de empresas de cualquier tipo. Hemos podido escuchar experiencias sobre espacios de reflexión, sobre el uso de la narrativa

(incluidos los cuentos), de la poesía, de la lectura, etcétera, pero también iniciativas basadas en las nuevas tecnologías y/o en los nuevos métodos de comunicación digital como, por ejemplo, los blogs. Hemos escuchado también experiencias de encuentro entre disciplinas, que no son más que el núcleo esencial de la Bioética (diálogo transdisciplinar), así como sobre la experiencia de estudiantes de Filosofía que reciben formación práctica en Comités de Ética Asistencial (CEA), generando un sano espíritu bidireccional. Estos últimos, los CEA, se están revelando como palancas formativas muy activas en las diferentes instituciones.

También ha recibido atención la **docencia universitaria**. Los grados en Ciencias de la Salud se están reinventando, tanto los más clásicos como los más recientes, con el objetivo de introducir transversalmente contenidos y reflexiones éticas que trufen los contenidos más clásicos de las diferentes materias. Hemos visto experiencias con actores y simulación, el uso de medios audiovisuales y narrativos, etcétera.

Pero muchas comunicaciones en este campo ponen también el foco sobre aquellos que reciben la docencia. Nos interesa saber qué les motiva y/o preocupa en relación a la Bioética, pero también nos preocupan sus problemas de salud y sus vivencias. Hemos podido valorar, por ejemplo, experiencias sobre lo que supone la ideación suicida en el colectivo de estudiantes universitarios, con los consiguientes retos éticos para los docentes y para las instituciones.

Muchas aportaciones han mirado hacia la **sociedad** en su conjunto. Hemos visto experiencias de interacción entre el arte, los medios de comunicación y la reflexión bioética, seguramente con el vínculo dúctil de la Ética Narrativa en el centro. Las narraciones pueden ser un punto de encuentro entre las ideas, los conceptos y la propia vida.

Desde una visión general, las comunicaciones han resultado abundantes y ricas, y no pocas veces nos sorprendieron con abordajes imaginativos, tanto en el campo docente como, especialmente, en el campo de las relaciones entre la Bioética y la sociedad. Sobre las temáticas éticas abordadas, más allá de las ya consideradas clásicas, porque no suelen faltar nunca a la cita (adecuación terapéutica, autonomía, consentimiento informado o ética del cuidado), debemos destacar la creciente impregnación de las deliberaciones por cues-

tionones de equidad, ineludible desde una perspectiva global, y no siempre bien representada en los debates del primer mundo. Esta es otra razón de peso para pensar ya en una segunda edición de este Congreso Internacional de Bioética.

Bernabé Robles del Olmo
*Coordinador del Comité Científico del
I Congreso Internacional de Bioética*

**Bioética y profesionales
sanitarios**

Evolución y aprendizaje de la opinión de los profesionales de una Unidad de Cuidados Intensivos sobre la Limitación de los Tratamientos de Soporte Vital

Patricia Escudero-Acha, Olatz Azcune, Juan Carlos Rodríguez-Borregan, Yhivian Peñasco y Alejandro González-Castro

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
e409@humv.es

Introducción

Los objetivos tradicionales de los cuidados intensivos son reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con enfermedades críticas, mantener la función de los órganos y restaurar la salud.¹ A pesar de los avances tecnológicos, la muerte en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sigue siendo algo común.

En este contexto, parece razonable considerar que la adquisición de los conocimientos necesarios del personal sanitario en relación a los conceptos que rodean la Limitación de los Tratamientos de Soporte Vital (LTSV) es un pilar básico. Pilar que conviene estudiar, analizar y refrescar periódicamente para apuntalar fortalezas en el colectivo y subsanar debilidades.

Los motivos descritos anteriormente nos llevaron en 2014 a realizar una encuesta entre los trabajadores de una UCI basada en los conocimientos y opiniones de la LTSV.² Apoyados en aquellos resultados y después de ciertas medidas realizadas con la intención de mejorar y afianzar el conocimiento en dicho campo (incorporación de miembros del servicio al Comité de Ética Asistencial del hospital, sesiones clínicas dentro del servicio con el campo bioético como marco principal, difusión del protocolo de LTSV, ejecución y

coordinación desde el servicio de estudio multicéntrico de las decisiones de rechazo de los ingresos en la UCI [ADENI-UCI]),³ hemos querido reevaluar los conocimientos adquiridos por el personal para valorar si las medidas habían resultado efectivas.

Material y método

Estudio descriptivo y comparativo, prospectivo llevado a cabo en una UCI en un hospital de tercer nivel durante los meses de octubre a diciembre de 2014⁴ y de octubre a noviembre de 2018. Durante el periodo de 2018, la muestra de conveniencia la formaron 77 profesionales de diferentes categorías, que durante el periodo de estudio se encontraban trabajando en alguna de las áreas de la unidad. Se les entregó el cuestionario confeccionado en 2014, el cual se dividió en ítems sociodemográficos (sexo, rango de edad, categoría profesional, rango de años de actividad laboral, hijos a cargo, personas dependientes a cargo) y cuestiones para conocer la valoración ética, así como el conocimiento y la información que de la LTSV tenía el personal encuestado. Dicho cuestionario se distribuyó entre los diferentes profesionales que voluntariamente aceptaron participar. Las encuestas fueron contestadas de forma anónima.

Se realizó un estudio descriptivo de la muestra. Las variables recogidas se expresaron mediante frecuencia y porcentaje. En la estadística comparativa se utilizó el test estadístico de chi-cuadrado. Se consideraron como significación estadística valores de $p < 0,05$.

Resultados

Se recogieron un total de 77 encuestas en el presente año, donde el 83% de los encuestados eran mujeres. En el 48,7% de las ocasiones tenían una edad inferior a 35 años, y únicamente en el 2,6% su edad era superior a los 55 años. En cuanto a las categorías profesionales encuestadas, la mayor parte eran graduados en Enfermería (60,5%). Los datos actuales evidencian que la conformidad con realizar LTSV continúa siendo unánime (98% de los encuestados), al igual

que ocurría con la encuesta realizada a finales del 2014. El 46% de los encuestados reconocían la LTSV como un concepto diferente a cualquier tipo de eutanasia, porcentaje inferior al 56% de hacía 4 años ($p = 0,30$). Actualmente el 82% de los participantes tenían la creencia de que no era lo mismo no iniciar un nuevo tratamiento que retirar uno ya instaurado (un 77% en la muestra de 2014; $p = 0,39$).

El porcentaje de encuestados que no consideró la decisión de no ingreso en UCI como una forma de LTSV descendió 10 puntos porcentuales respecto a la encuesta previa (un 35% frente a un 25%), al igual que el hecho de no considerar la decisión de no iniciar medidas de reanimación cardiopulmonar como una forma de LTSV descendió un 7% (un 17% frente a un 10%). Al igual que en 2014, actualmente el 11% no consideraba la decisión de retirar medidas invasivas condicionadas a la evolución de la enfermedad como una forma de LTSV, y el 16% (el 17% en 2014) no consideraba la decisión de no instaurar medidas invasivas una forma de LTSV. El 38% no consideraba la decisión de mantener medidas iniciadas y la no instauración de nuevas terapias invasivas una forma de LTSV (un 35% en 2014). El 27% (frente al 29% en 2014) no consideraba la decisión de retirar todas las medidas, salvo las básicas y la ventilación mecánica (VM), una forma de LTSV, y el 17% no consideraba la decisión de retirar todas las medidas incluida la VM (gradual o bruscamente) una forma de LTSV (frente al 11% en 2014).

A la hora de valorar quién debe tomar la decisión de aplicar la LTSV, continúa siendo mayoritaria (48%) la respuesta que debería ser tomada en consenso por un equipo multidisciplinar. La familia debería tomar parte en la decisión para el 95% de los encuestados (frente al 94% de 2014).

Actualmente el valor que más peso debiera tener a la hora de considerar una LTSV sería la calidad de vida futura del enfermo para un 62% y el pronóstico de la enfermedad actual del enfermo para el 23% de los encuestados (invirtiendo la tendencia respecto al año 2014). El coste económico del tratamiento a aplicar continua no siendo considerado en ningún caso, como un motivo para considerar la LTSV.

No hubo una modificación mayor del 1% en los profesionales al considerar oportuno tomar una decisión de Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)

en un enfermo en el que la progresión de su enfermedad es consecuencia de un incumplimiento terapéutico voluntario por parte del paciente.

La VM continúa siendo la medida más valorada como soporte a retirar en último lugar en una situación de LTSV (85%).

El porcentaje de encuestados que desconocía la existencia de un protocolo de LET en el Servicio de Medicina Intensiva aumentó hasta el 58% frente al 49% del año 2014. Solo una persona de las 65 encuestadas disponía de un documento de voluntades anticipadas en el año 2014, frente a las 5 personas que lo tenían actualmente.

Discusión

En primer lugar, se puede destacar como la LTSV continúa siendo una práctica aceptada por la mayoría del personal de nuestra UCI, al igual que ocurría en el año 2014.⁴ Sin embargo, continúa siendo un problema el separar el concepto de eutanasia de LTSV.

Este hecho, que ya era llamativo previamente, se vuelve de especial y preocupante interés en una época en la cual existe una posibilidad real de legalizar la práctica de la eutanasia. Si dentro del análisis crítico de esta cuestión en la sociedad se puede aducir la falta de información y la manipulación ideológica,⁴ resulta difícil entender la misma valoración para personal sanitario de una Unidad de Cuidados Intensivos.

Del mismo modo, y teniendo en cuenta la consideración anterior, resulta hasta comprensible que tampoco exista una claridad de conceptos a la hora de enjuiciar los diferentes niveles de soporte vital, como muestran nuestros resultados.

Sin embargo, podría deducirse que estos disturbios conceptuales a nivel teórico, plasmados en sendas encuestas, no reflejan el entendimiento que se tiene de las acciones realizadas en situaciones de LTSV en la práctica clínica diaria.

En segundo lugar, nos merece especial consideración, el alto porcentaje de encuestados que sostuvo que la familia debía de ser partícipe en la toma de decisiones de Limitación de los Tratamientos de Soporte Vital. En este

sentido, hay que hacer hincapié que en estas situaciones, en ocasiones los enfermos pueden carecer de la capacidad de decidir y sus preferencias son conocidas en un bajo porcentaje de casos.^{5,6} Así mismo, debemos tener en cuenta que en algunos casos, la LTSV parte de la consideración de futilidad del tratamiento, que corresponde en primera y última instancia al médico responsable, quedando fuera del alcance de la autonomía del enfermo, por tanto, pudiendo tomar la decisión sin el consentimiento del paciente o familiares,⁷ puesto que podría considerarse una carga cruel e inadmisibles para la familia.^{8,9} Sin embargo, nos sumamos a la opinión de que la decisión debería tomarse, no solo colegiadamente, sino también habiendo informado y de acuerdo con la familia.¹⁰ Esta es una situación que ocurre en prácticamente el 80% de las decisiones que se toman en nuestro medio como muestran nuestros resultados. No obstante, de estos datos se extrae la duda de si la entrevista con la familia se limitó a informar sobre lo que previamente se había decidido o existió un verdadero diálogo.⁵

Sin embargo, y aunque en números absolutos no parezca una gran diferencia, consideramos importante el aumento del número de encuestados que ha decidido realizar un documento de voluntades anticipadas. Parece razonable entender que el debate social y político abierto a raíz de la propuesta de ley de la eutanasia, puede tener su connotación en estas decisiones. La salvaguarda del principio de autonomía y no maleficencia podrían estar detrás de estas consideraciones.^{11,12}

Bibliografía

- Adhikari NK, Fowler RA, Bhagwanjee S, Rubenfeld GD. Critical care and the global burden of critical illness in adults. *Lancet*. 2010; 376: 1339-46.
- González-Castro A, Azcune O, Peñasco Y, Rodríguez JC, Domínguez MJ, Rojas R. Opinion of professionals in an intensive care unit on the limitations of therapeutic effort. *Rev Calid Asist*. 2016; 31: 262-6.
- Escudero-Acha P, Palomo Navarro M, Leizaola Irigoyen O, Vidal Tegedor B, González Romero D, Misis Del Campo M, et al; Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Preliminary results of the ADENI-ICU trial: Analysis of decisions of refuse admission in intensive care units as a limitation of life support treatments; multi-center, prospective, observational study. *Med Intensiva*. 2018 Nov 26. pii: S0210-5691(18)30283-3.
- Morán S. Una reflexión sobre la eutanasia. *Ars Medica*. 2001; 5: 115-8.
- Cohen S, Sprung C, Sjøkvist P, Lippert A, Ricou B, Baras M, et al. Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med*. 2005; 31: 1215-21.
- Van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et al; EURELD consortium. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet*. 2003; 362: 345-50.
- Consensus statement on the triage of critically ill patients. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *JAMA*. 1994; 271: 1200-3.
- Cabré Pericas L, Solsona Duran JF. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2002; 26: 304-11.
- Vincent JL, Schetz M, De Waele JJ, de Cléty SC, Michaux I, Sottiaux T, et al; Belgian Society of Intensive Care Medicine. «Piece» of mind: end of life in the intensive care unit statement of the Belgian Society of Intensive Care Medicine. *J Crit Care*. 2014; 29: 174-5.
- Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, Reignier J, Desmettre T, Karoubi P, et al. French ADMISSIONREA Study Group. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: a multiple-center study. *Crit Care Med*. 2005; 33: 750-755.
- Martínez Otero JM. La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético. *Cuadernos de Bioética*. 2017; 28-3ª 329-340.
- Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, et al. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23: 271-85.

Pedagogía de la ética como un elemento esencial para la concienciación en la empresa del siglo XXI

Cristina Fernández-Farina,^a Mariona Portell-Vidal^b y Pedro R. Mondelo^c

*a. Tutora del Centre d'Estudis Virtuals de la Universitat d'Andorra (UdA) e integrante del Comitè Nacional de Bioètica d'Andorra (CNBA)
cfernandezf@uda.ad*

b. Investigadora y profesora del Departament de Psicobiologia i de Metodologia de les Ciències de la Salut de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

c. Director del Centre Específic de Recerca per a la Millora i Innovació de les Empreses (CERpIE) de la Universitat Politècnica de Catalunya (UPC)

Objetivos

Los objetivos de la presentación son: en primer lugar, la reflexión sobre la Formación Basada en Competencias como un instrumento más para monitorizar la integración de la Ética en la praxis empresarial a todos los niveles de la cadena empresarial y, en segundo lugar, la necesidad de integrar las cuestiones de calidad, medio ambiente, seguridad y salud en el trabajo en las organizaciones o empresas para aumentar, de manera progresiva y global, la responsabilidad social corporativa. El objetivo final es crear entre todos empresas más saludables que tengan en cuenta al trabajador, al cliente, a la ciudadanía, a la sociedad y al medio ambiente que nos rodea.

Metodología

Revisión de las Notas Técnicas de Prevención (NTP) del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) y de las Notes Tècniques Informatives (NTI) del Servei d'Inspecció Laboral d'Andorra, que relacionan cuestiones éticas y del trabajo, así como artículos y reglamentación vinculante.

Resultados

En una sociedad cambiante donde las reglas del juego se modifican de manera vertiginosa y la ética empresarial, en muchas ocasiones, brilla por su ausencia, debemos reflexionar sobre el papel pedagógico de la Ética en las organizaciones actuales.

Una apuesta decidida por fomentar la Pedagogía de la Ética en las organizaciones puede contribuir a generar una sociedad más equitativa, sostenible y comprometida que ayude a todos sus integrantes a crear una sociedad más justa y habitable para todos.

La integración en la empresa de la Formación Basada en Competencias, tan utilizada en la formación académica, puede ser una ayuda para las empresas y así integrar la competencia ética en todos los procesos, de cada uno de los puestos de trabajo, con la finalidad de integrar estos valores comunes consensuados socialmente en la praxis diaria de la empresa u organización.

Las organizaciones actuales tienen un papel muy importante en la transmisión de valores, ya que intervienen en múltiples procesos que tienen un alcance que supera a la propia empresa: contratación de trabajadores por un salario digno, compra de materias primas de origen justo, elección de colaboradores que entiendan el mismo código ético, vigilancia de la salud y la seguridad de los trabajadores, la no discriminación por razón de edad, sexo, religión u otros motivos, el respeto a la intimidad, etcétera.

a. La utilización de la Formación Basada en Competencias en el ámbito de la ética empresarial

Una de las funciones de la empresa actual es la formación de los trabajadores a lo largo de su vida laboral o Life Long Learning (Guerrero, 2003). La formación continuada en la empresa actual promueve mayores oportunidades de desarrollo a nivel personal, social, económico, aumenta la sostenibilidad y fomenta la equidad de los sistemas.

En el contexto actual las empresas tendrían que reorientarse periódicamente para acompañar a los trabajadores en la adquisición de las nuevas formaciones y habilidades necesarias para encontrar su espacio en las organizaciones en las cuales aportan todos sus conocimientos: su saber, saber hacer, saber ser, saber vivir juntos (Delors, 1994), véase la figura 1.

Figura 1. Los cuatro saberes de la acción educativa



Fuente: (Delors, 1994)

El desarrollo por competencias profesionales e intelectuales, tan utilizado en el ámbito académico se podría adaptar a la formación empresarial para optimizar el desarrollo y la aplicación directa en el lugar de trabajo: adquisición de habilidades relacionadas con las nuevas tecnologías, ética empresarial, seguridad y salud laboral, ergonomía y psicología, higiene industrial, calidad integral, interrelación persona-medio ambiente, igualdad, sostenibilidad, envejecimiento de la mano de obra en la Unión Europea, entre otros aspectos.

El desarrollo de competencias específicas relacionadas con los valores éticos en toda la cadena de la organización (empresarios, directivos, técnicos, trabajadores, comités de empresa y delegados de personal) puede fomentar la excelencia empresarial, ya que se crean sinergias que fomentan la relación entre la transparencia y la ética corporativa.

Si, por ejemplo, para cada uno de los puestos de trabajo de una empresa se analizan las competencias esenciales, las transversales y las específicas, así como las tareas clave que conducen a la mejora e integración de la competencia relacionadas con aspectos éticos y de responsabilidad social empresarial, las empresas podrán monitorizar la adquisición de conocimientos que se implementan en los procedimientos y en los lugares concretos de trabajo. Así, Tobón (2008), define competencia como:

«Procesos complejos de desempeño con idoneidad en determinados contextos, integrando diferentes saberes (saber ser, saber hacer, saber conocer y saber convivir), para realizar actividades y/o resolver problemas con sentido de reto, motivación, flexibilidad, creatividad, comprensión y emprendimiento, dentro de una perspectiva de procesamiento metacognitivo, mejoramiento continuo y compromiso ético, con la meta de contribuir al desarrollo personal, la construcción y afianzamiento del tejido social, la búsqueda continua del desarrollo económico-empresarial sostenible, y el cuidado y protección del ambiente y de las especies vivas».

La utilización sistematizada de la Formación Basada en Competencias y la implementación de la competencia de responsabilidad social (calidad, seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y objetivos de desarrollo sostenible) en las organizaciones puede ser un elemento que posibilite transformar la cultura y los valores empresariales.

b. Integración de las competencias éticas en la gestión empresarial: calidad, seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente

Los sistemas de gestión en seguridad y salud en el trabajo, los sistemas de gestión de la calidad y los sistemas de gestión del medio ambiente, de más penetración e impacto internacional, ya han incorporado indicadores tangibles e intangibles para evaluar las acciones empresariales y así llevar a cabo un crecimiento sostenible, respetuoso con el trabajador, la familia, la sociedad y con el medio ambiente, que fomente la mejora y la innovación de empleos dignos y que favorezca la cohesión social.

La implementación integral de toda la legislación y recomendaciones en materia de seguridad y salud laboral, protección del medio ambiente y de todos los procesos relacionados con la calidad (del producto y del servicio) requieren de la concienciación de toda la cadena productiva de la organización y de liderazgos claros que fomenten la participación de todos los trabajadores. La formación del trabajador pasa a ser el elemento clave de todo el proceso.

En la figura 2 podemos ver esquemáticamente como la demanda social de la transparencia empresarial afecta a todas las fases de la gestión y en todos los ámbitos (público y privado).

Como ejemplo de gestión, el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) de excelencia empresarial. Todo el proceso es la base para lograr los resultados y a su vez estos retroalimentan el proceso global que desemboca en una dinámica de mejora continua empresarial que es la característica de la excelencia de la gestión en las organizaciones que implementan el modelo.

En la figura 2 se destaca que la transparencia, la sostenibilidad, la excelencia empresarial y la ética en las organizaciones, son los ejes centrales de las organizaciones para una acción ética socialmente responsable y unos buenos resultados (NTP 810: Bestraten y Vyhmeister, 2008: 2).

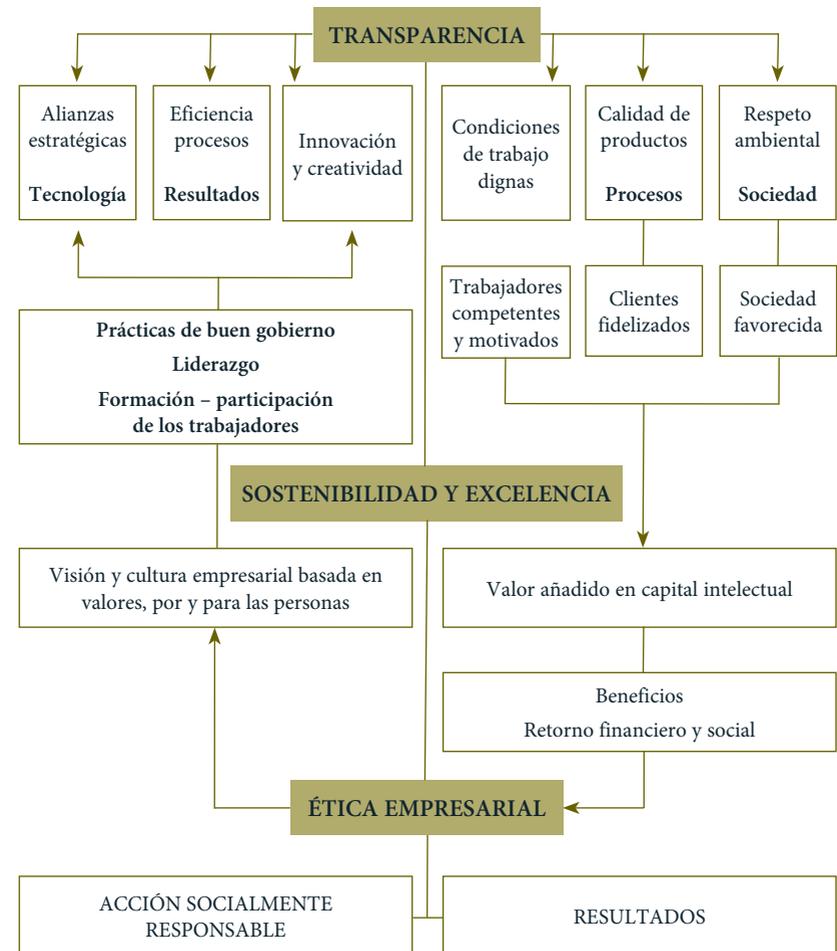
Conclusiones

Como conclusión se desprenden las siguientes reflexiones:

En primer lugar, el desarrollo de competencias esenciales, específicas y transversales relacionadas con la ética en la empresa puede facilitar la cuantificación a partir de indicadores que fomenten la integración de valores éticos en las organizaciones.

En segundo lugar, las relaciones entre la educación formal (centros de formación profesional y universidad) y la empresa tienen que ser estrechos y alineados a los grandes objetivos mundiales de sostenibilidad (ODS). Así, a nivel de las instituciones de formación (formación profesional y universitaria): garan-

Figura 2. Sostenibilidad y excelencia empresarial a través de una acción ética socialmente responsable y sus resultados



Fuente: NTP 810: Transparencia y condiciones de trabajo

tizar la calidad de la formación, fomentar vínculos entre el sistema educativo, el sistema productivo y las necesidades de la sociedad actual y las empresas del siglo XXI.

En tercer lugar, la reflexión sobre el papel que tiene la bioética y sus principios básicos (autonomía, justicia, no maleficencia, beneficencia) en muchos de los procesos empresariales relacionados con la seguridad y la salud laboral: la vigilancia de la salud, el consentimiento informado, las bajas laborales, el apto o no apto laboral, el respeto con el entorno medioambiental, la repartición justa de la riqueza generada, la estabilidad del empleo, la formación, el envejecimiento de la población trabajadora, los riesgos emergentes, entre muchos otros aspectos.

Finalmente, el paso de un modelo productivo que beneficia solamente a una pequeña parte de la organización o empresa a un modelo que trabaja conjuntamente para armonizar intereses y para beneficiar a toda la cadena empresarial y a la sociedad a través de un cambio de valores y cultura de empresa.

Bibliografía

- Baraza X, Fernández-Farina C. Elementos de la gestión de la prevención de riesgos laborales. FUOC-PID_00241507. Material docente de la UOC. 2017.
- Bestratén M, Baraza X, y Corrons A. Gestión de la prevención en un marco de excelencia. Editorial UOC. 2016.
- Delors J. Los cuatro pilares de la educación, en La Educación encierra un tesoro. México: El Correo de la UNESCO, 1994. p. 91-103. Disponible en: <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2012/11/PPP-DC-Delors-Los-cuatro-pilares.pdf>.
- Guerrero C. Principales aportaciones de las conferencias internacionales de educación de adultos de la Unesco al campo de la formación ocupacional». Revista Educatio, n.º 20-21. 2013. Disponible en: <http://sid.usal.es/docs/F8/ART10030/principalesaportaciones.pdf>.

Gutiérrez Paredes JJ. Diseño Curricular Basado En Competencias. Viña del Mar, Chile: Ediciones Altazor. 2007. ISBN: 978-956-7472-58-1.

Izquierdo N, Terrés F, Mondelo P. Cultura y clima preventivo en las organizaciones. ORP. 2004; 3rd International Conference on Occupational Risk Prevention.

Notas Técnicas de Prevención (NTP) del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.a82abc159115c8090128ca10060961ca/?vgnextoid=db2c46a815c83110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>.

- NTP 643 y 644: Responsabilidad social empresarial.
- NTP 693: Códigos de conducta y condiciones de trabajo.
- NTP 745 y 829: Nueva cultura de empresa y condiciones de trabajo.
- NTP 810 y 817: Transparencia y condiciones de trabajo.
- NTP 870: Excelencia empresarial y condiciones de trabajo.
- NTP 947, 948, 949: Valores y condiciones de trabajo.
- NTP 1043, 1044: Eficacia preventiva y responsabilidad social.
- NTP 966: Eficacia preventiva y excelencia empresarial I: buenas prácticas en gestión empresarial.

Notes Tècniques Informatives (NTI) del Servei d'Inspecció del Treball del Govern d'Andorra. Disponible en: <https://www.treball.ad/notes-tecniques-informatives>.

- NTI 3: Informació i formació dels treballadors.
- NTI 4: Vigilància de la salut.

Tobón S. Gestión curricular y ciclos propedéuticos. Bogotá: ECOE. 2008.

Creación de espacios de reflexión bioética en el ámbito asistencial

Olga Rubio,^a Montserrat Cadena,^a Ramón Rafat,^a
Aurea Autet,^a Clotilde Morales,^a Merçe Güell,^a
Rosa Carulla,^{a,e} Ester Busquets,^b Antònia Sans,^a
Ramón Rubira^d y Núria Terribas^{a,b,c}

*a. Comité de Ética Asistencial de Althaia (CEA). Hospital Sant Joan de Déu. Althaia xarxa hospitalària de Manresa
Orubio@althaia.cat*

b. Fundació Víctor Grifols i Lucas, Barcelona

c. Càtedra de Bioética de la Fundació Grifols, Universitat de Vic

d. Comissió d'humanització Althaia. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia xarxa hospitalària de Manresa

e. Unitat d'Atenció a l'Usuari. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia xarxa hospitalària de Manresa

Palabras clave: espacios de reflexión bioética, docencia bioética aplicada, deliberación bioética, Comité de Ética Asistencial.

Introducción

El Comité de Ética Asistencial (CEA) de Althaia realizó su plan estratégico durante el año 2016 para identificar los ejes estratégicos y orientar las acciones que este comité debería llevar a cabo en los próximos años.

Entre ellos surgió la necesidad de acercarse a los profesionales, pues es allí donde surgen los dilemas bioéticos y donde se precisa de la herramienta de la deliberación bioética a pie de cama.

Los profesionales identifican los dilemas bioéticos, pero habitualmente no realizan un análisis ético como tal, sino que hacen un análisis más clínico,

centrado en la prueba complementaria y en un ámbito más médico basado en la evidencia. En cambio, existe poca deliberación sobre valores implicados en la toma de decisiones y poca experiencia en deliberación bioética. Por todo esto nos pareció conveniente acercar la deliberación bioética propia del CEA a los profesionales, en forma práctica con la deliberación de casos concretos y con la participación de los profesionales.

El objetivo principal de estas sesiones era trasladar, aportar una formación y fomentar la deliberación bioética propia de los CEA al ámbito asistencial. Otros objetivos más secundarios fueron: iniciar espacios de diálogo y reflexión interdisciplinar, fomentar la deliberación multidisciplinar y el trabajo en equipo. Aprovechamos la ocasión también para detectar áreas susceptibles de intervención o mejora por parte del Comité de Ética Asistencial.

Se constituyó un grupo de profesionales del CEA, y bajo una metodología de trabajo común y unas pautas docentes, se distribuyó la formación en diversos talleres, conducidos generalmente por un profesional docente.

A los alumnos se les dieron unas pautas de conocimiento básicas sobre temas de Bioética. En concreto se explicaron los principios bioéticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) y su aplicación práctica, y se realizó una sesión sobre deliberación bioética; cómo aplicarla al caso concreto y particular, cómo identificar los conflictos éticos, ponderación de principios y cómo extraer unas conclusiones o recomendaciones finales para solucionar los conflictos o dudas que pueden surgir en el ámbito asistencial.

Se aprovecharon los talleres para detectar los aspectos ético-asistenciales susceptibles de implementar mejoras por parte del CEA.

Material y métodos

En el año 2016 se formó un grupo de trabajo del CEA, se elaboró el proyecto y se presentó institucionalmente en las Jornadas Althaia para su difusión.

Se planificaron 10 talleres (20 horas en total) a lo largo del curso académico (2016-2017) abierto a profesionales del ámbito sanitario.

El primer taller fue impartido por la Fundació Víctor Grífols i Lucas, experta en formación en Bioética con la temática: «Deliberación bioética y aplicación práctica del método».

La metodología utilizada ha sido la de exponer un caso práctico por un docente donde surge un dilema moral (caso ya deliberado previamente o bien por el CEA, o bien por el docente), se dan unas pautas de análisis bioético para seguir con la deliberación conjunta con los participantes.

Se avanza en la deliberación intentando que los alumnos identifiquen el dilema o conflicto ético, viendo qué principios bioéticos se ven afectados y cómo entran en conflicto entre ellos, intentando identificar varios cursos de acción posibles, y acabando con un curso óptimo de acción o «canon moral», mostrando si esta recomendación final pasa los controles de la legalidad, la temporalidad y viendo si son asumibles las consecuencias de las recomendaciones finales.

La temática de los talleres se planificó escogiendo temas de especial interés y conflicto ético, como son la toma de decisiones en el paciente crónico complejo, dilemas en el final de la vida, la determinación de la competencia y capacidad, los derechos de los pacientes, la confidencialidad e intimidad entre otros temas.

Se finalizan los talleres con unos puntos clave de conocimiento sobre cada tema y se aporta bibliografía y material docente según la temática. El curso ha sido considerado de interés y acreditado por la CCFCPS con 11 créditos.

Resultados

Se han realizado dos cursos académicos durante dos años consecutivos con 25 alumnos. Inicialmente se apuntaron más de 50 personas, con una selección de 25 personas por curso para poder llevar a cabo la formación práctica.

Los talleres han versado sobre: toma de decisiones difíciles, conflictos éticos en el área de urgencias, toma de decisiones ético clínicas en el ámbito quirúrgico, valores en la práctica asistencial, derechos y deberes de los pacientes, capacidad y competencia para tomar decisiones en el ámbito de la salud mental, confidencialidad y funciones de los Comités de Ética Asistencial.

Cada curso ha contado con una sesión inicial más prolongada (cuatro horas), donde se han explicado: terminología bioética, principios éticos fundamentales y deliberación bioética (formación impartida por la Fundació Grífols). Esta formación inicial es fundamental pues sienta las bases para aplicar el método bioético en la práctica clínica y un análisis concreto aplicado a cada caso.

Los asistentes a los talleres han sido mayoritariamente del colectivo de enfermería, pero también profesionales médicos y auxiliares administrativos.

Los asistentes han manifestado interés y satisfacción con la formación, y refieren que el curso es útil para el desarrollo de su práctica clínica habitual en las encuestas de satisfacción. También han manifestado conocer mejor la función que realiza el Comité de Ética Asistencial, y han realizado aportaciones interesantes que han ayudado a enriquecer la función de éste.

A los participantes se les pidió que sugirieran acciones de mejora según la temática trabajada en los talleres de deliberación bioética. Se realizaron las siguientes propuestas: mejorar la accesibilidad de consulta al CEA de forma urgente, pues refieren que cuando hay una necesidad urgente el Comité de Ética a veces no puede dar respuesta de forma tan rápida. A partir de esta necesidad, nuestro CEA estableció un grupo de Whatsapp para poder activar el Comité de Ética, o un grupo del mismo para poder dar una respuesta inmediata si es necesario y de forma urgente.

También se manifestó la necesidad de un psicólogo de impacto en casos graves y se ha constituido un grupo de trabajo para la confección de la «Guía de soporte emocional de segundas víctimas» que se aprueba en la actualidad (se trabajó de forma conjunta con el Comité de Seguridad del hospital) y que contempla el apoyo de profesionales y pacientes afectados por eventos adversos, o situaciones complejas.

Se detectó también la necesidad de mejoría en aspectos de la atención en el final de la vida, y se está trabajando para elaborar una herramienta informativa que permita conocer qué pacientes están en esa situación para que puedan beneficiarse de un plan de cuidados paliativos precoz y adecuado.

De igual manera se ha detectado falta de sensibilización en aspectos éticos, probablemente relacionada con falta de formación en Bioética. Desde el CEA

se están planificando formaciones para que los profesionales identifiquen los conflictos éticos, y sepan gestionarlos adecuadamente. Actualmente se forman los residentes de segundo año en aspectos éticos, desde una formación en bioética aplicada a casos concretos, para evitar la brecha entre teoría y aplicación práctica y cuenta con gran satisfacción e interés por parte de los médicos residentes. Después de estas formaciones, algunos residentes solicitan tener una rotación en el propio CEA, que se permite con una periodicidad anual renovable si no hay más solicitudes.

Otro aspecto de mejora ha sido la necesidad de aumentar la visibilidad del CEA y para ello se ha creado un blog de Bioética institucional donde se exponen temas de difusión del Comité de Ética y se difunden resúmenes de las jornadas. También se realiza una jornada anual tipo seminario sobre temáticas concretas relacionadas con el ámbito bioético.

La satisfacción de los profesionales que han participado en los talleres ha sido muy elevada, decidiéndose continuar la formación en próximas ediciones.

Por otro lado, los docentes que han participado en los talleres refieren que la formación bioética práctica les ha permitido mejorar sus habilidades deliberativas en el Comité de Ética Asistencial y que esta formación les ha ayudado a mejorar su aprendizaje de aspectos bioéticos.

Conclusiones

La formación en deliberación bioética aplicada como método de trabajo puede ser una herramienta de gran valor para tomar decisiones más plurales y meditadas dentro del ámbito asistencial.

Los talleres de reflexión bioética facilitan la formación ética de una forma clínica práctica y aplicada que permite dar visibilidad y accesibilidad al Comité de Ética Asistencial.

Pedagogía en el aprendizaje: el gran reto de las entidades de salud

Carme Casas-Martínez, Dolors Franco-Carretero, M^a. José Jiménez-Gutiérrez^a y Maria Vilarasau-Fàbregas

*a. Centros de trabajo: Consorci Sanitari de Terrassa (CST) y Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT)
cea@cst.cat*

Palabras clave: Ética, Pedagogía.

Nuestra intención es recoger la actividad del Comité de Ética Asistencial en los últimos cuatro años, destacando no solo qué hemos hecho, sino fundamentalmente desde dónde lo hemos concebido.

A nuestro entender, cómo nos situamos ante este gran reto es una decisión ética que también debemos considerar e ir revisando periódicamente.



Nos parece **imprescindible aproximarnos a la cotidianidad profesional**, para entender las verdaderas preocupaciones del otro y poder cuidarlo y acompañarlo –como nos recuerda el filósofo Josep M^a Esquirol–, y conocer qué nos preocupa, qué nos compromete, qué nos une, qué valores compartimos e incluso, qué nos hace sonreír o soñar con la clara intención de **no olvidar nuestra condición humana**.

En los centros de salud **compartimos**, como señala Marina Garcés, también filósofa, **lo inhóspito de la existencia, lo inacabado de nuestros saberes y la fragilidad de nuestros proyectos personales y colectivos**.

Nos proponemos un cambio de mirada, de perspectiva, de ángulo... crear.



Diccionario Bioética-CST / CST-Bioética (definiendo indicadores éticos)

- consideraciones éticas en Guías y Protocolos
- presencia residentes en Comisiones y Comités
- presencia ciudadano en Comisiones y Comités
- sesiones generales compartidas servicios /disciplinas

Monográfico CST: qué hacemos y cómo (añadiendo valor ético al rigor científico)

- Dos sesiones de ética anuales
- Una Jornada CEA anual
- Formación (residentes y resto de profesionales)
- Consulta de casos con ofrecimiento sesión

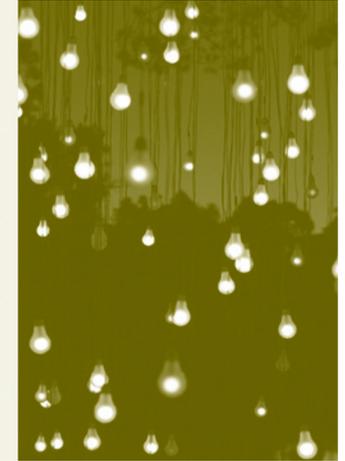
Queremos contribuir a **generar vida ética** en nuestra institución y solo nos parece posible si somos capaces de **identificar otros puntos de luz (iniciativas, proyectos, comisiones, profesionales...)** que aporten valor a lo que **ofrecemos** a todas las personas a las que atendemos y a nosotros mismos como profesionales.

Colección de vínculos colaborativos (generando ética dentro y fuera del CEA)

- Unidad **Docencia** (Formación residentes / Jornada anual)
- Unidad **Atención Ciudadano**: Carta Derechos y Deberes
- Sesión conjunta **Diversidad de Creencias**
- Sesión conjunta **Urgencias**
- Sesión conjunta **CEIC**
- **Comisión Mejora Práctica Clínica**
- Proyecto de **No medicalización de la Vida**

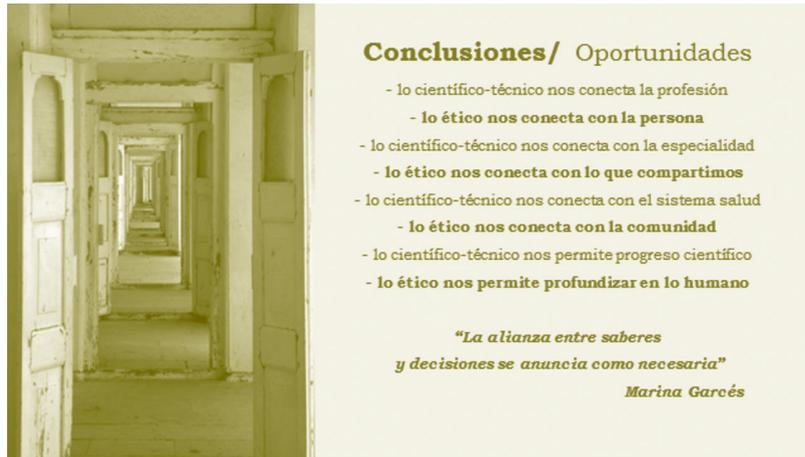
Poemario de experiencias CST (identificando acciones éticas)

- adecuación **pruebas pre-operatorias**
- **desprescripción fármacos** atención residencial
- **menor maduro**: cuando la edad no lo es todo
- adecuación en el **uso de antidepresivos**
- **condicionantes sociales** de la salud
- salud, **jóvenes y comunidad**



Pretendemos **generar un aprendizaje compartido** desde la **experiencia conjunta** en nuestra institución, para repensar y reelaborar una respuesta que incluya la reflexión ética como una parte ineludible de la calidad que requiere la atención asistencial en salud:

- Recuperando la mirada y la voz de los profesionales asistenciales.
- Acercando voces acreditadas en ética que aportan rigor humanista.
- Planteando temas de interés general que nos conecten con la realidad.
- Conectando liderazgos múltiples.
- Añadiendo valor en la práctica cotidiana.



Bibliografía

- De la Torre J. Bioética: Quo vadis? Vint tesis. Bioètica & Debat; 2015; 21(75): 10.
- Esquirol JM. La resistència íntima. Barcelona: Acantilado; 2015.
- Garcés M. Filosofía Inacabada. Barcelona: Galaxia Gutenberg; 2016.
- Gracia D. Construyendo Valores. Madrid: Triacastela; 2013.
- La Qualitat en els Comitès d'Ètica Assistencial. Barcelona: Comitè de Bioètica de Catalunya, 2013.

Proyecto Horizontes. Propuesta metodológica de gamificación de la pedagogía hospitalaria basada en la bioética narrativa y en el modelo de humanización de la asistencia a los menores hospitalizados

Júlia Martín

Facultad de Filosofía, Universitat de Barcelona
juliamartin.correu@gmail.com

Palabras clave: menores, juego narrativo, autocura, apoderamiento, proyecto vital.

Introducción

El *Proyecto Horizontes* es una aplicación de la tesis doctoral «Hacia la autonomía del adolescente. Modelo de acompañamiento para profesionales asistenciales», y también es fruto del trabajo de fin de curso de un postgrado en Pedagogía Hospitalaria. En esta ocasión destacaré los aspectos de Pedagogía y de Bioética del proyecto, y no me adentraré en el debate conceptual sobre el uso de *gamificación* o *ludificación*, sino que usaré el primer término por ser el más habitual.

Descripción del proyecto

El Proyecto Horizontes se concreta en un juego narrativo de personajes llamado *El laberinto de Asterión*. Se trata de una herramienta pedagógica, cuya naturaleza narrativa se muestra ya en el título, que es una síntesis entre el mito

de *El laberinto del Minotauro* y el relato de José Luís Borges, *La casa de Asterión*.

La gamificación, es decir, el uso del juego como metodología para la enseñanza de distintas materias, es habitual en la práctica docente. Se suele iniciar con una anécdota que da sentido a la actividad y transforma el entorno donde se realiza la enseñanza. Los alumnos aprenden los contenidos de la materia, superando retos, ganando puntos, etcétera. En cualquier caso, lo narrativo va poco más allá de la anécdota inicial.

También *El laberinto de Asterión* empieza con una anécdota: los jugadores son un grupo de agentes secretos conocido como Torre Humana que tiene una triple misión: encontrar a un compañero desaparecido, recuperar la maldad que llevaba dicho compañero y descubrir la identidad y las intenciones de un malhechor conocido como Troyano. Y también se pretende transformar el entorno, en nuestro caso el hospital, con la ayuda de los familiares, el personal asistencial y las escuelas de origen.

Sin embargo en *El laberinto de Asterión* lo narrativo tiene una importancia fundamental. A lo largo de 100 escenarios se desarrolla un relato, una especie de novela breve de espionaje, una red de ambientes relacionados con el mundo de la cultura, donde se producen situaciones con intención pedagógica que nos muestran a 14 personajes de ficción que interactúan con los jugadores generando conflictos, dilemas, debates, decisiones y un sinfín de temas que posibilitan múltiples aprendizajes.

Por lo tanto, el uso de la narración, de la Bioética Narrativa, es una diferencia significativa y un elemento innovador del *Proyecto Horizontes* en relación al uso habitual de la gamificación en la enseñanza.

Dentro de *El laberinto de Asterión*

Personajes con narración vital

Veamos algunos de los personajes que configuran el relato. El doctor Emilio es un experto en Inteligencia Artificial (AI) y en mejoramiento humano, ade-

más de un brillante jugador de ajedrez. Es paralítico, por lo que su vida es una historia de superación personal. La doctora Gaby es una científica sudamericana que trabajó en una asociación de ayuda a refugiados de guerra. Y la doctora Farah es una matemática africana y activista en favor de los derechos humanos.

Escenarios literarios

Hay un hilo vertebrador de los 100 escenarios que une autómatas de feria o de parque de atracciones, con autómatas literarios, con la AI y con los superordenadores cuánticos. Otra relación une a Poe, Verne y Lovecraft, proponiendo un misterio que exige una respuesta: ¿los jugadores optarán por la respuesta científica de Julio Verne, o por la respuesta fantástico-irracional de Lovecraft? Otro nudo de relaciones lo encontramos entre Poe, el autómata jugador de ajedrez y Walter Benjamin. También aparecen entrelazados el Ulises de Homero, el Dublín de Joyce, las criaturas de pesadilla (aburrimiento, soledad, rechazo, etcétera), el hecho de tener que vencer los propios miedos y el apoderamiento de los niños. El escenario de Dublín plantea una pregunta: ¿cuál es el proyecto vital de los niños y niñas dublínenses? ¿Y el de los jugadores?

Dos pasadizos secretos se entrecruzan: el laberinto y el pasadizo de los filósofos, cuyas distintas entradas ocultas están señaladas por los pensamientos de diez filósofos. En un escenario se plantea un dilema: ¿los agentes secretos deben ayudar al doctor Emilio, que les cubría la retaguardia y ahora está en peligro o deben avanzar porque su deber es cumplir la misión? ¿Cuál es la prioridad? En otro escenario asistimos al acoso de los personajes por parte de robots amenazadores, situación que nos lleva a la reflexión sobre el acoso escolar y las propuestas de intervención educativa.

Y otros muchos escenarios y retos pueden ser sugerentes ya solo por sus títulos: el club de los aburridos, la prisión sin guardianes, filosofía contra el terror cósmico, etcétera.

La Bioética en *El laberinto de Asterión*

La garantía ética del juego es el cumplimiento de los conocidos cuatro principios de la Bioética: autonomía (respeto al ritmo de aprendizaje de cada niño), beneficencia (obtención de beneficios educativos y psicosociales respetando el modo de divertirse de cada niño), no-maleficencia (evitación de daños innecesarios) y justicia (adaptación a las necesidades de cada niño).

Además *El laberinto de Asterión* cumple los objetivos de la Pedagogía Hospitalaria, que tiene puntos de contacto con la Bioética Clínica. Cabe destacar la humanización de la asistencia sanitaria, que requiere una atención biopsicosocial de los pacientes.

Finalmente, en el juego se tratan alrededor de 20 temas de Bioética, a través de cerca de 20 filósofos. Los temas más relevantes son la autocura (o «cura de sí»), el apoderamiento y la forja del proyecto vital.

La autocura o «cura de sí»

El laberinto de Asterión transmite un concepto de Bioética entendida como la autocura o «cura de sí». Lo hace a través de la cooperación entre los jugadores, y superando varios retos que implican la adquisición de conocimientos, entre otros, sobre educación para la salud, sobre la Pirámide de Maslow de las necesidades humanas o sobre la distinción entre dependencias sanas y nocivas.

El concepto de autocura es básico, ya que concienciar al menor de su deber y su derecho de cuidarse, que incluye el derecho a ser cuidado y el deber de cuidar de los demás y del entorno, es el primer paso para que pueda ejercer dichos deberes y derechos y, con ello, apoderarse a sí mismo en el desarrollo de su autonomía personal.

El apoderamiento

Apoderarse a uno mismo para la toma de decisiones autónomas es un objetivo central de la Bioética al que el juego contribuye. Y lo hace mediante

aprendizajes concretos como son: la práctica de toma de decisiones argumentadas a través del método deliberativo *Los Seis Sombreros para Pensar*, ideado por Edward de Bono; el autoaprendizaje y la ampliación del marco cultural personal.

Más allá del apoderamiento de los niños hospitalizados, el juego puede ser también una herramienta útil para los profesores que deban impartir la enseñanza de la Bioética a los estudiantes de profesiones sanitarias, para que estos comprendan su rol educativo y la importancia de desarrollar habilidades comunicativas.

También puede servir para transmitir el concepto de apoderamiento a la ciudadanía en general, ya que es un juego adaptable a todas las edades y a diferentes ámbitos, como por ejemplo CRAEs, clubes de lectura, escuelas de distintos tipos (acogida, adultos, extensión universitaria), etcétera.

El proyecto vital

La autocura y el apoderamiento son necesarios para la forja del proyecto vital y el juego transmite justamente la importancia de definirlo. Los jugadores deben construir el perfil de su personaje (su oficio, sus habilidades, sus características) para poder interactuar con los personajes de ficción que, además de tener un pasado, un presente y un futuro, es decir un relato, también tratan de desarrollar su proyecto vital en un contexto concreto.

De hecho, el proyecto vital tiene un rol central en el objetivo último del juego, que es ayudar a cada niño a alcanzar su horizonte: generalmente el horizonte será recuperar su proyecto vital; en su caso, aprendiendo a situar y normalizar la enfermedad crónica dentro de dicho proyecto vital; o, en el peor de los casos, ser feliz durante el tiempo que les quede.

Conclusiones

El *Proyecto Horizontes*, concretado en el juego *El laberinto de Asterión*, es una propuesta innovadora en la Pedagogía de la Bioética por dos razones, una

relacionada con los contenidos de bioética que se transmiten y otra relacionada con el formato pedagógico con el que se transmiten.

Desde el punto de vista de la Bioética, es una propuesta innovadora porque transmite temas concretos que están presentes en el debate actual de la Bioética y, a la vez, contribuye al crecimiento personal de los jugadores, en tanto que fomenta la autocura, el apoderamiento de uno mismo y la necesidad de definir un proyecto vital.

Desde el punto de vista pedagógico, es también una propuesta innovadora porque usa una metodología narrativa, basada en un cuerpo de 100 escenarios literarios que ofrecen un marco cultural (con aportaciones de literatura, historia, poesía, música, filosofía, pintura, etcétera) desde el cual se abre un gran abanico de posibilidades de aprendizaje.

Y todo ello a través del juego, porque como dijo Piaget: «los niños no juegan para aprender, pero aprenden porque juegan».

Agradecimientos

Doctora Begoña Román (filósofa, dirección de tesis y supervisión de las actividades de Bioética).

Doctores Verónica Violant y Jordi Puig (pedagogos, aval y supervisión de las actividades de Pedagogía Hospitalaria).

Doctora Fina Llagostera (pediatra, supervisión de las actividades de Educación para la Salud).

Proyecto realizado con la colaboración de la Fundació Víctor Grifols i Lucas (beca de investigación en Bioética, convocatoria 2016-2017).

Bibliografía

Deterding S, et al. From Game Design Elements to Gamefulness: Defining «Gamification». MindTrek'11, septiembre 28-30, Finlandia: Tampere; 2011.

Domingo T, Feito L. Bioética Narrativa. Madrid: Escolar y Mayo Editores; 2013.

Violant V (coord). Pedagogía Hospitalaria en Neonatología y Pediatría (col.). Málaga: Ediciones Aljibe; 2016. Títulos relevantes de la colección: Bases de la Pedagogía Hospitalaria aplicada a las etapas vitales (libro 1); Atención integral en Pediatría desde la Pedagogía Hospitalaria (libro 5).

Evolución de la formación en bioética en el Consorci Hospitalari de Vic

Anna Fidalgo, Fina Codina, Antonia Conejo, Francesc Díaz, Carme Guiteras, Rosa Muntal, Gracia Poblet y Marta Roquet

*Miembros del CEA del Consorci Hospitalari de Vic
comiteetica@chv.cat*

La trayectoria de la formación en Bioética a los profesionales en el Consorci Hospitalari de Vic (CHV) se realiza desde el inicio de la incorporación de los mismos a partir de la acreditación para la docencia de postgrado. El Comité de Ética manifestó desde el primer momento el interés en ofrecer esta formación elaborando los contenidos y buscando los docentes para poder realizarla.

Cada vez son más los conflictos éticos que se plantean en situaciones diarias de la práctica asistencial, por eso consideramos que la formación es crucial e irrenunciable para los futuros profesionales que trabajen en el ámbito sanitario.

En un estudio realizado por Molina (2016) se pone de manifiesto que:

«los temas de interés en la formación responden a “problemas éticos suscitados por el avance de la ciencia y la tecnología, transformaciones del contexto, cambios en los sistemas de salud, salvaguardia del bienestar y calidad de vida del paciente, necesidad de fortalecer principios y valores relativos al profesionalismo e identificación, razonamiento y toma de decisiones morales”.

Desde siempre se han planteado dilemas éticos en la atención de los pacientes y en el ejercicio de las disciplinas de salud. Sin embargo, los avances tecnológicos y la evolución de la sociedad con más consciencia de participación y del rol individual de los pacientes en tanto que ciudadanos generan nuevos retos en el sistema sanitario. Estos retos, en la práctica diaria solo se podrán abordar desde una perspectiva del conocimiento de las bases de la ética, la comunicación y requerirán un alto grado de madurez de los profesionales.

La formación en aspectos éticos ha evolucionado a partir de las aportaciones de los propios alumnos que plantean la necesidad de completar los aspectos teóricos con experiencias prácticas que ilustren y sirvan de ejemplo para reflexionar ante las situaciones que se planteen».

Como Comité de Ética Asistencial (CEA), tenemos la responsabilidad de promover y contribuir a la formación en Bioética de los profesionales del CHV, de organizar y participar en las actividades docentes, informativas y de reflexión en el ámbito de la ética asistencial así como de perseverar en la formación personal. Con la experiencia de los años de formación decidimos hacer un análisis de todos los datos que teníamos sobre los cursos que habíamos realizado a los profesionales con la idea de que este nos ayudara a buscar nuevas metodologías y renovar diferentes aspectos para incentivar a los alumnos.

Metodología

Elaboramos un estudio transversal retrospectivo sobre la actividad docente realizada entre los años 1998 y 2018, nuestro objetivo era describir dicha actividad desarrollada durante 20 años por los miembros del CEA del CHV y la repercusión de esta en los profesionales. La información se obtuvo de las bases de datos de la Unidad de Docencia e Investigación del centro y del archivo propio del CEA. Como variables se estudiaron el tipo de temario, a quién iba dirigido, quiénes eran los formadores, el interés de los temas tratados, la asistencia y la satisfacción de los alumnos.

Resultados

Se han realizado un total de nueve cursos de 20 horas, distribuidos en 10 sesiones, de dos horas cada una, en horario de tarde.

Los profesionales en formación cursaban residencia en diferentes especialidades: Medicina Interna, Cirugía, COT, Obstetricia y Ginecología, Geriátrica, Psiquiatría, LLIR (Matrona), EIR (Enfermera Interna Residente) y Medicina Familiar y Comunitaria. La asistencia media de los cursos fue de un 70%.

En los nueve cursos han participado un total de 38 docentes, 27 miembros del CEA y 11 invitados, entre ellos médicos, enfermeras, juristas, psicólogos, religiosos, farmacólogos, trabajadores sociales y epidemiólogos.

Se realizaron encuestas de satisfacción después de cada curso valorando: la organización global, el horario, el interés del tema, la metodología y la utilidad, así como la capacidad de transmitir conocimientos y de dinamizar la sesión de los profesores. La media de los diferentes años es la siguiente (escala de 0 a 4):

Organización global del curso	3,80
Horario	3,40
Interés del tema	3,90
Metodología del curso	3,61
Utilidad práctica en el desarrollo del trabajo	3,80

En los resultados podemos observar que la satisfacción global de curso es entre regular y buena.

A la pregunta sobre si habían encontrado el curso interesante algunos de los comentarios fueron: que ayuda en la toma de decisiones, a ser más críticos en la práctica asistencial y a mejorar en la actuación con los pacientes. Es un aspecto que no se trata durante la carrera. Ayuda a reflexionar, es interesante el tema de confidencialidad y relación médico-paciente. Permite saber dónde acudir en caso de tener dudas. Los temas son controversiales y se abordan desde diferentes puntos de vista. Afecta a casos clínicos de la práctica diaria.

Como propuestas de mejora los alumnos expresaron: evitar repeticiones en la parte teórica y solicitud de clases más dinámicas. Ahondar más en aspectos prácticos y en temas como el final de vida. Realizar foros de temas de Bioética para todos los profesionales. Más discusión de casos y mejora del horario.

A partir de estas aportaciones, el temario ha ido evolucionando con los años y se han eliminado o añadido según el interés. Se ha cambiado el temario en cuatro ocasiones siendo la principal aportación la introducción de temas y casos prácticos. En el último curso se abordaron los siguientes temas: conceptos de ética y moral, cambios en las relaciones sanitarias, evolución histórica y orígenes de la Bioética, principios de la Bioética, consentimiento informado, rechazo al tratamiento y futilidad, metodología y toma de decisiones, confidencialidad e intimidad, los CEAS y los CEIC: historia, objetivos y funciones, ética del cuidar, carta de derechos y deberes, DVA, Bioética y Economía de la Salud, Ética y Derecho, limitación del esfuerzo terapéutico, asistencia al final de la vida y atención primaria y Bioética.

Como conclusión, la valoración de los asistentes a los cursos de Bioética ha sido positiva.

En general se considera que es un tema no tratado en la formación reglada y que es de utilidad para la práctica asistencial. La satisfacción ha ido incrementando a medida que se han introducido aspectos prácticos en la formación. Los aspectos prácticos se han centrado en el trabajo de casos y la discusión en grupos de trabajo de temas concretos.

La formación en Bioética facilita la reflexión de los profesionales y ayuda a tomar decisiones de acuerdo a los principios de Bioética y centrándonos en los pacientes.

Bibliografía

- Burns N, Grove SK. Investigación en Enfermería. 3ª edición. Madrid: Elsevier; 2005.
- Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª edición. México, D.F: Mc Graw Hill; 1999.
- Molina Montoya NP. Formación bioética en ciencias de la salud. Cien. tecnol. salud. vis. ocul. Vol. 14, no. 1, enero-junio, 2016; p. 117-132 / ISSN: 1692-8415-ISBN-E: 2389-8801.

Construyendo el blog del Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria y aprendiendo bioética

Maria Estrella Barceló,^a Montserrat Martínez,^a
 Montserrat Espuga,^a Carmen Maria Prieto,^a
 Carme Batalla,^a Marcel Cano,^b Maria Antònia
 Camps,^a Mercè Carranza,^a Rosa Maria Carrasco,^a
 Margarita Currubí,^a Esmeralda Martínez,^a
 Isabel Minguella,^a Lluïsa Ortega,^a Roser Quinta,^a
 Jordi Xandri^a y Engràcia Soler^a

a. *Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (ICS);*
ebarcelo.bcn.ics@gencat.cat

b. *Universitat de Barcelona*

Palabras clave: Bioética, Atención Primaria, blog.

Introducción

En 2003 se constituyó el Comité de Ética Asistencial en Atención Primaria (CEAAPICS) del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol. El año 2013, el CEAAPICS fue adscrito al Institut Català de la Salut (ICS). El mismo año, el CEAAPICS decidió crear un blog que tuviera como finalidades dar visibilidad a su actividad y ser un espacio de diálogo, reflexión y aprendizaje. La dirección del blog es: <https://ceaapics.wordpress.com/>.

Metodología

El formato del blog fue consensuado por todos los miembros del CEAAPICS, con el asesoramiento del Gabinete de Comunicación del ICS. El formato del blog debía seguir la estructura permitida por la institución, que es en formato Wordpress.

Cualquier miembro del CEAAPICS puede proponer publicaciones, que se vehiculan a través de los dos vocales que se encargan de la gestión, y que hacen un seguimiento del estado de la publicación y elaboración de resúmenes o comentarios críticos cuando procede.

La creación del blog se comunicó mediante los canales habituales: correos electrónicos, *banners* en las intranets de la institución y presentación en los comités de dirección territoriales.

El blog tiene los siguientes apartados:

- **Presentación:** contiene una breve explicación de quiénes somos y qué hacemos en el CEAAPICS. Se describe la misión, visión y valores del CEAAPICS, haciendo referencia explícita a la adhesión al código ético de la institución. Asimismo, se detallan de forma breve las tareas asumidas por el comité.
- **Miembros:** contiene una breve presentación de cada uno de los miembros del CEAAPICS, su cargo en el comité y un breve curriculum vitae.
- **Inicio:** es la página que sale por defecto cuando se accede al blog. A través de ella, se tiene acceso a los documentos y noticias más relevantes por orden de publicación (de más recientes a más antiguas).
- **Documentos:** en este apartado se pueden encontrar los documentos elaborados por el propio CEAAPICS, la normativa que le es de aplicación, así como recomendaciones, guías y documentos de especial interés o de referencia elaborados por otras instituciones.
- **Libro de casos:** se han elaborado dos libros de casos, fruto de la colaboración del CEAAPICS con alumnos en prácticas de la Facultad de Filosofía de la Universitat de Barcelona. En estos libros, se sintetizan y analizan críticamente los principales casos consultados, que se asume que serán de interés para los profesionales de la institución.

- Consultas más frecuentes: en este apartado se pueden encontrar resúmenes algunas de las consultas que han generado más polémica en el seno del CEAAPICS, y también bibliografía y enlaces de interés para quien desee tener más información adicional.

Resultados

El primer embrión del blog del CEAAPICS ya fue presentado en una Jornada de Innovación del ICS del año 2015. Entre el año 2015 y el 2017, el blog se fue ampliando, tanto en estructura como en la información contenida. Esto se tradujo poco a poco en un aumento en el número de visitantes.

A continuación se describe la actividad del blog durante los años 2017 y 2018.

	Año 2017	Año 2018 (hasta mediados de diciembre)
Visitas	4.952	7.846
Visitantes	1.690	2.125
Entradas	77	83

Las páginas más visitadas han sido la principal, seguida de la de presentación del CEAAPICS.

Los miembros del CEAAPICS han publicado 23 entradas con comentarios y sugerencias en 2018, lo que representa un 28% del total de entradas.

La actividad del blog para contenidos (en fecha 17 de diciembre de 2018) se puede desglosar de la siguiente manera:

- Actividades (19 entradas).
- Artículos de interés (124 entradas).
- Bioética y cine (23 entradas).
- Bioética y libros (29 entradas).

- Conferencias (14 entradas).
- Congresos/jornadas/seminarios (96 entradas).
- Consultas (2 entradas).
- Cursos/másters (26 entradas).
- Documentos de interés (132 entradas).

Este año los temas que han suscitado más interés han sido: la confidencialidad y la protección de datos, los conflictos éticos generados por la atención a pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la atención domiciliaria a personas con enfermedades crónicas y en las etapas finales de la vida, las vacunaciones sistemáticas, la maternidad subrogada, los aspectos éticos de la investigación o la Ética y los Servicios Sociales.

Conclusiones

Los visitantes del blog han aumentado paralelamente a su construcción y, a estas alturas, es uno de los blogs más visitados del ICS. Hay que seguir trabajando para promover que el blog sea un espacio de reflexión y debate ético en el seno de la institución, que favorezca la resolución de los conflictos éticos, la formación de los profesionales y los ciudadanos y su empoderamiento. A pesar de haber nacido con la voluntad de ser útil, en ningún caso el blog sustituye las decisiones propias de los y las profesionales o de las instituciones, sino que ayuda a reflexionar y a tomar la mejor decisión en un marco ético y de consenso.

Docencia en el Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria del ICS. Estudiantes en prácticas

Carmen Maria Prieto,^a Montse Espuga,^a
 Maria Estrella Barceló,^a Carme Batalla,^a
 Marcel Cano,^b Maria Antònia Camps,^a
 Mercè Carranza,^a Rosa Maria Carrasco,^a
 Margarita Currubí,^a Esmeralda Martinez,^a
 Isabel Minguella,^a Lluïsa Ortega,^a Roser Quinta,^a
 Jordi Xandri,^a Engràcia Soler^a y Montserrat
 Martínez^a

*a. Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (ICS);
 cprieto.cp.ics@gencat.cat*

b. Universitat de Barcelona

Introducción

En el año 2003 se constituyó y acreditó el Comité de Ética de Atención Primaria del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol. En el año 2013 pasó a ser el Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria del Institut Català de la Salut (CEAAPICS). Se trata de un comité interdisciplinar que está formado por 15 profesionales. Catorce de ellos son trabajadores del ICS y uno es profesor de la Facultad de Filosofía de la Universitat de Barcelona. Este Comité de Ética Asistencial (CEAAPICS) presta sus servicios a 283 equipos de Atención Primaria que pertenecen a nueve gerencias de toda Catalunya, así como otros servicios de Ginecología, Pediatría, equipos de paliativos (PADES), etcétera que trabajan también en la Atención Primaria de Salud.

Desde el curso académico 2014-2015, gracias a un convenio con la Universitat de Barcelona, realizan prácticas en el comité alumnos del último curso de grado de Filosofía así como alumnos del Máster de Ciudadanía y Derechos Humanos: Ética y Política impartido también en dicha facultad.

Metodología

Cuando el alumno entra en contacto con el CEAAPICS, se le acoge en una entrevista donde se le asigna un tutor, se traza un plan de trabajo personalizado, firma un compromiso de confidencialidad y se empieza a vislumbrar cuál será su trabajo de fin de prácticas.

Al alumno se le asignan las siguientes tareas: comprometerse a asistir a las reuniones del CEAAPICS, participar activamente en los debates de los casos consultados y también en el resto de temas abordados en las reuniones, revisar resoluciones, documentos que se elaboren y participar en las jornadas del CEAAPICS. Asimismo colaborar en la publicación de artículos en el blog y llevar a cabo algunas acciones que les permitan conocer el medio en el que actúa el CEAAPICS que es la Atención Primaria de Salud.

Los debates se realizan en las reuniones pero también mediante un circuito de correo electrónico ya establecido en el CEAAPICS, donde ellos también participan. Algunos alumnos han tenido la oportunidad de visitar Centros de Atención Primaria y ver el funcionamiento de los mismos. Han podido acercarse al medio donde surgen la mayoría de los conflictos éticos que recibe el CEAAPICS. Todo esto supone más de 120 horas de formación.

Resultados

En estos cuatro cursos académicos son cuatro los alumnos que han pasado por el CEAAPICS. Exponemos los títulos de sus trabajos finales y un breve resumen de su contenido:

- *Recomendaciones para mejorar la calidad del CEAAPICS:*
Se trata de seis recomendaciones que el estudiante hace al CEAAPICS después de conocer el CEA del estado español a través de sus webs y de los estándares de calidad necesarios en los CEA.
- *Libro de casos I:*
Con una introducción sobre los principios de la Bioética, una selección de 18 casos agrupados en los siguientes apartados: confidencialidad e historia clínica; ética de la prescripción; ética y vacunas; autonomía y riesgo para terceros; autonomía y gestión de recursos; justicia.
- *Proyecto para mejorar la visibilidad del CEAAPICS, propuesta de calidad:*
La estudiante después de un cuidadoso análisis de cómo se da a conocer el CEAAPICS realiza propuestas concretas para mejorar el blog para que resulte más atrayente y sencillo encontrar la documentación, propone cambio de logotipo, así como mejoras en la visibilidad tanto para los profesionales como para los usuarios.
- *Libro de casos II:*
A una introducción sobre la ética de la virtud en la práctica sanitaria le sigue una selección de 29 casos agrupados bajo los siguientes epígrafes: autonomía en el menor maduro; confidencialidad e historia clínica; rechazo del tratamiento y compromiso con el paciente; responsabilidad en la información sanitaria; tolerancia y respeto en el ámbito laboral.

Estos trabajos pueden ser consultados en nuestro blog: <https://ceaapics.wordpress.com/author/ceaapics/>.

La experiencia de estos cuatro cursos ha supuesto reconocer por parte del CEAAPICS el estímulo que supone la presencia y el trabajo de estos estudiantes. Las aportaciones desde una «mirada» joven no asistencial que añade novedad y potencia la reflexión de los miembros del CEAAPICS, supone un enriquecimiento mutuo y ha sido muy bien valorada por ambas partes y los estudiantes reconocen la importancia del trabajo en Bioética en la Atención Primaria de Salud.

Se reconocen algunas dificultades como son la burocracia excesiva entre la institución sanitaria y la universidad, la falta de reconocimiento de la institución sanitaria al tutor y el esfuerzo que supone compaginar la función asistencial y la tarea docente.

Conclusiones

Los estudiantes valoran muy positivamente la posibilidad de realizar prácticas durante un curso en el CEAAPICS. Los miembros del CEAAPICS reconocen la importancia de tener estudiantes en prácticas de la Facultad de Filosofía ya que enriquecen la reflexión y estimulan la tarea del CEAAPICS con sus aportaciones.

**Bioética y grados
universitarios**

Enseñar «Ética en la enseñanza universitaria» en una asignatura de bioética

Elisabeth Moyano y Jorge Pérez

Grup de Recerca Educativa en Ciències de la Salut (GRECS). Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida. Universitat Pompeu Fabra

elisabeth.moyano@upf.edu; jordi.perez@upf.edu

Introducción

La Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida (FCSV) de la Universitat Pompeu Fabra (UPF) tiene un proyecto educativo innovador¹ donde se cursan los grados en Biología Humana y en Medicina, este último de forma conjunta con la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). En muchos casos los alumnos de las dos carreras comparten las mismas asignaturas.² Ambos grados contemplan una asignatura de Bioética obligatoria con cuatro ECTS. En el grado de Medicina la materia es impartida por profesionales de la UAB mientras la del grado de Biología Humana está bajo la responsabilidad de la UPF.

En la UPF, desde su inicio, tanto en la extinta licenciatura de Biología (desde 1999) como en el grado de Biología Humana (desde 2009), la asignatura de Bioética contemplaba un programa con temas que son habituales en la enseñanza de dicha disciplina:³ principios fundamentales; relaciones entre profesionales de la salud y enfermos; origen de la vida; aborto, reproducción y contracepción; final de la vida; investigación con animales; investigación con humanos; decisiones ante casos en menores, huelga de hambre, objeción de tratamiento; trasplantes; terapia génica; buenas prácticas científicas y economía de la salud. Dicha asignatura, de la que actualmente son responsables los autores de este trabajo, siempre estuvo ubicada en el último curso de la carrera, en 5º en la licenciatura y en 4º en el grado.

A partir del curso, 2013-2014 se introdujo un tema sobre «Ética en la enseñanza universitaria» que consideramos de relevada importancia por el interés del proyecto educativo del centro, por el bienestar de los miembros de la comunidad universitaria y por el correcto comportamiento ético de sus futuros graduados.

El objetivo del presente escrito consiste en narrar la metodología de la sesión donde se imparte el tema y comentar sus resultados.

El desarrollo de la actividad

El plan docente de la asignatura de Bioética prevé tres actividades de aprendizaje: 16 sesiones de clases expositivas, cinco seminarios que requieren la participación activa de los estudiantes y tres prácticas que implican ver una película con un debate posterior. El tema que nos ocupa se desarrolla dentro de las sesiones expositivas de 50 minutos de duración, si bien tiene unas características diferentes al resto de las clases por la mayor participación activa de los estudiantes.

El objetivo de la sesión, que tiene dos partes diferenciadas, consiste en reflexionar sobre el comportamiento ético de los actores implicados en el proceso docente de los estudios. En la primera parte se forman grupos de cinco alumnos y se les pide que hagan un listado de experiencias de malas prácticas éticas que han tenido durante la carrera, tanto por parte de los docentes como por parte de los propios alumnos. Posteriormente, se ponen en común los problemas detectados por los diferentes grupos comentándolos en relación a la transgresión de los cuatro grandes principios bioéticos. Esta parte ocupa casi la totalidad de la sesión.

En la segunda parte, durante los últimos 10 minutos de la clase, el profesor diserta sobre el tema a partir de códigos éticos de algunas universidades tanto españolas como foráneas, dando especial relevancia al código ético de la propia universidad, la UPF. Se resume la sesión resaltando cuatro valores comunes que aparecen en los códigos comentados: honestidad, respeto, justicia-equidad y dar lo mejor de uno mismo.

Resultados

En la tarea realizada por los estudiantes aparecen numerosos comportamientos, tanto por parte de los docentes como de los propios estudiantes, que no estarían en consonancia con los comportamientos éticos deseados.^{4,5} Se narran conductas de maleficencia, de no beneficencia, contra la autonomía y de injusticia.

En referencia al profesorado aparecen numerosos problemas, entre ellos los relacionados con la falta de respeto, con la no equidad en la asignación de notas o con la comparación con los estudiantes de Medicina. En lo relativo a los propios estudiantes, los temas más frecuentes hacen referencia al plagio, a la falta de respeto a los profesores, a la no compostura en algunas clases o al mal uso de los recursos públicos de la universidad.

Conclusiones

En primer lugar hemos de decir que no es frecuente encontrar el tema que nos ocupa en los planes docentes de las asignaturas de Bioética. De hecho, en un trabajo de fin de grado realizado sobre la enseñanza de la Bioética en los estudios de Biología o de Ciencias Biomédicas en las universidades españolas,² solamente aparece en el grado de la UPF.

Consideramos que el tema es de suma relevancia dentro del proyecto educativo del centro por tres motivos principales. En primer lugar, por el objetivo general de la FCSV de la UPF que sería impartir una docencia de calidad con el máximo de bienestar. Así, cualquier transgresión producida de los principios bioéticos generaría malestar y, por tanto, atentaría contra el objetivo general. En segundo lugar, consideramos que los futuros graduados deberían seguir un comportamiento ético ejemplar en su desarrollo profesional y, creemos, que sería bueno realizar dicho comportamiento también durante sus estudios universitarios. En tercer y último lugar, la sesión permite detectar deficiencias en la docencia del grado que podrían ser susceptibles de mejora en cursos venideros.

La sesión ha sido muy bien valorada por parte de los docentes y, especialmente, por los estudiantes. Como consecuencia de todo lo anterior, también se ha introducido el tema en una asignatura de Introducción a la Biología que se cursa en el primer año de carrera.

Como conclusión final, tenemos la intención de mantener el tema de la «Ética en la enseñanza universitaria» en las dos asignaturas comentadas y sugerimos que sea introducido en otros procesos docentes de enseñanza de la Bioética.

Bibliografía

1. Pérez J, Girvent M, Moyano E. La evaluación de los aprendizajes en la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida de la Universitat Pompeu Fabra (UPF) de Barcelona. Una tarea colectiva. *Rev Educ Cienc Salud*. 2013; 10 (2): 127-132.
2. Morante N, Pérez J. Aprendiendo juntos para trabajar juntos. Comparación del rendimiento académico en estudiantes de Biología Humana y de Medicina en la Universitat Pompeu Fabra. *FEM*. 2018; 21 (5): 255-258.
3. García-Vilanova M. La enseñanza de Bioética en los grados de Biología y Ciencias Biomédicas de las universidades españolas. Barcelona: Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida. UPF. [Trabajo final de grado]; 2015.
4. IMIM, UPF, CRG; CMR [B], IAT PRBB, CREAL. Codi de bones pràctiques científiques. Código de buenas prácticas científicas. Code of good scientific practice. Barcelona: Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona PRBB; 2007.
5. UPF. Código ético de la Universitat Pompeu Fabra. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2012.

¿Cómo detectar la ideación suicida y prevenir el suicidio desde la universidad?

Bruna Riera, Jaume March, Àngel Serra,
Ester Busquets, Ramon Pujol y Agustí Comella

Càtedra d'Educació Mèdica de la Facultat de Medicina. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC)

Càtedra de Bioètica Fundació Grífols. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC)

Research group on Methodology, Methods, Models and Outcomes of Health and Social Sciences (M3O). Faculty of Health Science and Welfare. Centre for Health and Social Care Research (CESS). University of Vic – Central University of Catalonia (UVic-UCC)

Grup de Recerca en Salut Mental i Innovació Social (SAMIs). Facultat de Ciències de la Salut i Benestar de la UVic-UCC

agusti.comella@uvic.cat

Palabras clave: suicidio, ideación suicida, ansiedad.

Introducción

En Cataluña, durante el año 2016 se suicidaron 510 personas, de las cuales un 69,6% eran varones y el 30,4% restante mujeres (IDESCAT, 2018). A nivel estatal, según un estudio realizado en 2007, un 4,4% de la población general española presenta ideación suicida (Gabilondo et al, 2007) y, según otro estudio realizado en 2018, un 4,1% de la población adolescente de entre 14 y 19 años también presenta ideación suicida (Fonseca-Pedrero et al, 2018). El suicidio juvenil es un hecho impactante en nuestra sociedad. Su detección precoz puede ser primordial para evitarlo.

Nuestro objetivo fue detectar si existía la ideación suicida entre los estudiantes universitarios de primer curso de grado de la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC) para poder actuar de forma preventiva.

Metodología

Se diseñó un estudio observacional de diseño transversal. La muestra estaba constituida por 270 estudiantes de primer año de los grados de Medicina, Enfermería, Psicología, Educación Social, Fisioterapia, Biología, Biotecnología, Administración y Dirección de Empresas, Periodismo, Ingeniería de la Automoción e Ingeniería Mecatrónica de la UVic-UCC. Su participación fue de forma voluntaria y anónima. El proyecto obtuvo el dictamen favorable del Comitè d'Ètica de la Recerca de la UVic-UCC. El periodo de estudio se realizó durante los meses de octubre y noviembre de 2018. La recogida de datos fue realizada mediante una encuesta telemática estructurada. Los contenidos de la encuesta fueron: datos sociodemográficos, formación académica, estilo de vida y hábitos tóxicos, aspectos laborales, entorno familiar y amistades. También se realizaron los cuestionarios sobre personalidad «Big Five Questionnaire», somatización, ansiedad y depresión «Brief Symptom Inventory (BSI-18)», «Predictive Index (PI)» y estrés «Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS)». Para detectar la ideación suicida se utilizaron tres indicadores: ítem 17 del BSI, ítem 9 del test de Beck-II (BDI-II) y el resultado clínico del test BSI-18.

Resultados

Fueron encuestados 270 estudiantes, 94 varones (35%) y 176 mujeres (65%). Se observó que 71 (26%) estudiantes presentaban un Índice Global de Severidad (IGS) en el BSI-18 clínico al inicio del primer curso del grado universitario, lo cual significa un malestar psicológico significativo. En las subescalas del BSI-18, se encontró que 50 estudiantes (18%) presentaban somatización clínica, 62 (23%) depresión clínica y 70 (26%) ansiedad clínica.

En el test de BDI-II, al preguntar sobre pensamientos suicidas, 232 (86%) no tenían pensamientos suicidas; 36 (13%) tenían pensamientos suicidas, pero no los llevarían a cabo; a 2 (1%) estudiantes les gustaría suicidarse; ningún estudiante se suicidaría si tuviera la oportunidad.

Al preguntar sobre la ideación suicida de poner fin a su vida las respuestas fueron: nada 242 (92%); poco 14 (5%); moderado 3 (1%); bastante 3 (1%) y mucho 2 (1%). Los ocho estudiantes que presentan ideación suicida también muestran un IGS mayor en ansiedad, depresión y somatización, mostrando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, observando una asociación entre la ideación suicida y el IGS ($p = 0,000$) y en consecuencia con sus tres subescalas, existiendo una asociación entre ideación suicida y somatización ($p = 0,001$), asociación entre ideación suicida y ansiedad ($p = 0,000$) y asociación entre ideación suicida y depresión ($p = 0,000$).

En relación con los resultados de la ideación suicida, basados en el resultado del ítem 17 del BSI-18, se encontró que 22 (8,1%) estudiantes presentaban ideación suicida, de ellos, 14 (5%) estudiantes presentaban ideación suicida leve y 8 (2,9%) estudiantes presentaban ideación suicida de moderada a severa. El 92% de los estudiantes no presentaban ideación suicida.

Tabla 1. BSI-18. Ítem 17

Tienes pensamientos de poner fin a tu vida	Núm.	Porcentaje (%)
Nada	248	91,9
Poco	14	5,2
Moderadamente	3	1,1
Bastante	3	1,1
Mucho	2	0,7
Total	270	100%

Conclusiones

En nuestro ámbito universitario existe un 2,9% de los estudiantes de primer curso del grado que presenta una ideación suicida entre moderada y severa, además presentan un nivel general de malestar psicológico y psicosomático que puede considerarse como un factor de riesgo frente a posteriores situaciones estresantes.

Se ha de considerar también la existencia de un 5,2% de estudiantes que presentan una ideación suicida leve, en ellos las situaciones estresantes pueden ser críticas. La intervención y la prevención son esenciales en estos casos.

Los resultados del estudio nos han permitido conocer la ideación suicida entre los estudiantes universitarios de la muestra estudiada para poder actuar de forma preventiva y evitar el suicidio juvenil. Desde esta investigación se propone la necesidad de crear programas de atención personalizada de soporte y acompañamiento a estos estudiantes para prevenir el suicidio entre la población universitaria.

Bibliografía

- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2007; 297(15): 1683-1696.
- Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Solana RA, Ortuño-Sierra J, Lucas-Molina B y Urbiola-Merina E. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2018; 11(2): 76-85.
- Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A y Haro JM. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. *Resultados del estudio ESEMeD. Medicina clínica*. 2007; 129(13): 494-500.

- Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, et al. Detecting suicidality among adolescent outpatients: evaluation of trained clinicians' suicidality assessment against a structured diagnostic assessment made by trained raters. *BMC Psychiatry*. 2008; 8: 97.
- Peña JB, Caine ED. Screening as an approach for adolescent suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 2006; 36(6): 614-637.
- Robinson J, Pan Yuen H, Martin C, et al. Does screening high school students for psychological distress, deliberate self-harm, or suicidal ideation cause distress--and is it acceptable? An Australian-based study. *Crisis*. 2011; 32(5): 254-263.
- Shain B. Committee on adolescence. Am Acad Pediatr. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*. 2016; 138(1): e20161420.
- Thompson EA, Eggert LL. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38(12): 1506-1514.
- Yildiz M, Demirhan E, Gurbuz S. Contextual Socioeconomic Disadvantage and Adolescent Suicide Attempts: A Multilevel Investigation. *J Youth Adolesc*. 2018; 29: 1-13.

Cómo actuar ante el dilema moral al detectar una ideación suicida en estudiantes que desean mantener su anonimato

Àngel Serra, Jaume March, Bruna Riera, Ester Busquets, Ramon Pujol y Agustí Comella

Càtedra d'Educació Mèdica de la Facultat de Medicina. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC)

Càtedra de Bioètica Fundació Grífols. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC)

Research group on Methodology, Methods, Models and Outcomes of Health and Social Sciences (M3O). Faculty of Health Science and Welfare. Centre for Health and Social Care Research (CESS). University of Vic – Central University of Catalonia (UVic-UCC)

Grup de Recerca en Salut Mental i Innovació Social (SAMIS).

Facultat de Ciències de la Salut i Benestar de la UVic-UCC

agusti.comella@uvic.cat

Palabras clave: consentimiento informado, ideación suicida, jóvenes.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2016) el suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años en todo el mundo. El suicidio consumado es solo una de las denominadas *conductas suicidas* (Toro, 2010) estas incluyen, además, pensamientos sobre la muerte, ideación suicida, planificación suicida y tentativas suicidas. Los *pensamientos* y las *conductas suicidas* son más comunes que el suicidio (Hawton et al, 2003), predicen futuros suicidios e intentos de suicidio (Geulayov et al, 2016) dán-

dose un mayor riesgo de ser consumado, después de un primer intento de suicidio.

La etapa de la adolescencia es un período de transición, transformación y vivencia intensa de nuevas experiencias, que, en la actualidad, de forma genérica y en nuestra cultura, se considera que termina a los 21 años. Muchos de los primeros episodios depresivos aparecen durante la adolescencia, así como la mayoría de las enfermedades mentales. Alrededor del 30% de los adolescentes tiene pensamientos suicidas en alguna fase de su evolución (Becker et al, 2004). Mientras que, en la población universitaria, uno de cada diez universitarios españoles ha tenido pensamientos suicidas en el primer año de carrera (Blasco et al, 2018). La cifra es superior a la prevalencia de estos pensamientos entre la población general.

Los principales factores de riesgo de la ideación suicida incluyen aspectos familiares, acontecimientos estresantes recientes, así como la salud mental actual (Blasco, 2018).

Sobre la salud mental, en una investigación internacional que se realizó en 19 universidades diferentes y con 13.984 alumnos de primer año, el 31,4% de los estudiantes universitarios (uno de cada tres) había sufrido algún trastorno mental durante el primer año académico (Alonso, 2018). En el mismo sentido (Gili et al, 2019) muestran que los trastornos mentales aumentan significativamente el riesgo de intentos de suicidio, especialmente el suicidio en personas de 12 a 26 años de edad.

El inicio de la etapa universitaria es un momento clave para el desarrollo personal y vital del estudiante. La combinación de la elevada prevalencia de los trastornos mentales, el deterioro funcional que comportan en sus diferentes ámbitos (social, familiar, académico, etcétera), debería promover desde las instituciones académicas el establecimiento de intervenciones preventivas. Desde una sensibilidad y compromiso ético, la universidad no puede mostrarse indiferente ante estos datos y urge la necesidad de detectar de forma activa y precoz la ideación y la conducta suicida para poder evitar que los jóvenes decidan pasar al acto consumado.

Son numerosos los programas y protocolos existentes de prevención y detección de la conducta suicida. La Fundación Salud Mental España recoge las

diferentes propuestas de las comunidades autónomas. La mayoría de estas se remiten al ámbito clínico y asistencial. En Cataluña, durante los años 2014 y 2015 se implantó el programa Codi Risc Suïcidi (CRS) de alcance autonómico. En dicho programa se recogen el mapa de recursos y el diseño de rutas asistenciales.

Dado que tanto el soporte familiar como el comunitario pueden ser importantes factores de protección al suicidio (Blasco et al, 2018; Franklin et al, 2016) creemos en la necesidad de ofrecer desde la universidad, una atención psicológica especializada orientada a la prevención, identificación y derivación, si es el caso, del pensamiento y la conducta suicida.

Nuestro estudio presenta dos objetivos: 1. Elaborar una estrategia de atención al detectar ideación suicida en estudiantes universitarios de primer grado de la UVic-UCC; y 2. Resolver el dilema moral que supone tener conocimiento de la ideación suicida y el deseo de mantener el anonimato.

Metodología

Se diseñó un estudio observacional de diseño transversal. La muestra estaba constituida por los estudiantes de primer año de los grados de Medicina, Enfermería y Psicología de la UVic-UCC. Su participación fue de forma voluntaria y anónima. El proyecto obtuvo el dictamen favorable del Comitè d'Ètica de Recerca de la UVic-UCC. El periodo de estudio se realizó durante los meses de octubre y noviembre de 2018. La recogida de datos fue realizada mediante encuesta telemática estructurada. Los contenidos de la encuesta fueron: datos sociodemográficos, formación académica, estilo de vida y hábitos tóxicos, aspectos laborables, entorno familiar y amistades. También se realizaron los cuestionarios sobre personalidad, «Big Five Questionnaire», somatización, ansiedad y depresión «Brief Symptom Inventory (BSI-18)», «Predictive Index (PI)» y estrés «Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS)». Para detectar la ideación suicida se utilizaron tres indicadores: ítem 17 del BSI, ítem 9 del test de Beck-II (BDI-II) y el resultado clínico del test BSI-18.

Resultados

Fueron encuestados 270 estudiantes; 8 (3%) de ellos (50% varones y 50% mujeres) presentan ideación suicida en grado clínico significativo. Al consultar su consentimiento informado, 7 estudiantes mostraron su deseo de ser asesorados. Un estudiante manifestó su deseo de mantener el anonimato y confidencialidad de sus datos. Respecto al primer objetivo, se procedió a la devolución de los resultados obtenidos en la respuesta a los cuestionarios con la sugerencia de atención específica a los siete estudiantes con ideación suicida.

Respecto a resolver el dilema moral que supone tener conocimiento de la ideación suicida y el deseo de mantener el anonimato, se procedió a revisar las puntuaciones obtenidas en personalidad (BFQ). Observamos que el sujeto presentaba una sobrevaloración personal, una equilibrada estabilidad emocional, control de los impulsos alto, afabilidad alta y baja dominancia. Un índice global de severidad mayor en ansiedad, depresión y somatización (BSI). Los indicadores de *burnout* clínico (MBI) eran los siguientes: agotamiento emocional alto (7), cinismo alto (3), bajas creencias de eficacia académica (3). Con estos resultados, concluimos que el estudiante que quiere mantener su anonimato presenta dudas por la incoherencia de las puntuaciones.

Conclusiones

Los participantes del estudio tienen derecho a recibir información sobre su estado de salud y bienestar psicológico, pero también tienen todo el derecho a no ser informados si no lo desean. En los principios éticos de toda investigación, el consentimiento informado requiere que la persona sea mayor de edad, actúe con plena voluntad, con competencia para tomar decisiones y que en ningún momento haya sido coaccionada o manipulada. El consentimiento informado es el elemento básico que garantiza la autonomía de los participantes en el estudio y por tanto al no poder demostrar su incompetencia, mantenemos su anonimato.

Los estudiantes con ideación suicida y que desean asesoramiento psicológico, presentan consistencia en sus resultados, evidenciando su tendencia suicida clínicamente significativa, detectándose un estrés académico elevado en el inicio de la universidad.

El estudiante que quiere mantener su anonimato presenta dudas por la incoherencia de las puntuaciones obtenidas en los diferentes indicadores. Al manifestar la persona expresamente su deseo de no ser informado, debemos respetar su voluntad, y hacemos constar su renuncia documentalmente.

Para poder mantener los principios éticos de toda investigación y garantizar la confidencialidad y la intimidad, los investigadores acordamos respetar al sujeto, el derecho a no ser informado. Acordamos también, anular la posibilidad de anonimato en futuros consentimientos informados del estudio.

Se trasladó a la institución universitaria la necesidad de crear una Unidad de Atención Psicológica Clínica, coordinada con las unidades de salud mental de la zona, y de esta forma poder aplicar, si fuera necesario, el Código de Riesgo de Suicidio (CRS).

Bibliografía

- Alonso J, Mortier P, Auerbach RP, Bruffaerts R, Vilagut G, Cuijpers P, Demyttenaere K, Ebert DD, Ennis E, Gutiérrez-García RA, Green JG, Hasking P, Lochner C, Nock MK, Pinder-Amaker S, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC, WHO WMH-ICS Collaborators. Severe role impairment associated with mental disorders: Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project. *Depress Anxiety*. 2018; 35(9): 802-814.
- Becker K, Mayer M, Nagenborg M, et al. Parasuicide online: can suicide website trigger suicidal behaviour in predisposed adolescents? *Nordic Journal of Psychiatry*. 2004; 58: 111-114.
- Blasco MJ, et al. Suicidal Thoughts and Behaviors: Prevalence and Association with Distal and Proximal Factors in Spanish University Students. *Suicide*

- and Life-Threatening Behavior. 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/sltb.12491>.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2007; 297(15): 1683-1696.
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox, KR, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*. 2016; 143: 187-232.
- Fundación Salud Mental España. Programas de prevención de la conducta suicida en España.
- Geulayov G, Kapur N, Tumbul P, et al. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England, 2000-2012: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *BMJ Open*. 2016; 6(4).
- Gili M, et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies, *Journal of Affective Disorders*, Volume 245; 2019: 152-162, ISSN 0165-0327. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>.
- Hawton K, Zahl D y Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*. 2003; 182(6): 537-42.
- Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, et al. Detecting suicidality among adolescent outpatients: evaluation of trained clinicians' suicidality assessment against a structured diagnostic assessment made by trained raters. *BMC Psychiatry*. 2008; 8: 97.
- Lagares-Franco C, Almenara-Barrios J y O'Ferrall C, et al. Medidas de frecuencia utilizadas en estudios de cohortes para evaluar el comportamiento suicida en jóvenes (12-26 años): una revisión sistemática. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 10.1016/j.rpsm. 2017.10.003. Artículo en prensa.
- Peña JB, Caine ED. Screening as an approach for adolescent suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 2006; 36(6): 614-637.
- Ramos Pozón S. *Bioética*. Barcelona: Plataforma; 2018.
- Robinson J, Pan Yuen H, Martin C, et al. Does screening high school students for psychological distress, deliberate self-harm, or suicidal ideation cause distress--and is it acceptable? An Australian-based study. *Crisis*. 2011; 32(5): 254-263.
- Shain B. Committee on adolescence. Am Acad Pediatr. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*. 2016; 138(1): e20161420.
- Thompson EA, Eggert LL. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38(12): 1506-1514.
- Toro J. *El adolescente en su mundo*. Madrid: Pirámide; 2010.
- Yildiz M, Demirhan E, Gurbuz S. Contextual Socioeconomic Disadvantage and Adolescent Suicide Attempts: A Multilevel Investigation. *J Youth Adolesc*. 2018; 29: 1-13.
- World Health Organization. *World health statistics: Monitoring health for sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization; 2016.

La simulación formativa en la asignatura de Ética y Legislación en Enfermería. Universidad de Barcelona: estudio piloto

Carmen Terré, Eva Garrido-Aguilar y Sergio Ramos-Pozón

Universitat de Barcelona. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Escola d'Infermeria
sergioramos@ub.edu

Introducción

Las situaciones éticamente conflictivas son los escenarios más complejos a los que se enfrentan los alumnos del Grado de Enfermería (GE) de la Universitat de Barcelona (UB) y, en especial, a su resolución práctica. Para facilitar su aprendizaje, desde el **proyecto institucional de fomento de la calidad docente en el Campus Bellvitge** RIMDA,¹ se propuso un proyecto de innovación docente para cambiar la metodología del seminario «Cómo dar malas noticias» de la asignatura de **Ética y Legislación en Enfermería**, introduciendo una nueva modalidad basada en la simulación formativa. Antes de su implementación general se realizó un estudio piloto con el objetivo de describir la opinión del alumnado respecto a la metodología, la utilidad y la satisfacción de los dos seminarios.

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado en la Escuela Enfermería de la UB, en el que participaron los alumnos del Grado de Enfermería de la asignatura de **Ética y Legislación en Enfermería** (curso 2018-2019).

Por un lado, los alumnos realizaron el seminario habitual (SH) de «Cómo dar malas noticias», que versó sobre una lectura y el análisis crítico de un artículo.² La finalidad de esta modalidad de seminario reside en una puesta en común de distintos escenarios teórico-prácticos que aparecen en el artículo. En cuanto a su evaluación, los alumnos debían contestar cinco preguntas tipo test sobre la lectura. Posteriormente, se llevó a cabo una valoración cuantitativa y cualitativa del seminario mediante un cuestionario de satisfacción validado.³

Por otro lado, como alternativa al seminario habitual, se utilizó la simulación formativa con un paciente simulado o seminario simulación (SS). Los alumnos escenificaron un caso clínico, en el que colaboró una profesora de la facultad y que fue filmado. Posteriormente, se visualizó la escenificación en grupos reducidos de alumnos para analizarla, mediante una escala de evaluación de las habilidades de comunicación,⁴ debatir y reflexionar cuál era la mejor actuación, entendida como aquella orientada hacia un mayor respeto al paciente y, por último, corregir los posibles errores.

Posteriormente, se evaluó el proceso desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa mediante un cuestionario de satisfacción.⁴ Se llevó a cabo la evaluación del seminario mediante una escala tipo Likert (1-10: desacuerdo-muy de acuerdo), sobre la metodología, la utilidad y la satisfacción de los propios alumnos y también respondieron a tres preguntas abiertas con el objetivo de obtener datos cualitativos. Dichas preguntas fueron las siguientes: ¿qué les parecía mejor?, ¿qué se debía mejorar?, ¿tiene alguna sugerencia?

Resultados

En esta prueba piloto participaron 54 estudiantes, con una edad media de 20,9 años (DE 2,9), el 83,3% (n = 45) eran mujeres y un 66,7% (n = 36) carecían de experiencia en el ámbito sanitario.

Respecto a los resultados, cabe destacar que las valoraciones de los seminarios realizados con metodología de simulación (SS) fueron 2 puntos superiores a las del seminario habitual (SH). El ítem mejor valorado fue la tipología del seminario en el SS (9,2 *versus* 6,79) (figura 1).

Figura 1. Resultados: metodología de los seminarios

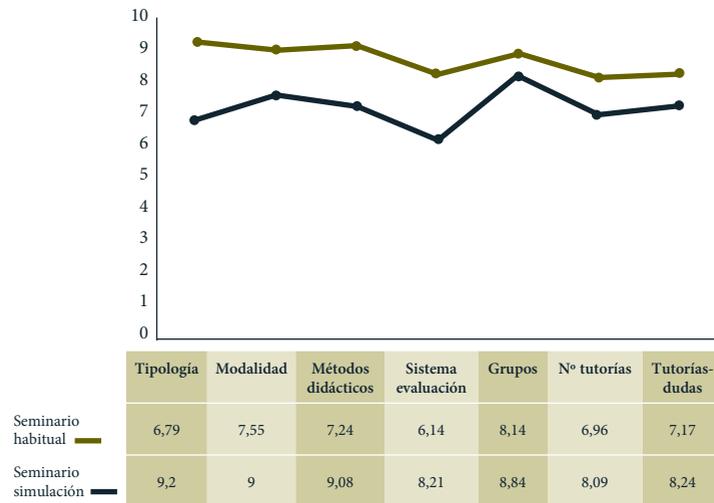
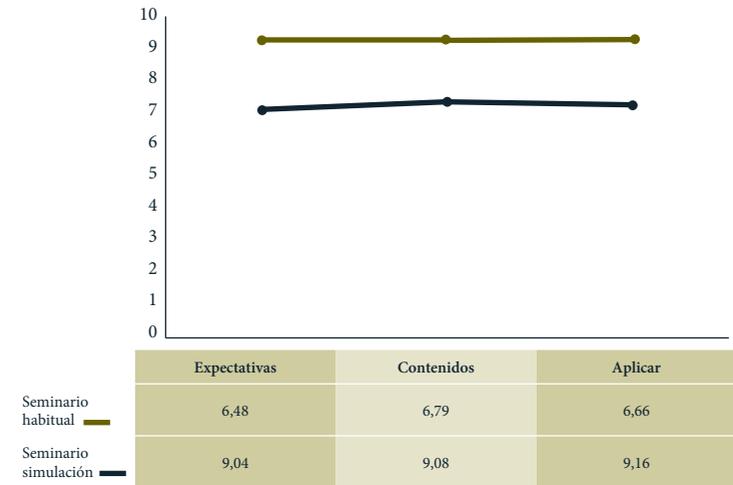


Figura 2. Resultados: utilidad de los seminarios



En cuanto a la utilidad de los seminarios, los alumnos encontraron más útil el SS. En relación a los ítems mejor calificados, cabe subrayar los de «cubrir expectativas» y «poder aplicar los conocimientos a la práctica profesional». En ambos casos, la puntuación fue 2,5 puntos más con respecto al SH (figura 2). Por último, en el apartado de la satisfacción, nuevamente aparecieron puntuaciones superiores en el SS (figura 3). Con el análisis estadístico se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems salvo el ítem de distribución de grupos que no fue significativo ya que estos se repartieron de forma similar en ambos seminarios (tabla 1).

En el análisis de los aspectos cualitativos, los alumnos consideraron que el seminario de simulación formativa fue mejor por los siguientes motivos: fue una actividad en grupo reducido que les permitió compartir opiniones con sus compañeros y la visualización de vídeos les ayudó a la comprensión de la temática.

De las sugerencias expresadas por los alumnos, la gran mayoría desean más actividades de simulación formativa y con más casos prácticos.

Figura 3. Resultados: satisfacción de los seminarios

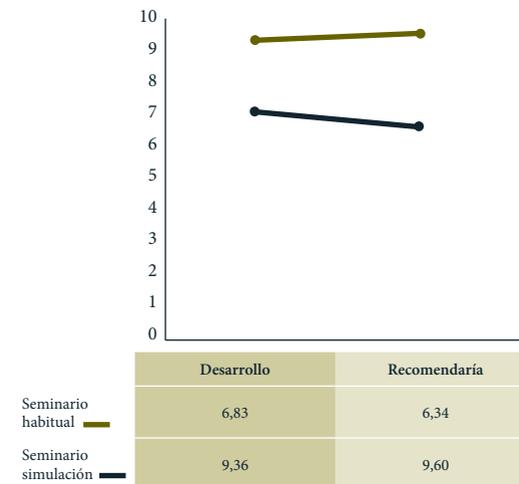


Tabla 1. Puntuación media de las valoraciones

Metodología	Seminario tradicional		Seminario simulación		p-valor
	Media (DE)	Mín-Máx.	Media (DE)	Mín-Máx.	
La tipología de seminario ha sido adecuada para la consecución de los objetivos	6,7 (1,9)	3-9	9,2 (0,8)	8-10	0,000
La modalidad (presencial) ha facilitado el aprendizaje de los contenidos impartidos	7,5 (1,8)	4-10	9 (1)	6-10	0,001
Los métodos didácticos han sido los adecuados para el desarrollo óptimo de la actividad	7,2 (1,8)	3-10	9 (0,8)	7-10	0,000
La evaluación me ha permitido conocer mi nivel de dominio tras el desarrollo de la actividad	6,1 (1,7)	2-9	8,2 (1,2)	6-10	0,000
En su caso, la distribución de los grupos ha sido la apropiada para el desarrollo de la actividad	8,1 (1,6)	3-10	8,8 (0,8)	7-10	0,054
El número de tutorías establecido ha sido adecuado para atender mis necesidades y consultas	6,9 (1,9)	3-10	8 (1,6)	5-10	0,035
Las tutorías desarrolladas me han permitido resolver mis dudas y consultas	7,1 (1,5)	4-10	8,2 (1,5)	5-10	0,031
Utilidad					
Se han cubierto las expectativas que tenía en relación a la utilidad de la acción formativa	6,4 (2,0)	2-9	9 (0,9)	6-10	0,000
Los contenidos desarrollados han resultado ágiles y se han adaptado a mis expectativas	6,7 (2,0)	3-10	9 (1)	6-10	0,000
Voy a poder aplicar los conocimientos adquiridos en mi práctica profesional	6,6 (2,6)	1-10	9,1 (1,2)	5-10	0,000
Satisfacción					
En general, estoy satisfecho/a con el desarrollo de la actividad	6,8 (1,9)	2-10	9,3 (0,5)	8-10	0,000
Recomendaría a otros/as profesionales realizar esta actividad formativa	6,3 (2,4)	1-10	9,6 (0,5)	8-10	0,000

Conclusiones

De los datos obtenidos extraemos dos conclusiones. En primer lugar, los alumnos manifiestan un mayor acuerdo con la metodología, mayor cumplimiento de expectativas y satisfacción con el seminario de simulación formativa que con el seminario habitual. En segundo lugar, la simulación de la realidad y la visualización de las actuaciones ayudan a la comprensión de cómo abordar problemas éticos y este hecho se acentúa en aquellos alumnos que carecen de experiencia clínica.

Bibliografía

1. Universitat de Barcelona. Proyecto institucional de fomento de la calidad docente en el Campus Bellvitge RIMDA. Disponible en: http://www.ub.edu/rimda/inici_rimda.
2. Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 19-27.
3. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Cuestionario de satisfacción del discente. Sevilla. 2012.
4. Clèries X, Borrell F, Epstein RM, Kronfly E, Roma J, Ros E, et al. Validation of an assessment instrument for communication skills in Catalonia (Spain). Paper presented at the 8th Ottawa Conference on Medical Education, Philadelphia; 1998.

Programa de enseñanza-aprendizaje activo y participativo sobre Ética y Legislación en estudiantes de Enfermería

Laia Selva-Pareja, David Fernández-Lavado y Sergi Sánchez-García

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida.
Grup de Recerca en Educació per a la Salut (GREPS)
selvaparejalaia@gmail.com; davidferlav@gmail.com;
sersanchgar@gmail.com

Palabras clave: Bioética, Enfermería, innovación metodológica.

Desde la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), y las bases asentadas en la Declaración de Bolonia y la Declaración de la Sorbona, se ha trabajado en el desarrollo de métodos de innovación docentes que impliquen un cambio de rol profesor-alumno. Dos son los fundamentos priorizados: convertir al alumno en el centro y realizar una evaluación por competencias. Para ello, es absolutamente necesario crear un espacio de colaboración y de participación dentro y fuera de las aulas universitarias para que el alumno adquiera la responsabilidad de su propio proceso de aprendizaje.

Por este motivo, se han diseñado propuestas dinámicas, activas y participativas para el desarrollo de un programa de enseñanza-aprendizaje (E-A) colaborativo en el marco de la asignatura de Ética y Legislación de los Cuidados en Enfermería, de los alumnos de segundo, del Grado de Enfermería de la Universitat de Lleida (Campus Igualada).

Se trata de una investigación-acción participativa (IAP), donde la docente, a partir de la reflexión en la acción del proceso de E-A, constatada en observaciones extraídas durante tres cursos académicos consecutivos (2016-2019), ha

desarrollado un programa básico (ver figura 1) de Bioética centrado en el rol colaborativo y activo² del alumno cuyo propósito es favorecer la actitud positiva,³ incrementar los conocimientos,^{4,5} favorecer el clima grupal y las competencias transversales⁶ como el trabajo en equipo, la alteridad y el pensamiento crítico; para que se vea reflejado en los resultados del aprendizaje.

Figura 1. Hoja de ruta diseñada a partir del propósito del EEES para el desarrollo de la asignatura de Ética y Legislación



Fuente: Elaboración propia

Para mejorar, innovar y estar en un proceso continuo de calidad docente intentamos seguir las características marcadas por los MOOCs⁷ para alcanzar la E-A del siglo XXI:

- Centrar el proceso en el estudiante.
- Personalizar.

- Flexibilizar.
- Crear un entorno social y de colaboración.
- Generar desafíos.
- Contextualizar.
- Real y auténtico.
- Gamificar (o ludificar).
- Cuestionador y creador de conocimiento.
- Experimentalista (los errores son oportunidades de aprendizaje).
- Dirigir hacia la resolución de problemas.

Para conseguir este compromiso y capacitación se desarrollan sesiones con metodologías de «learning-by-doing», «active teaching and learning»,⁸ «just in time» o «peer teaching» entre otras. Con actividades o técnicas que implican diferentes tipos de aprendizaje (autónomo, autorregulativo, guiado, etcétera) y formatos de evaluación.⁹ Se generan indicadores de impacto con unos objetivos específicos para cada una de las actividades.

Para una mayor adaptación y mejora continua del proceso de E-A, se recibía *feedback* diario¹⁰ por parte de los alumnos a través de un documento reflexivo que servía de evaluación continua de la docencia (tanto del contenido, como de la metodología).

Es a partir de esta IAP desarrollada durante los tres cursos académicos cuando nace la necesidad de este trabajo con el **objetivo** de desarrollar un espacio de E-A activo y participativo de innovación docente en Bioética en el que se recojan herramientas y estrategias, en lo que definiremos como «cuaderno». El cuaderno final consta de más de 30 técnicas y actividades dentro de seis bloques temáticos con 25 áreas de contenido sobre Bioética (ver figura 2).

Trabajar el contenido sobre Ética y Legislación y las competencias pertinentes mediante estrategias de E-A activas ha permitido que la respuesta de los alumnos a la metodología fuese cada vez más positiva. Nos gustaría cerrar esta comunicación con un comentario realizado por un estudiante en la encuesta oficial de evaluación docente de la universidad: «**Todos empezamos creyendo que sería un tostón de asignatura y ella ha hecho que nos interese y nos guste**».

Figura 2. Organización del cuaderno como libro de técnicas y estrategias de innovación docente



Fuente: Elaboración propia

La necesidad de generar una Bioética empírica y estos primeros resultados nos animan a seguir, de manera que, este trabajo se ha convertido en dos proyectos de Introducción a la Investigación 2018/19 donde se evaluará: el impacto de la metodología docente en el desarrollo de competencias, el impacto en los resultados de aprendizaje y la opinión y satisfacción con la metodología y la asignatura.

Bibliografía

1. EEES.es. Espacio Europeo Educación Superior [Internet]. 2018 [citado 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.eees.es>.
2. Boctor L. Active-learning strategies: The use of a game to reinforce learning in nursing education. A case study. Nurse Educ Pract. 2013; 13(2): 96-100.

3. Meguid EA, Collins M. Students' perceptions of lecturing approaches: traditional versus interactive teaching. *Adv Med Educ Pract.* 2017; 8: 229-41.
4. Aguilar-Rodríguez M, Marques-Sule E, Serra-Añó P, Espí-López GV, Dueñas-Moscardó L, Pérez-Alenda S. A blended-learning programme regarding professional ethics in physiotherapy students. *Nurs Ethics.* 2018.
5. Odell KE. Team-based learning and student performance: Preliminary evidence from a principles of macroeconomics classroom. *Int Rev Econ Educ.* 2018; 29: 44-58.
6. Lechasseur K, Caux C, Dollé S, Legault A. Ethical competence: An integrative review. *Nurs Ethics.* 2018; 25(6): 694-706.
7. Teixeira A, Mota J. A proposal for the methodological design of collaborative language MOOCs. En: Martín-Monje E, Bárcena E, editores. *Language MOOCs: providing Learning, Transcending Boundaries.* DE GRUYTER OPEN; 2014.
8. Gu JJ. Active Teaching and Learning Versus Traditional Lecturing in Electrical and Computer Engineering Courses. En: American Society for Engineering Education. 2004. p. 9.142.1-9.142.5.
9. Prieto A, Lara I, Díaz D, Monserrat J, Pérez-Gómez A, Vélez J, et al. La evaluación del aprendizaje universitario: conflictos entre sus distintas utilidades y compromisos en la resolución para preservar las características más esenciales en cada tipo de evaluación. *RIECS.* 2018; 3(1): 2530-787.
10. Muñoz Baell IM, La Parra-Casado D, Davó-Blanes MC, Álvarez García JS, Ortiz-Moncada R. Evaluación continua de asignaturas de Grado utilizando el cuestionario de incidencias críticas. Universidad de Alicante, editor. *X Jornades de Xarxes d'Investigació en Docència Universitària: la participació i el compromís de la comunitat universitària.* Alicante; 2012; 1772-1787.

Aprendizaje sobre problemas éticos basado en la práctica clínica en alumnos de Odontología (experiencia durante cinco años: 2013-2018)

María-Jesús Tabernero, María-Sol Rodríguez

Departamento de Ciencias Forenses, Anatomía Patológica, Ginecología y Obstetricia y Pediatría. Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela

mj.tabernero@usc.es

Palabras clave: formación ética, problemas clínicos, Odontología, aprendizaje activo.

Introducción

En la enseñanza de la asignatura de Odontología Legal, Ética y Profesionalismo, de 4º curso del grado de Odontología en la Universidad de Santiago (USC) se contemplan en el temario, como una parte fundamental, aspectos éticos y deontológicos de la profesión.

Justificación y objetivos

El objetivo de esta experiencia educativa es la utilización de las vivencias personales de los alumnos en las prácticas clínicas como recurso para potenciar la reflexión sobre los aspectos teóricos del temario. Por ello, se ha planteado la realización de prácticas de Bioética de la asignatura empleando un cuestionario estructurado en el que cada alumno refleje su experiencia personal en relación con aspectos bioéticos de su actividad clínica. Se pretende que esta

experiencia sirva para potenciar el interés de los estudiantes en el proceso de aprendizaje, implicándolos de una manera activa, y que ayude a una reflexión personal sobre estos aspectos del conocimiento.

Metodología

Los alumnos de cuarto curso realizan ya prácticas clínicas en la facultad y tienen contacto directo con los pacientes. Se propone una utilización prospectiva de situaciones clínicas conocidas/vividas por los alumnos. Para ello, cada alumno escoge una situación vivida personalmente en sus prácticas clínicas relacionada con algún aspecto ético que quiera comentar y elabora un documento de reflexión sobre la situación, aspectos éticos implicados y un comentario personal. El objetivo es profundizar en la dimensión ética de cuestiones surgidas en la práctica clínica.

Se realiza un informe escrito para cada caso seleccionado, mediante un modelo estructurado: resumen del caso, cuestiones éticas que se identifican, fuentes de información y/o documentación consultada, un comentario final y una reflexión personal sobre lo aprendido. Este documento refleja su proceso de aprendizaje (actitudes, conocimientos), tratando de integrarlo en el desarrollo de sus prácticas y actividades clínicas.

Antes de la realización de la actividad se realiza una sesión práctica con los alumnos en la que se exponen situaciones, reales o ficticias, que sirven de ejemplo para un comentario y una reflexión ética en común. En esta actividad en el aula se insiste en no abordar los casos desde una perspectiva únicamente crítica o negativa, sino en intentar recoger situaciones que sirvan como ejemplo de actitudes profesionales positivas.

Resultados

La experiencia se desarrolló durante cinco cursos consecutivos (desde el curso 2013/2014 al 2017/2018) en los que se han recopilado todos los casos elegidos

y comentados por los alumnos. En total se han estudiado 172 casos. Se han dividido en categorías en función del aspecto principal destacado (véase la tabla 1):

1. Autonomía: 56.
2. Responsabilidad profesional: 44.
3. Problemas con el tratamiento: 41.
4. Recursos sanitarios: 24.
5. Relaciones entre los profesionales: 19.
6. Confidencialidad: 17.
7. Relación clínica: 10.
8. Actitud positiva profesional: 1.

Resulta destacable el hecho de que solo en uno de los 172 casos analizados se resalta una actitud positiva profesional (buena capacidad de comunicación y actitud en la relación clínica).

Conclusiones

1. La realización de las prácticas posibilita la asimilación de los aspectos teóricos aprendidos y la elaboración de una reflexión personal.
2. Las prácticas constituyen una manera de evaluación formativa y de aprendizaje, implicando a todos los alumnos en la discusión del caso.
3. El número no muy elevado de alumnos posibilita la discusión de los casos y seguimiento real del proceso de aprendizaje de los estudiantes.
4. Los estudiantes valoran positivamente la realización de las prácticas debido a la aplicación real del conocimiento teórico que suponen.
5. Hay una tendencia general a resaltar defectos en vez de virtudes o valores.

Tabla 1. Resultados agrupados por categorías

Autonomía (56)	Falta de información (50)	Paternalismo. Ausencia de consentimiento (6)	Error diagnóstico (4)	Intrusismo (4)	Fallo del tratamiento (1)	Publicidad engañosa (1)
Responsabilidad profesional (44)	Mala praxis (17)	Tratamiento innecesario (10)	No actualización de los conocimientos. Incompetencia profesional (7)	Abandono. Mal seguimiento (5)		
Problemas con el tratamiento (41)	Desacuerdo. Negativa (21)	Rechazo (15)				
Recursos sanitarios (24)	Carencia de recursos económicos (23)	Falta de recursos profesionales (1)				
Relaciones interprofesionales (19)	Desacuerdo entre profesionales (18)	Críticas a otro profesional (1)				
Confidencialidad (17)						
Relación clínica (10)	Mala relación clínica (6)	Paciente difícil (3)	Falta de respeto al paciente (1)			
Aspectos positivos (1)	Buena información y actitud profesional (1)					

Bibliografía

Alcota M, Ruiz de Gauna P, González F. El profesionalismo en la formación odontológica. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2016. Vol. 28, N° 1 - segundo semestre.

Aws HA, Sulaiman T, Nadzirin AF. A Study of Decision-Making Strategies for Resolving Common Ethical Dilemmas Encountered by Clinical Dental Students. Journal of Dental and Oral Health. 2015. Vol. 1, 1: 1-8. Disponible en: www.scientonline.org.

Giménez N, Alcaraz J, Gavagnach M, Kazan R, Arévalo A, Rodríguez Carballeira. Profesionalismo: valores y competencias en formación sanitaria especializada. Revista de Calidad Asistencial, 2017; 32(4): 226-233.

León Correa F. Enseñar Bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. Acta Bioethica, 2008; 14 (1)11.

Moreto G, Bariani D, Pinheiro T, Altisent R, González-Blasco P. Una nueva metodología docente en Bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de Medicina en Brasil. Pers. Bioét. 2008. Vol. 12. Rev. n° 2 (31): 132-144.

Ruiz Moral R, Loayssa Lara JR. El portafolio de ética en la formación del médico de familia: argumentación teórica y ejemplificación práctica. Aten Primaria. 2007; 39(9): 491-4.

Sharp H, Kuthy R, Heller K. Ethical Dilemmas Reported by Fourth-Year Dental Students. Journal of Dental Education. 2005. Vol. 69, 10: 1116-1122.

Von Kretschmann-Ramírez R, Arenas-Massa Á. Enseñanza de bioética en la carrera de odontología. Reflexiones y prospectivas. Pers. Bioét. 2016; 20(2): 257-270. DOI: 10.5294/pebi.2016.20.2.10.

Evolución de la formación en Bioética de los residentes durante la etapa universitaria y sus temas de interés

Roser Font, Xavier Urquizu, Míriam Andújar, Carmen Galindo, Miquel del Río, Antonia Expósito y Salvador Quintana

Comité de Ética Asistencial (CEA) del Hospital Universitari Mútua de Terrassa (HUMT)

rfont@mutuaterrassa.es

Introducción

Desde hace 15 años, en el curso de bienvenida que se imparte a los residentes en los primeros días de incorporación al hospital, el Comité de Ética Asistencial interviene con una sesión ágil que pretende presentar el comité a los nuevos residentes y se ofrece a colaborar con ellos. Esta sesión empieza con una encuesta muy simple, consistente en unas pocas preguntas en que, aparte de los datos demográficos, se inquiera sobre la formación recibida en Bioética durante la carrera y se les invita a citar los temas relacionados que sean de su interés. En el año 2013 se publicaron unos resultados preliminares¹ y se llegó a las siguientes conclusiones: más de 1/3 de los residentes no habían estudiado Bioética durante su formación universitaria, y esta circunstancia era más frecuente entre los que habían estudiado en el Estado español que en los que habían estudiado en el extranjero. Con el paso del tiempo creímos adecuado repetir el análisis añadiendo la experiencia de 5 años, pues nos pareció que podía aportar una perspectiva enriquecedora. La sesión mencionada era el prelude de un conjunto de actividades formativas en forma de cursos en formato estándar y/o sesiones de presentación y discusión de casos, dedicados a los mencionados residentes durante su segundo año de residencia o posteriores. Ya en el Congreso de la Sociedad de Bioética Fundamental y Clínica

celebrado en Murcia en 2009 se presentó nuestra experiencia docente² (añadimos esta cita a pesar de que la web que citamos ya no funciona).

El objetivo de este trabajo es describir las tendencias respecto a la formación y temas de interés a lo largo del periodo mencionado.

Material y método

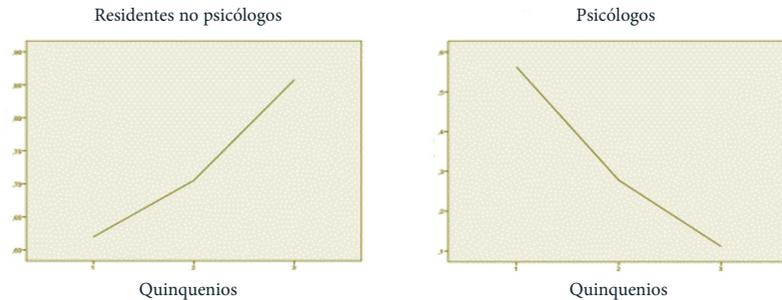
Estudio descriptivo a través de un cuestionario autocumplimentado desde el 2004 al 2018 (anexo 1). El periodo de 15 años se divide en tres quinquenios: 1º. 2004-2008, 2º. 2009-2013, 3º. 2014-2018. El colectivo de residentes está conformado mayoritariamente por médicos y en menor porcentaje por algunas especialidades de Enfermería y psicólogos. Los resultados se exponen de manera descriptiva y se ha llevado a término estadística bivariante con el test de la ji al cuadrado; significación estadística, $p < 0,05$. Se ha utilizado el programa SPSS v.19.

Resultado

Desde el año 2004 han respondido la encuesta 522 residentes, más del 95% de los que se han incorporado. La edad media de los participantes es de 27 años, (DE = 5), y 360 (69%) son mujeres.

Al dividir el periodo analizado en tres quinquenios observamos que la proporción de residentes que habían estudiado Bioética previamente ha pasado del 61,8% (primer quinquenio) al 82,4% (tercer quinquenio), a pesar de que los que procedían de facultades de Psicología han pasado del 60% al 10% (no llegan al 10% del total de residentes) (véase el gráfico 1). En los últimos años se han incorporado algunas especialidades de Enfermería y la totalidad ha estudiado Bioética durante la carrera universitaria. La proporción global mejora significativamente, $p = 0,001$. Los temas citados más frecuentemente han sido: eutanasia, aborto, consentimiento informado y confidencialidad.

Gráfico 1. Proporción de residentes que han estudiado Bioética



Conclusiones

Destacar el incremento a lo largo del tiempo de los residentes que han estudiado Bioética durante su periodo universitario, a excepción de los psicólogos. En el trabajo previo las conclusiones no eran las mismas. Esto nos permite observar un aumento en lo que a residentes médicos concierne y pensamos que es clave para una mejor medicina en el futuro. Respecto a la evolución que se observa en los residentes psicólogos creemos que sería necesario un replanteamiento del currículo de formación universitaria en las facultades de Psicología del Estado, pues resulta sorprendente que una materia que les ayudaría en su quehacer profesional y en la toma de decisiones no se ofrezca en la actualidad. Asimismo celebramos la reciente noticia leída en diversos periódicos en referencia a que un importante centro catalán ha incorporado la enseñanza de Bioética para sus residentes.³ Destacar, asimismo, que todos los residentes de Enfermería tienen en su currículo formación en Bioética, aunque representan un porcentaje pequeño los que realizan la residencia.

Los temas relacionados con la Bioética más citados en la encuesta han sido la eutanasia y el aborto; estos temas son los que más frecuentemente se nombran en los medios de comunicación. Creemos que la razón es que no han trabajado profesionalmente en un hospital en el momento de la encuesta. Posiblemente esta misma encuesta dos o tres años más tarde nos permitiría constatar que los residentes citarían otros temas más relacionados con la práctica diaria y con su propia especialidad.

Anexo

Encuesta:

Hace años que «pasamos» una encuesta a los residentes «médicos y otros profesionales sanitarios en formación», en un curso que el HUMT les ofrece de bienvenida. Las preguntas son muy simples y nos sirven para conocer los conocimientos e intereses de este colectivo y así adaptar lo que podemos ofrecerle. La encuesta es anónima y se guarda confidencialidad.

Rogamos que le dediques un breve tiempo.

Año _____ Centro _____

Edad _____ Sexo _____

Año fin de carrera:

Has estudiado Bioética _____

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

Escribe uno o más temas relacionados con la Bioética que te interesen:

1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____

Bibliografía

1. Quintana S, Font R. Formació en Bioètica dels Residents de 1er any en el moment d'incorporar-se a l'Hospital. Butlletí de Bioètica de Catalunya nº 11.
2. Font R, Saldalinas I, Giménez N, Quintana S. Cursos de Bioética para personal sanitario. Evolución de las puntuaciones recibidas y comparación con otros cursos. Congreso de la Sociedad de Bioética Fundamental y Clínica. Murcia 2009.
3. <https://www.lavanguardia.com/vida/20190212/46406985854/vall-dhe-bron-y-la-uoc-forman-a-145-residentes-en-comunicacion-y-bioetica.html> [citado febrero de 2019].

Bioética general

Bioprecariedad

Sonia Jimeno

Universitat de Barcelona

sonial03@yahoo.es

En la presente comunicación, presentaremos el concepto de patente y su impacto en la salud global que genera lo que he denominado «bioprecariedad», entendida como violencia estructural contra la vida por la imposibilidad de acceder a productos esenciales para la misma (tratamientos, dispositivos médicos, *kits* de diagnóstico, medicamentos, combustibles, semillas o alimentos) por los elevados precios de los productos patentados.

Una patente es un título que reconoce el derecho de explotar en exclusiva una invención, impidiendo a otros su fabricación, venta o utilización sin consentimiento del titular.¹ El principal atractivo de una patente es el *ius prohibendi* que proporciona a su titular el consiguiente monopolio durante los 20 años de vigencia de la patente desde la fecha de presentación. El contrato de patentes implica que el monopolio se ofrece a cambio de divulgar la invención. En ese tiempo, el titular no solo puede bloquear la entrada de la competencia en el mercado, sino también establecer el precio (en ocasiones, muy elevado) del producto patentado, siendo este un problema para la salud en el caso de los fármacos.

La Ley Española 24/2015 de 29 de julio, de Patentes² establece que no podrán considerarse invenciones:

- a) Los descubrimientos, las teorías científicas y los métodos matemáticos.
- b) Las obras literarias, artísticas o cualquier otra creación estética, así como las obras científicas.
- c) Los planes, reglas y métodos para el ejercicio de actividades intelectuales, para juegos o para actividades económico-comerciales, así como los programas de ordenadores.
- d) Las formas de presentar informaciones.

La diferencia existente entre descubrimiento e invención³ es especialmente importante. Una invención es un nuevo modo de resolver un problema técni-

co; un descubrimiento es simplemente algo encontrado que ya existe en la naturaleza, sin intervención técnica. Por ejemplo, el oro presente en la naturaleza o un gen presente en el cuerpo humano serían descubrimientos; en cambio, un procedimiento para extraer el oro de la naturaleza o para aislar un gen en el laboratorio serían invenciones.

Según la Ley Española 24/2015 de 29 de julio, de Patentes, también existen las siguientes excepciones a la patentabilidad:⁴

1. Las invenciones cuya explotación comercial sea contraria al orden público o a las buenas costumbres, sin que pueda considerarse como tal la explotación de una invención por el mero hecho de que esté prohibida por una disposición legal o reglamentaria. En particular, no se considerarán patentables en virtud de lo dispuesto en el párrafo anterior:
 - a) Los procedimientos de clonación de seres humanos.
 - b) Los procedimientos de modificación de la identidad genética germinal del ser humano.
 - c) Las utilizaciones de embriones humanos con fines industriales o comerciales.
 - d) Los procedimientos de modificación de la identidad genética de los animales que supongan para estos sufrimiento sin utilidad médica o veterinaria sustancial para el hombre o el animal, y los animales resultantes de tales procedimientos.
2. Las variedades vegetales y las razas animales. Serán, sin embargo, patentables las invenciones que tengan por objeto vegetales o animales si la viabilidad técnica de la invención no se limita a una variedad vegetal o a una raza animal determinada.
3. Los procedimientos esencialmente biológicos de obtención de vegetales o de animales. A estos efectos se considerarán esencialmente biológicos aquellos procedimientos que consistan íntegramente en fenómenos naturales como el cruce o la selección.
4. Los métodos de tratamiento quirúrgico o terapéutico del cuerpo humano o animal y los métodos de diagnóstico aplicados al cuerpo humano o animal.

5. El cuerpo humano en los diferentes estadios de su constitución y desarrollo, así como el simple descubrimiento de uno de sus elementos, incluida la secuencia total o parcial de un gen.

Sin embargo, un elemento aislado del cuerpo humano u obtenido mediante un procedimiento técnico, incluida la secuencia o la secuencia parcial de un gen, podrá considerarse una invención patentable aun en el caso de que la estructura de dicho elemento sea idéntica a la de un elemento natural. La aplicación industrial de una secuencia total o parcial de un gen deberá figurar explícitamente en la solicitud de patente.

6. Una mera secuencia de ácido desoxirribonucleico (ADN) sin indicación de función biológica alguna.⁵

Las patentes más controvertidas por su repercusión en la salud son las biotecnológicas («patentes de la vida») que están destinadas a proteger «material biológico», es decir, toda materia que contenga información genética y que sea autorreproducible o reproducible en un sistema biológico. Las nuevas tecnologías «patentables» no solo estarán destinadas a prevenir enfermedades, sino a «mejorar el ser humano» (*Human enhancement*), que es la base del movimiento conocido como «Transhumanismo». Se trata de un enfoque interdisciplinario destinado a comprender y sopesar las oportunidades de mejora del ser humano que ofrece el avance de la tecnología.⁶ Sus principales representantes son Nick Bostrom, David Pearce, Julian Savulescu y Allen Buchanan. Las patentes para la «mejora humana» pueden consistir en prevenir o erradicar una enfermedad, aumentar la inteligencia, insertar un chip en la memoria humana para ampliarla, imprimir piel o cartílago, etcétera.⁷ Pero no todo en la vida es la «mejora» sino la supervivencia. La vida es constitutivamente precaria, dado que el ser humano siempre tiene necesidad de su entorno para sobrevivir; la bioprecariedad ahonda, si cabe, todavía más en esa debilidad, siendo la biotecnología la principal causante de la misma.

En las patentes convergen cuatro tipos de problemas: los jurídicos, los biopolíticos, los éticos y los económicos. Los problemas jurídicos radican en la dicotomía legalidad (bioderecho)/legitimidad (bioética). Las patentes son instrumentos legales, pero no siempre legítimos. La primera cuestión que debemos abordar es qué es patentable, es decir, legalmente es posible

patentar un gen si definimos su aplicación industrial, pero no siempre es éticamente aceptable ni sanitariamente soportable.⁸ Es obvio que no es lo mismo patentar un gen o una bacteria, que una cápsula de café, un motor o una cremallera, aunque los requisitos legales sean los mismos para todo tipo de patentes.

Los problemas biopolíticos se basan en el concepto de biopoder foucaultiano definido como el poder sobre la vida. Las patentes son una «estrategia» económica de los principales *stakeholders* internacionales (multinacionales) que controlan la salud con los elevados precios de sus fármacos. Esto conlleva a una confrontación entre el derecho a la salud y el derecho a la propiedad, ambos reconocidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (artículos 17 y 25).⁹

Los problemas éticos se derivan de estos dos pares de dicotomías: legitimidad/legalidad, derecho a la salud/derecho a la propiedad. La primera alude a la necesidad de establecer límites éticos a la patentabilidad para evitar la «puesta en venta» de la vida. Antes de conceder una patente (especialmente biotecnológica), sería necesario realizar un examen técnico para comprobar la aportación técnica de la invención y un examen ético para valorar su impacto en la salud. La legislación o mejor dicho, la «bio» legislación (el bioderecho) deberá legislar acerca de temas tan espinosos como las patentes de partes separadas del cuerpo humano, ya sean órganos, tejidos o células.¹⁰ Si las partes separadas del cuerpo pueden ser «cosas» susceptibles de apropiación privada, es lícito plantearse, si, además, pueden ser objeto de tráfico mercantil. Es necesario, pues, definir el estatuto jurídico de las partes separadas del cuerpo humano. Una posibilidad sería, según el jurista Luigi Ferrajoli, considerarlas una especie de «bienes personalísimos» definidos como bienes de carácter natural y privativo, al «pertener» únicamente a cada persona (de acuerdo con un tipo de pertenencia que se parecería más al modo en que se dice que «me pertenece» un derecho fundamental o «me pertenece» mi cuerpo, y no al modo en que se dice que «me pertenecen» las cosas que poseo como propietario).¹¹

La segunda dicotomía alude a la «priorización de los derechos». En los derechos no existe jerarquía, pero en el Artículo 33 de la Constitución Española, se reconoce el derecho a la propiedad y su función social: Artículo 33. (3)

Nadie podrá ser privado de sus bienes y derechos sino por causa justificada de utilidad pública o interés social, mediante la correspondiente indemnización y de conformidad con lo dispuesto por las leyes.¹² El derecho a la propiedad no es un derecho que se pueda ejercer con libertad absoluta, sino que encuentra sus límites constitucionales en la función social. Esta «función social» podría ser una herramienta para evitar la concesión de patentes legales pero no legítimas.

Los problemas económicos están relacionados con la transformación de la ciencia en negocio. La vertiente económica de la ciencia está marcada por la contraposición entre los intereses económicos y los intereses científicos. Las leyes del mercado promueven las líneas de investigación rentables y no así las emergencias sanitarias.

Todos estos problemas están en el origen de la bioprecariedad que afecta tanto a los países ricos como a los países pobres. Para paliar sus efectos se podría redefinir el principio de precaución de Hans Jonas, como *in dubio, pro vulnerable*. Es decir, ante la duda, no se deberían conceder patentes que generen bioprecariedad, desigualdad y por ende, infelicidad.

Notas

1. OEPM. www.oepm.es.
2. España. Ley Española 24/2015 de 29 de julio, de Patentes, [Internet], Boletín Oficial del Estado, 25 de julio de 2015, núm. 177. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8328>.
3. Dopazo P. Protección jurídica de las invenciones biotecnológicas en el derecho español (Ley 24/2015, de 24 de julio, de Patentes, en vigor el 1 de abril de 2017). [Internet]. Disponible en: http://www.actualidadjuridica-ambiental.com/wp-content/uploads/2017/02/2017_03_01_Dopazo_Biotecnologia-Patentes.pdf.
4. Ídem.
5. España. Ley Española 24/2015 de 29 de julio, de Patentes, [Internet], Boletín Oficial del Estado, 25 de julio de 2015, núm. 177. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8328>.
6. Bostrom N. Transhumanist values. [Internet]. Disponible en: <https://nickbostrom.com/ethics/values.html>.
7. Brey A, Mayos G. Conferència: futur de coneixement o d'ignorància, Festival de Filosofia, Barcelona pensa. 21 de noviembre de 2015.
8. Los sistemas de salud pública no pueden pagar, en ocasiones, los elevados precios de determinados fármacos. Destacan los casos de los medicamentos huérfanos, las enfermedades raras (<https://www.eurordis.org/es/medicamentos-huerfanos>) y de las enfermedades olvidadas.
9. ONU. Declaración Universal de Derechos humanos. [Internet]. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml.
10. Garcia Manrique R. La propiedad sobre las partes separadas del cuerpo: un test para el enfoque propietario. [Internet]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000200005.
11. Ídem.
12. Constitución Española. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>.

Cuidados con compasión. Página web

María-Inés Carmona,^a Olivia Ibáñez,^b María Dolores Ruiz,^c Rocío Ortiz,^d Ángela-María Ortega^e y Máximo-Juan Sánchez^f

*a. Enfermera gestora de casos. ZBS Santa Fé. Distrito metropolitano de Granada
inesrega@yahoo.es*

b. Enfermera del Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. Docente del departamento de Enfermería. Universidad de Huelva

c. Docente. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería

d. Docente. Universidad de Almería

e. Docente. Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva

f. Enfermero gestor de casos. ZBS Armilla. Distrito metropolitano de Granada

Resumen

La humanización de la asistencia significa centrar nuestra atención en la relación humana. La persona y su dignidad como prioridad máxima, contemplando todas sus dimensiones, física, psíquica, social y espiritual.

Cuidados con compasión es una página web creada de forma innovadora por un equipo de profesionales del ámbito de la salud que conformamos el Grupo de Investigación de Bioética y Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Nuestra misión principal consiste en mostrar la importancia de los valores éticos y de humanización de los cuidados que se ofrece a la población por parte del colectivo de Enfermería y de otros profesionales sanitarios.

Pretendemos ser referentes en investigación en aspectos claves como son la humanización en cuidados y los cuidados al final de la vida y los dilemas éticos que se pueden presentar en la asistencia sanitaria.

Nuestras principales líneas de trabajo e investigación son:

- Atención integral en los cuidados al final de la vida.
- Dilemas éticos al final de la vida.
- Cuidados paliativos.
- La Bioética aplicada a los cuidados en el sistema sanitario.
- *Burnout* y aspectos relacionados con la calidad de vida de la atención ofrecida por los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Compasión, autocompasión y fatiga por compasión en los profesionales sanitarios.
- Humanización de cuidados.

La página es útil tanto para profesionales como para estudiantes. En ella se pueden encontrar recursos y herramientas para el estudio y prevención de la fatiga por compasión, además de todas las publicaciones de este grupo investigador. Hay un apartado de noticias relacionadas con los cuidados, la Bioética, la compasión, etcétera. También dispone de un blog donde colgar experiencias en aspectos relacionados con los cuidados y la humanización en el ámbito sanitario y finalmente un apartado para contactar con nosotros y aportar sugerencias.

La dirección de la página es <http://www.cuidadoscompasion.es> y el correo electrónico info@cuidadoscompasion.es.

Palabras clave: cuidados, humanización, Bioética.

Comunicación

En la actividad asistencial desarrollada por los profesionales de Enfermería se viven con mayor frecuencia conflictos éticos derivados, por una parte, del gran desarrollo tecnológico y por otra parte, del empoderamiento cada vez mayor de los enfermos en el uso de su autonomía. El proceso de información al final de la vida, la conspiración de silencio, la futilidad de algunas intervenciones, la distansia o encarnizamiento terapéutico son algunas de las cuestiones que desde la Bioética se ha intentado dar respuesta. También desde la

Ética de Mínimos se ha desarrollado todo un marco normativo que intenta dar directrices a los profesionales y garantías a los usuarios o pacientes en su proceso de salud/enfermedad.

En España y en cada comunidad autónoma se han promulgado leyes al respecto: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica;¹ Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada,² y Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.³

Cuando en Andalucía se publicó la ley de derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de la muerte (Ley 2/2010, 8 de abril) pensamos que esta ley supondría un gran avance en la concienciación y sensibilización en todos los temas sobre ética y humanización en la asistencia sanitaria. Después de estos ocho años de vigencia de la ley en la comunidad autónoma andaluza podemos afirmar que su promulgación no ha sido suficiente para mejorar significativamente la atención sanitaria en todas estas cuestiones antes planteadas. No ha tenido todo el desarrollo esperado y no ha impregnado en la medida que se esperaba a los profesionales.

En el grupo de humanización de los cuidados al que pertenezco reflexionamos y pensamos que la Ética de Mínimos no determina el cambio en la asistencia sanitaria ni en los profesionales de la salud. Por eso, creemos que desde las instituciones se debe invertir en el desarrollo y el fomento de «la Ética de la Virtud»; que quizás fuera ya el momento de pasar de la Ética del Deber a la Ética de la Virtud.

La Ética de la Virtud es de la que ya hablaban David Thomas y Edmund Pellegrino. No son las leyes y los decretos lo que nos hace mirar al «**ser humano**» que atendemos en nuestra actividad profesional, **aceptar su proyecto de vida o respetar su dignidad**. Tampoco son las leyes y los decretos los que nos hacen desarrollar las cualidades internas que todos poseemos. Concretamente, **la virtud de la compasión. La compasión como respuesta humana al sufrimiento del otro y que nos moviliza a la acción para aliviar el sufrimiento**.

Somos un grupo de profesionales de la Enfermería y el Trabajo Social. Estamos convencidos de la necesidad de incluir en los currículos profesionales tanto

en el ámbito del pregrado como el postgrado el desarrollo de las virtudes morales, enseñando a los profesionales no solo conocimientos y destrezas, sino además virtudes como la compasión. Llevamos 10 años en esta trayectoria. Nuestro trabajo se desarrolla fundamentalmente en investigación, docencia, publicaciones y pertenencia a Comités de Ética tanto asistenciales como de investigación.

La página web de **cuidados con compasión** es un instrumento pedagógico creado por este grupo investigador del Servicio Andaluz de Salud. Nuestros objetivos generales a la hora de crear esta página web son:

1. **Transmitir** motivación hacia los temas relacionados con la humanización de la asistencia. Transmitir motivación e inquietud hacia todos los temas relacionados con la Bioética:
 - Conflictos éticos al inicio de la vida.
 - Conflictos éticos al final de la vida.
 - Conflictos éticos en la asistencia sanitaria.
 - Todo lo relacionado con la intimidad de las personas en la asistencia sanitaria: intimidad de su cuerpo, intimidad de todo lo referente a su salud/enfermedad.
 - Problemas relacionados con la información y la confidencialidad de esa información.
2. Pretendemos **mostrar** la evidencia científica en todo lo referente a temas de Bioética, humanización, cuidados y cultivo de las virtudes. Se muestran de forma actualizada todas las publicaciones relacionadas con estos temas, tanto en artículos, como en libros. Especialmente sobre el cultivo de la compasión, por ser esta una de las virtudes cardinales. Cultivar la compasión es posible y deseable. Detectar a tiempo **la fatiga por compasión** es algo que dará calidad de vida y calidad de trabajo al profesional.
3. Queremos **dotar** de recursos a los profesionales sanitarios para crecer profesionalmente, crecer en virtudes. Por ello esta página web está dirigida a profesionales y estudiantes del ámbito sanitario y busca ser una herramienta que favorezca su calidad de vida. Consideramos que un cuidado humanizado y compasivo ayuda a cuidar a los profesionales de la salud y por extensión a cuidar de nuestra sociedad.

Cuidados con compasión es una página interactiva y dinámica que permite a los profesionales participar e interaccionar. Presenta herramientas para el diagnóstico de la fatiga por compasión como el Test Pro-Qol y recursos para la prevención. También presenta los estudios más relevantes sobre la compasión y el cultivo de la compasión.

En la página también hay un apartado para las publicaciones de nuestro grupo y otro para noticias de interés.

Una de las partes más interesantes es un espacio para escribir y narrar «tu experiencia». En este espacio tanto profesionales como estudiantes pueden volcar sus experiencias y compartir las vivencias sobre la humanización de la asistencia y los cuidados.

Y finalmente, el apartado de contacto muestra la dirección de la página <http://www.cuidadoscompasion.es> y el correo electrónico info@cuidadoscompasion.es.

Esta página forma parte de un proyecto subvencionado por la consejería de Salud de la Junta de Andalucía PROYECTO AP-0100-2016, «Evaluación del *Burnout* y Fatiga por Compasión entre los profesionales de Enfermería del Sistema Sanitario Público de Andalucía».

Notas

1. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>.
2. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21191-consolidado.pdf>.
3. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/88/1>.

Derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y en el parto

Marta Busquets

Licenciada y Máster en Derecho (ESADE), Máster en Género, Mujeres y Ciudadanía (UB, iiEDG), doctoranda en Género (URV, iiEDG)

la.busquets@gmail.com

Introducción

En la presente investigación se examinan la configuración y aplicación práctica de los derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y en el parto en España. Se parte del problema de que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son a menudo cuestionados y vulnerados, en particular durante el embarazo y el parto, tal y como se ha puesto de manifiesto por parte de organizaciones de usuarias, autoridades médicas y reconocido desde organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud (2014) o las Naciones Unidas.

Epistemología, metodología, análisis

El trabajo parte de epistemologías feministas, haciendo uso de metodología cualitativa e incorpora un análisis feminista del Derecho. Principalmente se establece un marco legal a partir de la normativa vigente y la jurisprudencia aplicable. Posteriormente se incorporan análisis y discursos doctrinales y académicos, así como encuestas a mujeres y profesionales de la sanidad. Por último, se analizan tres casos de repercusión mediática en los que entraron en conflicto directo el criterio clínico de profesionales sanitarios y la autonomía de la mujer.

Marco legal

En términos muy generales, el marco legal aplicable en España viene determinado principalmente por la Constitución Española de 1978 y en particular por la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre.

A nivel europeo disponemos de la Carta Europea de Derechos del Paciente del año 2002 y a nivel internacional, del Convenio de Oviedo de 1997, así como del Convenio para la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra las Mujeres (CEDAW) de 1979 y su Recomendación General nº 24 referida a Mujer y Salud.

A grandes rasgos, la normativa anterior establece que en el ámbito sanitario, para llevar a cabo cualquier tipo de intervención o actuación sobre una persona, se requiere de su consentimiento. Para ello la persona debe haber sido previamente informada de los motivos de dicha intervención o actuación, de sus potenciales riesgos y beneficios, así como de sus alternativas, incluyendo la alternativa de no hacer nada.

Excepciones a lo anterior serían la existencia de riesgo para la salud pública legalmente establecida, el riesgo inmediato grave para la salud de la persona sin ser posible recabar su consentimiento ni el de sus familiares y, por último, que la persona sea incapaz.

La situación de estar embarazada o de parto no supone una limitación ni excepción a los derechos de autonomía y consentimiento informado. De hecho, sucede lo contrario: son momentos de especial protección, de acuerdo con la Recomendación nº 24 Mujer y Salud de las Naciones Unidas así como con el mandato del Consejo de Europa (2017), entre otros.

Problemas

Los problemas que podemos encontrar para el pleno ejercicio de los derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y en el parto son múltiples y de distinta procedencia.

En primer lugar, los derechos de autonomía y consentimiento informado tienen carácter androcéntrico, en la medida en que la regulación está pensada para un cuerpo masculino, que valora y consiente intervenciones de las cuales es el destinatario final y cuyos potenciales beneficios y riesgos le aplican de forma directa.

En cambio, en el embarazo y en el parto, las mujeres se encuentran en la situación de aceptar o rechazar intervenciones aún no siendo las destinatarias finales de las mismas y soportando riesgos potenciales para su propia salud (Busquets Gallego, 2017).

En particular, el ámbito obstétrico es el único donde no se acepta la posibilidad de la figura de paciente experta y en cuyos textos se utilizan eufemismos para referirse a los derechos de autonomía y consentimiento informado de las mujeres, tales como «preferencias» (Fernández Guillén, 2018).

En segundo lugar, existe un sesgo de género e ideológico, presente tanto en la sociedad en general, como en los profesionales de la sanidad (Valls Llobet, 2016). Lo anterior se traduce en la infravalorización de las mujeres y sus capacidades para tomar decisiones informadas, en la medicalización de sus cuerpos y procesos fisiológicos o en la patologización obstétrica, entre otros.

En los países donde profesionales de la sanidad se autodefinen ideológicamente como pro-vida^a son más altas las probabilidades de vulneraciones que en aquellos que se definen pro autonomía de las mujeres (Cuttini et al, 2006).

Además, incorporando las teorías interseccionales, diferentes estudios han puesto de manifiesto que existen más probabilidades de vulneraciones en caso de ser inmigrante, madre soltera o no hablar el idioma, entre otros (por ejemplo, Samuels et al, 2007).

Por último, existe una tendencia a interpretar las discrepancias entre las recomendaciones profesionales obstétricas y las decisiones de las mujeres en términos absolutos de conflicto entre los intereses de las madres y sus bebés (Marsico, 2003).

a. Pro-vida del feto.

Encuestas

Además de la encuesta elaborada expresamente para el presente trabajo, se incluyen la encuesta oficial PLAENSA llevada a cabo por el Calsalut para el año 2016 en relación con embarazo, parto y puerperio y la encuesta incorporada en el Informe anual del Observatorio de la Violencia Obstétrica del año 2016. Todas ellas muestran disfunciones y vulneraciones significativas a los derechos de autonomía y consentimiento informado de las mujeres embarazadas o de parto.

La investigación incorpora una encuesta realizada a profesionales de la sanidad del ámbito obstétrico, que pone de manifiesto la presencia de creencias o formas de actuar no compatibles con la regulación legal de los derechos de autonomía y consentimiento informado. Las respuestas muestran variaciones dependiendo de la profesión concreta y del ámbito del ejercicio profesional (hospitalario o domiciliario).

Análisis de casos

Se analizan el caso de Alessandra Pachieri en Reino Unido el año 2012, el caso de Rosa en Cataluña, España el año 2016 y el caso Health Service Executive contra Ms. B y el Bebé B en Irlanda el año 2016.

Todos ellos son casos en los que existió un conflicto en términos de autonomía y consentimiento informado de las madres. Se analizan el contexto y circunstancias concretas de cada caso así como su resolución y motivación jurídicas.

Resultados y conclusiones

Existen sesgos de género en la atención obstétrica que provocan disfunciones en la aplicación de la legalidad vigente en relación con la autonomía y el consentimiento informado. El resultado de lo anterior son vulneraciones de

nuestros derechos humanos fundamentales así como los de nuestras criaturas, lo cual es, en definitiva, una forma de violencia. De acuerdo con lo anterior cabría reflexionar sobre cómo los estereotipos de género influyen la atención obstétrica y aplicación durante la misma de la legalidad vigente. Lo anterior conlleva también a plantearse qué supone a efectos prácticos este problema para las mujeres y sus criaturas y cómo podemos construir alternativas más respetuosas con sus derechos.

Bibliografía

- Bodelón E. Derecho y Justicia no androcéntricos. *Quaderns de Psicologia*. 2010: 183-193.
- Carril X. Los derechos de la mujer a la libre elección de las circunstancias del parto. Barcelona: Ed. Atelier; 2017.
- Busquets M. Los derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y el parto. Trabajo Final de Máster. Universitat de Barcelona. 2017.
- Casado M. ¿Por qué Bioética y Derecho? *Acta Bioethica*. 2002; 8.
- Cuttini M, et al. Patient refusal of emergency cesarean delivery: A study of obstetricians attitudes in Europe. *Obstetrics & Gynecology*. 2006. p. 1121-1129.
- Consejo de Europa. Women's sexual and reproductive health and rights in Europe. 2017.
- Ehrenreich B, English D. Por tu propio bien: 150 años de consejos expertos a mujeres. Madrid: Capitán Swing Libros; 2010.
- Fachi A. Pensamiento feminista sobre el Derecho: un recorrido desde Carol Gilligan a Tove Stang Dahl. *Academia: revista sobre enseñanza del derecho de Buenos Aires*. 2005. p. 27-47.
- Fernández F. ¿Existe algo que pueda llamarse «violencia obstétrica»? En: Boladeras M, Goberna J, coordinadoras. El concepto «violencia obstétrica», Tecnos; 2018. p. 105-114.

- Foucault M. El nacimiento de la clínica. 3ª ed. Madrid: Editores siglo veintiuno; 2015.
- Foucault M. La verdad y las formas jurídicas. Barcelona: Editorial Gedisa, 5ª edición. 2017.
- Lykke N. Feminist Studies: A Guide to Intersectional Theory, Methodology and Writing. Nueva York: Routledge; 2010.
- Marsico G. Bioética: voces de mujeres. Madrid: Ed. Narcea; 2003.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud; 2014.
- Reynal E. Consentimiento informado y responsabilidad en el ámbito sanitario. Pamplona: Ed. Aranzadi; 2017.
- Samuels T-A, et al. Obstetricians, health attorneys and court-ordered cesarean sections. *Women's Health Issues*. 2007; p. 107-111.
- Sanz N. Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria: responsabilidades civiles y penales. España: Editorial Comares. (coord.); 2012.
- Tarodo S. Libertad de conciencia y derechos del usuario de los servicios sanitarios. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco; 2005.
- Valls C. Mujeres, salud y poder. 4ª ed. Madrid: Ediciones Cátedra; 2016.

La terminología como base para el aprendizaje de la Bioética

Marta Sabater^a y Josep-Maria Busquets^b

a. *TERMCAT, Centre de Terminologia*
msabater@termcat.cat

b. *Departament de Salut, Unitat de Bioètica*
josepmaria.busquets@gencat.cat

Introducción

La terminología de un ámbito constituye la puerta de entrada al conocimiento especializado, por lo que conocer el conjunto de términos de una especialidad, los mecanismos de formación de estos términos, los conceptos a que hacen referencia y las relaciones que se establecen entre ellos es clave en el aprendizaje de cualquier disciplina.

En el ámbito de la Bioética, el dominio de la terminología puede ser especialmente dificultoso, por el hecho que los términos utilizados proceden de diferentes disciplinas, como la Filosofía (*agente moral, contractualismo, deducción*, etc.), la Biología (*célula madre, genotipo, embrión*), la atención sanitaria (*consentimiento, paternalismo*, etc.), la Medicina (*coma, trasplante, reproducción asistida*, etc.), la Investigación (*ensayo clínico, sesgo*, etc.), el Derecho (*capacidad legal, tutela*, etc.) o la Economía (*análisis de coste-beneficio, copago, eficiencia*, etc.); también porque se usan términos con una larga historia y evolución (dignidad, deontología, código de ética) que no siempre se han interpretado de la misma manera, y, finalmente, debido al uso de los términos desde perspectivas morales o escuelas de pensamiento diversas (*muerte digna, biopolítica*, etc.).

Por este motivo y en este contexto, se ha visto la necesidad de elaborar un diccionario terminológico de Bioética con las definiciones más ampliamente aceptadas y, complementariamente, con información sobre la evolución de los conceptos, las posibles divergencias conceptuales o los distintos matices de significado.

Metodología

El Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, el TERMCAT (Centro de Terminología dependiente de la Generalitat de Catalunya) y el Comitè de Bioètica de Catalunya han colaborado en la elaboración del *Diccionari de Bioètica*, siguiendo la metodología habitual de elaboración de diccionarios terminológicos (TERMCAT, 2010):

- Fase 1. Definición del proyecto: diccionario especializado con términos y definiciones en catalán y equivalentes en español e inglés.
- Fase 2. Definición de la estructura conceptual del diccionario: conceptos generales; derechos y deberes; atención sanitaria; reproducción; final de la vida; células, tejidos y órganos; genética; investigación; salud mental; salud pública y ecoética.
- Fase 3. Selección de la nomenclatura del diccionario (siguiendo la estructura conceptual), a partir de la extracción de términos documentados en textos de referencia y teniendo en cuenta también la propuesta de términos por parte de los expertos del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Fase 4. Compleción de los artículos terminológicos con equivalentes y redacción de definiciones, a partir de diccionarios de referencia, generales o específicos del ámbito de la Bioética y textos especializados.
- Fase 5. Revisión temática, por parte de un experto, de cada grupo de términos clasificados dentro de una misma área temática.
- Fase 6. Normalización terminológica, consistente en la aprobación por parte del Consejo Supervisor, el órgano competente en materia de normalización terminológica en catalán, de los términos catalanes por los que no existe una denominación claramente fijada.

La particularidad de este proyecto es que ha incorporado dos fases adicionales de validación de los términos y del contenido de los artículos terminológicos:

- Fase 7. Segunda revisión temática, realizada por una comisión de ocho expertos propuestos por el Comitè de Bioètica de Catalunya, coordinada por el TERMCAT, con el objetivo principal de buscar el máximo consenso en las definiciones y en la información de las notas complementarias.

- Fase 8. Aprobación final del contenido del diccionario por parte del Comitè de Bioètica de Catalunya, como obra de consenso y con carácter institucional.

Resultados

El resultado es un diccionario especializado con un total de 694 términos usados en el ámbito de la Bioética. Cada artículo terminológico contiene denominaciones en catalán, equivalentes en español e inglés, definiciones en catalán ampliamente consensuadas y, en más de la mitad de las entradas, notas con información adicional sobre el uso o el significado de los términos.

Los objetivos del *Diccionari de Bioètica*, que se publicará en la primavera de 2019 en formato electrónico y en papel, son, por un lado, resolver dudas de tipo lingüístico a los usuarios y, por el otro, contribuir al aprendizaje de la Bioética.

En relación con el primer objetivo, el diccionario ofrecerá las denominaciones catalanas más adecuadas, desde un punto de vista lingüístico y también semántico, para designar los distintos términos especializados, como *principisme* (y no **principalisme*) o *edatisme* (y no **ageisme*); el diccionario también propondrá denominaciones neutras que sustituyan términos con connotaciones negativas, como *germà seleccionat genèticament* («hermano seleccionado genéticamente», para *bebé medicamento*) o *gestant per substitució* («gestante por sustitución», para *madre de alquiler*), y, finalmente, ofrecerá alternativas catalanas para conceptos conocidos generalmente con anglicismos, como *promoció de malalties* («promoción de enfermedades», para *disease mongering*) o *prova genètica de portadors* («prueba genética de portadores», para *carrier test*). Asimismo, el diccionario permitirá conocer los términos españoles y/o ingleses a partir de los términos catalanes, o viceversa.

En relación con el segundo objetivo, el diccionario aportará una aclaración sobre el significado que debe darse a los términos utilizados en el debate bioético y sobre su uso apropiado en contextos prácticos, y aportará información enciclopédica sobre los términos, de base ética, legal o histórica. La versión en línea del diccionario, además, permitirá un acceso temático a las entradas del

diccionario para poder conocer los principales términos de los distintos subámbitos implicados en el debate bioético.

En definitiva, se espera que el *Diccionari de Bioètica* permita el acceso y el conocimiento de los principales términos utilizados en el ámbito y constituya una herramienta de consulta básica para el aprendizaje de la Bioética, tanto para estudiantes como para profesionales de la salud.

Bibliografía

Comitè de Bioètica de Catalunya. Documents: Índex temàtic [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Comitè de Bioètica de Catalunya; 2018.

Macer DRJ. UNESCO/IUBS/EUBIOS bioethics dictionary [Internet]. Bangkok: Eubios Ethics Institute, 2005. Disponible en: <http://eubios.info/biodict.htm> [citado diciembre de 2018].

Naragon S. Bioethics glossary [Internet]. Manchester: Manchester University; 2012. Disponible en: <http://users.manchester.edu/Facstaff/SSNaragon/Online/235-J12/BioethicsGlossary.html> [citado diciembre de 2018].

Post SG. (ed.). *Encyclopedia of bioethics* [Internet]. 3ª ed. Nueva York: Macmillan Reference, cop; 2004.

Termcat, Centre de Terminologia. *El diccionari terminològic*. Vic: Eumo Editorial; Barcelona: Termcat, Centre de Terminologia, 2010. 319 p. (En Primer Terme; 9. Criteris i Mètodes).

Thesaurus Ethics in the Life Sciences [Internet]. 8th ed. Bonn: Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2012. Disponible en: http://www.drze.de/bioethics-thesaurus?set_language=en [citado diciembre de 2018].

Tomás G, Manero E. *Diccionario de bioética para estudiantes*. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2008. p. 334 (Acción Social).

Código Ético, tener o no tener

Montserrat Espuga,^a Carmen María Prieto,^a
Carme Batalla,^a Maria Estrella Barceló,^a
Marcel Cano,^b Maria Antònia Camps,^a
Mercè Carranza,^a Rosa Maria Carrasco,^a
Margarita Currubí,^a Esmeralda Martínez,^a
Montserrat Martínez,^a Isabel Minguella,^a
Lluïsa Ortega,^a Roser Quinta,^a Jordi Xandri^a
y Engràcia Soler^a

a. *Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (ICS)*
mespuga.bcn.ics@gencat.cat

b. *Universitat de Barcelona. Facultat de Filosofia*

Palabras clave: Código Ético, Atención Primaria de Salud.

Para iniciar este pequeño relato sobre la cuestión, «Código Ético, tener o no tener» me gustaría recordar la frase de José Félix Lozano:

«Siempre hay valores en juego y más vale tenerlos claros y haber optado libremente por ellos.»

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) propiciada por los actos de investigación sobre el nazismo y el Juicio de Nuremberg, estos se han ido transformando y creciendo y ahora nos encontramos, desde hace algún tiempo, con la Bioética, es decir la Ética aplicada a la salud, contemplada esta última de manera holística en todos los aspectos sanitarios, sociales y culturales que afectan a la vida de las personas.

El gran dilema al que se enfrenta desde hace un tiempo la Bioética es la discrepancia entre los avances científicos que aparecen a una velocidad vertiginosa y

aquello que como personas, humanos, científicos y cualquier apelativo que nos defina podamos o queramos aceptar (clonaciones, úteros artificiales, criaturas elegidas antes de nacer, etc.) y no todo tiene una única solución ni esta es fácil.

Tras la Declaración de Beauchamp y Childress (1979) que asienta los principios que rigen todavía esta disciplina, modificados por las declaraciones y convenciones posteriores que han ido modelándolos, nos encontramos con un marco donde tenemos la Ética Casuística, en la que las creencias y situación de las personas implicadas (ciudadanos, sanitarios, etcétera) y unida a las nuevas corrientes de la Ética Narrativa, hacen bajar todos estos dilemas a las consultas de Atención Primaria y Hospitalaria en el día a día. La Ética Aplicada vive un momento de gran complejidad pero esta complejidad debe ser entendida como un gran reto para todos nosotros, no como una dificultad insalvable.

El Institut Català de la Salut (ICS) como institución que presta servicio sanitario a la Generalitat de Catalunya para la mayoría de la población, no ha permanecido indiferente ante esta situación.

En 2011, se editó el Código Ético (CE) del ICS elaborado por un grupo de expertos multidisciplinar y abriendo un foro donde cualquier profesional o ciudadano pudiera aportar su visión y hacer comentarios y seguimiento. En el año 2017 se revisó el Código con la misma metodología participativa, editándose en un formato más visual y fácil de leer para hacerlo accesible no solo a los profesionales sino a toda la ciudadanía. A finales de 2018, el Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria del ICS, organizó una jornada de presentación en el Hospital de Bellvitge con más de 100 asistentes de todo el territorio catalán. Por todo ello, el Código es una hoja de ruta para todos los que participamos en esta gran tarea que es velar por la salud de nuestros conciudadanos.

En esta jornada, participaron expertos en Códigos Éticos y Bioética y, además, seis personas no vinculadas con la revisión ni con el Comité de Ética Asistencial (CEA) que pertenecían a diferentes ámbitos asistenciales del ICS y eran externos a la institución. Se les invitó a explicar la importancia de los valores del CE desde su perspectiva y su vivencia en el contexto asistencial.

Según la profesora Núria Terribas, experta en el trabajo con diferentes Códigos Éticos, estos deben cumplir ciertos requisitos:

- Ser una guía de conducta para todas las personas de la institución y todos aquellos que interactúan con ella (proveedores, ciudadanos...).
- Ser coherente con la misión, visión y valores de la institución.
- Ser participativo en su génesis, en las revisiones, críticas e incidencias.
- Deber servir de ayuda, tener soporte activo.
- Ser claro, breve y válido para todos.
- Ser conocido y asumido por todos los que participan.

Los valores presentes en el Código y valorados como principales son:

1. Competencia. Entendida como la responsabilidad en la mejora del trabajo diario y su adecuación a las técnicas y conocimientos que van surgiendo ponderando los riesgos, entre otros elementos, en la seguridad en el trabajo y en la toma de decisiones personales para los trabajadores, para los equipos y para los pacientes. Esto es tarea de todos pero especialmente de las direcciones y de los profesionales de manera individual.
2. Transparencia. Hacer que se conozcan los datos con los que se inician los proyectos para que se pueda hacer un seguimiento, tanto a nivel de los equipos como de los usuarios.
3. Equidad. Entendida como un trato igualitario y un reparto de los gastos que sea cuidadoso con las necesidades de todos y cada uno de los pacientes. Hay una equidad práctica, con flexibilidad y con alianzas. Hay que recordar a todos que los recursos son limitados y que además de las personas nos relacionamos con el medio ambiente y debemos ser respetuosos con él, pues generamos bastantes agresiones hacia este con tecnologías y medicaciones.
4. Innovación. Muy ligada a la competencia la definiríamos como la búsqueda constante de la mejora en la calidad asistencial. Para que la innovación avance, es necesario también que la ciudadanía colabore, asumiendo sus responsabilidades en este campo, los cambios generados por las nuevas tecnologías y los nuevos conocimientos.
5. Compromiso. Tiene que ver con la confianza en la institución, con la capacidad de recibir esta confianza y darla. Sin confianza entre las partes del proceso asistencial, este es imposible, ya que muchas veces el terreno

en que se toman las decisiones clínicas en todo su alcance, es incierto y así se debe conocer y respetar.

6. Participación. Implica involucrarse, preguntarse cada uno qué puede aportar desde sus capacidades. Es muy importante reconocer la vulnerabilidad humana en el momento en que entra en el proceso sanitario sin olvidar que la participación puede estar generada por el resto de sus condiciones vitales y que estas pueden dificultar o sesgar dicha participación. Está bien evidenciado que los trabajos en grupo siempre son mejores que los individuales.

El Código Ético (CE) del ICS nació y continúa con la voluntad firme de ser una guía de conducta de la institución para todas las personas que interactúan con ella, en coherencia con los valores que la definen. No pretende dar pautas de comportamiento sino definir los valores y principios que deben inspirar este comportamiento.

El CE debe ser participativo en la génesis y en la aplicación, en la evaluación y en la revisión.

El CE debe aportar sentido y ayudar a actuar mejor, ser válido para todos, breve y claro. Debe ser conocido y asumido por todas las personas que prestan servicios en la institución (desde el directivo hasta el personal de mantenimiento) y también por aquellos para quienes trabajamos (pacientes, familias, proveedores asistenciales, etcétera), no tanto por su contenido sino por su cumplimiento o su aplicación. Es responsabilidad de la empresa darlo a conocer y recoger los comentarios e incidencias que puedan aparecer en este campo para ir trabajando en su mejora.

Bioética y sociedad

El cine comercial como método docente en Bioética: sus contribuciones en la investigación biomédica

Josep-E Baños, Irene Cambra-Badii, Jorge Pérez y Magí Farré

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC),
Universitat Pompeu Fabra, CONICET-Universidad de Buenos Aires,
Universitat Autònoma de Barcelona
josepeladi.banos@upf.edu

Palabras clave: cine, enseñanza, principios bioéticos, investigación biomédica.

Resumen

Introducción. La utilización de películas comerciales para ilustrar conflictos bioéticos es una herramienta de uso cada vez más frecuente en la docencia universitaria de Ciencias de la Salud, aunque sean escasas las publicaciones que aporten experiencias empíricas al respecto. El escenario de la investigación biomédica reviste especial dificultad dado que hay múltiples intereses contrapuestos, y muchas veces desconocidos, en la toma de decisiones y en la aplicación de los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, más allá de la complejidad de la relación médico-paciente.

Metodología. Se presentan varias experiencias con el empleo de las películas comerciales realizadas en los estudios de Biología y de Medicina en la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida de la Universitat Pompeu Fabra a partir de las películas *Despertares/Awakenings* (1990) de Penny Marshall, *El aceite de la vida/Lorenzo's oil* de George Miller (1992), *Al cruzar el límite/*

Extreme Measures (1996) de Michael Apted y *El experimento Tuskegee/Miss Evers' boys* (1997) de Joseph Sargent. **Resultados y Conclusiones.** La complejidad de la investigación que involucra seres humanos aparece reflejada en las cuatro películas, que permiten trabajar tanto en su versión completa como a través de fragmentos cinematográficos de escasos minutos de duración. Su empleo permite enfatizar la aplicación y la priorización de los principios bioéticos en la investigación biomédica (tanto en la investigación básica como en la clínica), la elección de la muestra de investigación, la articulación entre la autonomía y el consentimiento informado, el valor de los resultados científicos aun cuando se hayan vulnerado principios éticos, y la necesidad de incluir dentro de los conocimientos bioéticos a las cuestiones históricas: el nacimiento de la disciplina, los juicios y el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont, entre otras.

Introducción

En la Bioética, la Medicina, la Psicología, la Filosofía, el Derecho y otras disciplinas se entrecruzan para examinar dilemas humanos de gran complejidad. En cierto sentido, la Bioética es el mejor ejemplo de cómo las humanidades pueden ayudar a los profesionales de las Ciencias de la Salud en su trabajo diario. Sin embargo, los métodos tradicionales de enseñanza universitaria pueden ser inadecuados para la discusión de algunos temas relacionados con la Biomedicina, y con la Bioética en particular, ya que los estudiantes de Medicina carecen de experiencia clínica suficiente para comprender la complejidad de algunos escenarios. Por lo tanto, podría ser beneficioso utilizar métodos complementarios para ayudar a los estudiantes a comprender mejor la situación.

En la enseñanza de las Ciencias de la Salud en general y de la Bioética en particular se han utilizado durante mucho tiempo estudios de casos, historias médicas breves basadas en pacientes reales, para proporcionar información de antecedentes sobre dilemas bioéticos sin hacer referencia a datos confidenciales. Los estudios de casos son una forma de enseñar a los estudiantes a lidiar con algunas de estas situaciones: cómo comportarse como un profesional y

saber aplicar las leyes y las normas (Chambers, 2001; Solbakk, 2011; Ten Have, 2016; Hoffmann, 2018). Sin embargo, es posible que los estudiantes no estén familiarizados con algunos de los escenarios médicos descritos en los casos, y el problema se enfoca con demasiada frecuencia como una decisión que debe tomarse entre dos opciones cerradas –cuando la complejidad de un conflicto bioético rara vez puede reducirse a una decisión mutuamente exclusiva, por sí o no, a favor o en contra. Por otra parte, estos dilemas pueden ser leídos como universales y no están vinculados a una situación o contexto específico, ni a un paciente en particular.

Una forma posible de superar estas limitaciones sería el uso de narrativas que ayuden a los estudiantes a apreciar la complejidad del escenario. Los largometrajes y las series de televisión pueden ayudarles a comprender las situaciones desde los diferentes puntos de vista (médicos, pacientes y otros individuos) (Fisher, 1985; Freytag, 2018). Además, estas representaciones utilizan un lenguaje visual que los estudiantes comprenden fácilmente y facilitan su compromiso emocional (Volandes, 2007; Lake, Jackson, Hardman, 2015).

Si bien el uso de películas en la educación y en la enseñanza científica tiene una larga tradición, en la enseñanza de Medicina y Ciencias de la Salud es relativamente reciente (Darbyshire, 2012). Sin embargo, algunos autores han descrito su amplia experiencia en el uso de películas en la educación médica (Ber y Alroy, 2001; Ber y Alroy, 2002; Rabinowitz, Melzer-Geva y Ver, 2002); y otros han publicado recientemente su experiencia en el uso de series televisivas (Hoffman, Hoffman Wessel, Shensa, Woods y Primack, 2018).

El escenario de la investigación biomédica reviste especial dificultad dentro de la enseñanza de la Medicina, dado que hay múltiples intereses contrapuestos, muchas veces desconocidos. Asimismo, las tragedias ocurridas durante la Segunda Guerra Mundial implican la necesidad de establecer y difundir un marco legal sobre la investigación con seres humanos (a través del Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki o el Informe Belmont, entre otros documentos) que debe ser conocido y explicitado en la enseñanza de las ciencias de la salud –muchas veces centrada exclusivamente en la relación médico-paciente, dejando de lado el escenario de la investigación.

Método

En este artículo se presentan las descripciones y análisis de las películas *Despertares/Awakenings* (1990) de Penny Marshall, *El aceite de la vida/Lorenzo's oil* de George Miller (1992), *Al cruzar el límite/Extreme Measures* (1996) de Michael Apted y *El experimento Tuskegee/Miss Evers' boys* (1997) de Joseph Sargent, utilizadas en los estudios de Biología y de Medicina en la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida de la Universitat Pompeu Fabra (Baños, Aramburu y Sentí, 2005; Farré Albaladejo y Pérez Sánchez, 2011; Pérez, 2013).

Resultados

Despertares/Awakenings (1990) de Penny Marshall, es un clásico del cine y de la literatura. Está basada en el libro de Oliver Sacks. La narración cuenta el proceso de investigación de un neurólogo que en 1969 comienza a trabajar en una clínica con varias víctimas de una epidemia de encefalitis letárgica desde la década de 1920, y que habían quedado reducidas a un estado vegetativo-parkinsoniano. El médico comienza a probar con uno de sus pacientes un nuevo fármaco, la levodopa, y nota cómo se despierta después de años de adormecimiento, lo cual lo lleva a intentarlo con los demás pacientes del centro de salud. Este *film* no solo es entretenido y emocionante, sino que permite trabajar la autonomía como base de la Bioética –el derecho del paciente o su familia a decidir su tratamiento, los beneficios y efectos nocivos de la investigación clínica en humanos, y la justicia para poder acceder a los recursos sanitarios (Koren, 1993; Pérez Sánchez, 2009).

El aceite de la vida/Lorenzo's oil de George Miller (1992) se basa en la historia real de un niño con una extraña enfermedad hereditaria y la lucha de sus padres por encontrar un remedio paliativo contra la enfermedad, más allá de la opinión de los médicos. Los beneficios y efectos nocivos y la autonomía del paciente y su familia, son críticos en la construcción de la narrativa. La película arguye contra la falta de consideración de los pacientes cuando son incluidos en ensayos clínicos y sobre la importancia de las ciencias básicas para

resolver problemas clínicos; y algunas de las claves dadas en la película ayudan a promover el debate de los problemas asociados a las enfermedades hereditarias (García Menéndez, 2013).

Al cruzar el límite/Extreme Measures (1996) de Michael Apted, se centra en la importancia de los grupos de presión en la investigación, el papel del reconocimiento público de la investigación y el valor de los resultados obtenidos de forma éticamente inaceptable. En una trama de suspense, un médico realiza una investigación en la cual se entera de la existencia de un centro en el que se realizan investigaciones con vagabundos, dirigido por un prestigioso neurólogo y familiares de personas afectadas por lesiones espinales. Los indigentes son retenidos contra su voluntad para practicarles procedimientos quirúrgicos destinados a probar un nuevo medicamento, un potencial favorecedor de la regeneración nerviosa, para el tratamiento de lesiones graves de la médula espinal. Los dilemas bioéticos que atraviesa el protagonista de la película son interesantes para indagar sobre la responsabilidad científica y los límites de cada investigación: ¿el fin justifica los medios? (Baños, Bosch y Pérez, 2011).

El experimento Tuskegee/Miss Evers' boys (1997) narra la historia del experimento secreto sobre la sífilis sin tratamiento llevado a cabo en Estados Unidos entre los años 1932 y 1972. Cientos de hombres negros fueron incluidos en este estudio sin saberlo, y cuando la penicilina ya estuvo disponible no fue utilizada. Los participantes nunca tuvieron la posibilidad de ser tratados adecuadamente o de retirarse del experimento. La película muestra claramente cómo se violaban los principios de autonomía (no pedir su consentimiento), de justicia (solo los hombres negros) y de no maleficencia, ya que la muerte sigue a la sífilis no tratada (Farré, Arribas, Pérez y Baños, 2013).

Conclusiones

La complejidad de la investigación que involucra seres humanos aparece reflejada en las cuatro películas, que permiten trabajar tanto en su versión completa como a través de fragmentos de pocos minutos de duración. Su empleo permite enfatizar la aplicación y la priorización de los principios bioéticos en

la investigación biomédica (tanto en la investigación básica como en la clínica), la elección de la muestra de investigación, la articulación entre la autonomía y el consentimiento informado, el valor de los resultados científicos aun cuando se hayan vulnerado algunos principios éticos, y la necesidad de incluir los aspectos históricos dentro de los conocimientos bioéticos: el nacimiento de la disciplina, los juicios y el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont, entre otros.

Bibliografía

- Baños JE, Aramburu J, Sent, M. Biocinema: la experiencia de emplear películas comerciales con estudiantes de biología. *Revista Medicina y Cine*. 2005; 1(2): 42-48. Disponible en: <http://revistamedicinacine.usal.es/index.php/es/vol1/num2/546>.
- Baños JE, Bosch F, Pérez J. Al cruzar el límite/Extreme Measures: cine, principios bioéticos e investigación clínica. *Revista Medicina y Cine*. 2011; 7(3): 95-9. Disponible en: <http://revistamedicinacine.usal.es/index.php/es/vol7/num3/661>.
- Ber R, Alroy G. Twenty years of experience using trigger films as a teaching tool. *Acad Med*. 2001; 76: 656.
- Ber R, Alroy G. Teaching professionalism with the aid of trigger films. *Med Teach*. 2002; 24: 528.
- Chambers T. The fiction of bioethics: a precis. *The American Journal of Bioethics*. 2001; 1:1, 40-43.
- Darbyshire D, Baker P. A systematic review and thematic analysis of cinema in medical education. *Med Humanit*. 2012; 38: 28-33.
- Farré M, Pérez Sánchez J. Uso del cine comercial en la docencia de Bioética en estudios de Biología. *Revista Medicina y Cine*. 2011; 7(1): 3-7. Disponible en: <http://revistamedicinacine.usal.es/index.php/es/vol7/num1/623>.
- Farré M, Arribas S, Pérez J, Baños J. El uso de películas comerciales para comprender los principios bioéticos en la investigación clínica. 2013; *Revista*

- Medicina y Cine; 9(4), 151-155. Disponible en: http://revistas.usal.es/index.php/medicina_y_cine/article/view/13636/13957.
- Fisher WR. The narrative paradigm: An elaboration. *Communication Monographs*. 1985; 52, 347-367.
- Freytag J, Ramasubramanian S. Are television deaths good deaths? A narrative analysis of hospital death and dying in popular medical dramas. *Health Communication*. 2018; doi: 10.1080/10410236.2018.1434735.
- García Menéndez A. El aceite de Lorenzo (Lorenzo's Oil) (1992). Enfermedad: realidad mirada desde distintos puntos de vista. *Revista Medicina y Cine*. 2013; 9(1): 3-10. Disponible en: http://revistas.usal.es/index.php/medicina_y_cine/article/view/13677/14017.
- Hoffman B, Hoffman R, Wessel C, Shensa A, Woods M, Primack B. Use of fictional medical television in health sciences education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education*. 2018; 23(1): 201-216.
- Hoffmann WA. The Role of Case Studies in Global Ethics Education. En: Ten Have H. (eds.) *Global Education in Bioethics*. *Advancing Global Bioethics*. 2018; vol 10. Springer: Cham.
- Koren G. Awakenings: using a popular movie to teach clinical pharmacology. *Clin Pharmacol Ther*. 2018; 53(1): 3-5.
- Lake J, Jackson L, Hardman C. A fresh perspective on medical education: the lens of the arts. *Med Educ* 2015; 49: 759-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/medu.12768>.
- Pérez Sánchez J. El uso de la película *Despertares* (1990) para evaluar aprendizajes en la licenciatura de Biología de la Universidad Pompeu Fabra. Diez años de experiencia. *Medicina y Cine*. 2009. 5(1): 27-29. Disponible en: http://revistas.usal.es/index.php/medicina_y_cine/article/view/15917.
- Rabinowitz D, Melzer-Geva M, Ber R. Teaching the cultural dimensions of the patient-physician relationship: a novel approach using didactic trigger films. *Med Teach*. 2002; 24: 181.
- Solbakk JH. What is it to do good medical ethics? On the concepts of 'good' and 'goodness' in medical ethics. *J Med Ethics*. 2015; 41:12-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2014-102310>.
- Ten Have H. Ethics education: global, inspiring and challenging. *International Journal of Ethics Education*. 2016; 1: 1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40889-016-0015-x>.
- Volandes A. Medical ethics on film: towards a reconstruction of the teaching of healthcare professionals. 2007. *J Med Ethics*; 33: 678.

Las series médicas en la enseñanza de la Bioética: una oportunidad para el análisis complejo de los principios bioéticos

Irene Cambra-Badii, Elisabet Moyano y Josep-E Baños

CONICET-Universidad de Buenos Aires, Universitat Pompeu Fabra, Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC)

Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud.
Universitat Pompeu Fabra. Dr. Aiguader 88, 08003-Barcelona
irenecambrabadii@gmail.com

Resumen

Introducción. El cine y las series son fuentes narrativas que ofrecen detalles de los casos y los dilemas bioéticos, incluyendo la perspectiva del paciente y la complejidad clínica. Son considerados una excelente herramienta del tipo de entretenimiento-educación. Las series médicas proporcionan escenas donde se tratan temas como la relación médico-paciente y el profesionalismo, que resultan de gran utilidad para interesar a los estudiantes y reforzar su comprensión de los principios bioéticos. **Metodología.** Tras el trabajo exhaustivo sobre la serie *Doctor House* (2004-2012), se realizó un análisis de contenido de la primera temporada de *The Good Doctor* (2017) y *The Resident* (2018), articulando la determinación del principio afectado según la ética principialista junto con un escenario de la práctica profesional. Esto permite analizar las variadas y complejas situaciones que acontecen en las series para ser utilizadas en la enseñanza de la Bioética. **Resultados/Conclusiones.** Ambas series tienen un alto contenido de conflictos bioéticos. El protagonista de *The Good Doctor* es un joven residente con autismo y Síndrome del Savant, tiene excelentes conocimientos médicos pero escasas habilidades de comunicación,

lo cual permite trabajar la relación médico-paciente, su comunicación y la influencia que esta ejerce sobre la beneficencia y no maleficencia, y sobre todo con la autonomía. *The Resident*, por otra parte, es una serie que marca un cambio de paradigma con respecto a las representaciones de los profesionales de la salud y del sistema de salud en general: los directivos son corruptos, surgen graves problemas institucionales y el dinero es determinante en la asistencia sanitaria, lo cual puede leerse desde la articulación de la beneficencia y la justicia. La utilidad de las series en el aprendizaje de la Bioética será evaluada con estudios empíricos de eficacia pedagógica en estudiantes de Biología Humana, Medicina y Enfermería durante el año 2019.

Palabras clave: series médicas, enseñanza, principios bioéticos.

Introducción

La necesidad de incorporar elementos de la Bioética en la enseñanza de las Ciencias de la Salud guarda relación con la exigencia de una formación profesional más humanística, que permita acceder a la comprensión de la complejidad de las situaciones dilemáticas en el campo de la salud. Internacionalmente, existe una evidente deuda con la formación humanística que dificulta la adquisición de habilidades comunicativas necesarias para interactuar adecuadamente con el paciente y su entorno, lo cual impacta de manera desfavorable en la calidad de la práctica asistencial diaria y en los procesos de tomas de decisiones médicas.

Se propone una modalidad de enseñanza de las Ciencias de la Salud en general (y de la Bioética en particular) a través del cine y las series, en particular las denominadas series o dramas médicos televisivos, que ofrecen una variada cantidad de detalles de los casos, incluyendo la perspectiva del paciente y la complejidad clínica, y que son considerados una excelente herramienta del tipo de entretenimiento-educación (Vollandes, 2007; Lake, Jackson y Hardman, 2015; Goodman, 2007; Pavlov y Dahlquist, 2010; Wong, Saber, Ma y Roberts, 2009; Haboubi, Morgan y Aldalati, 2013; Hoffman, Hoffman, Wessel, Shensa, Woods y Primack, 2018).

Las series médicas comienzan en la televisión norteamericana de la década de 1950, y se asocia a sus protagonistas con el papel de héroe, por ejemplo en *City Hospital* (1952-1953). *Ben Casey* (1961-1966) y *Dr. Kildare* (1961-1966) también siguen este modelo, aunque están centradas en los problemas de la relación médico-paciente (Turow, 1996). En 1963 surge *General Hospital*, que continúa hasta hoy. En 1970 las series de ficción sobre salud y medicina se convierten en temas permanentes, y surgen series médicas reconocidas mundialmente como *Medical Center* (1969-1976) y *MASH* (1972-1983). En los últimos veinticinco años llegaron a un público masivo decenas de series en los que se despliegan dilemas bioéticos de la práctica cotidiana de los profesionales de la salud, que ya no están asociados a la figura del «doctor héroe» sino que se muestran en las tensiones propias del trabajo cotidiano, con sus aciertos y errores, e incluso bajo la figura del antihéroe (Chory-Assad y Tamborini, 2001; Foss, 2011). *ER Emergencias* (NBC, 1994-2009), *Scrubs* (ABC, 2001-2010), *Nip/Tuck* (FX, 2003-2010), *House MD* (Fox, 2004-2012), *Grey's Anatomy* (ABC, 2005) y *Private Practice* (ABC, 2007-2013), son algunas de las múltiples y exitosas series televisivas norteamericanas de los últimos tiempos, cuyo argumento gira en torno a los dilemas bioéticos de los procedimientos médicos y de los diagnósticos, conjuntamente con las historias de las relaciones interpersonales de los profesionales del hospital.

Todo esto nos conduce a considerar el interés que surge en relación con la figura del médico y su trabajo cotidiano, como así también en su utilidad para la enseñanza de la Bioética (Czarny, 2010; Weaver y Wilson, 2011).

Método

Se ha realizado un análisis de contenido de las dos series médicas estrenadas durante 2017 y 2018: *The Good Doctor* (ABC, 18 episodios de la primera temporada) y *The Resident* (Fox, 14 episodios de la primera temporada). El análisis, de carácter exploratorio-descriptivo, sigue las bases de la metodología cualitativa. Para la serie *The Good Doctor* se categorizaron los siguientes aspectos para cada uno de los episodios, considerados como unidades de análisis:

1. Delimitación del principio bioético expuesto en determinada situación del episodio, según la Ética Principialista de Beauchamp y Childress (1979): beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Se determina a partir de las situaciones que aparecen en la serie, tanto en la relación médico-paciente como entre médicos.
2. Delimitación del escenario donde transcurre la situación: cirugía, proceso diagnóstico, alta del paciente, etcétera. La codificación fue realizada en base a la cuidadosa revisión de la literatura existente en materia de Bioética y cine, especialmente en relación con los dramas médicos. Dos estudiantes de grado que completaron su formación en bioética, conjuntamente con una de las autoras de esta presentación, fueron reclutados para codificar los episodios, realizando un proceso de fiabilidad inter-codificadores. Para la serie *The Resident*, optamos por un análisis de contenido de la primera temporada como una unidad de análisis en sí misma, debido a que la narración argumental se continúa en los episodios, que no podrían analizarse por separado. Fueron codificadas las siguientes variables:
 - a) Representaciones de profesionales de la salud: personalidad, apariencia física.
 - b) Profesionalismo: siguiendo a Czarny, Faden, Nolan, Bodensiek y Sugarman (2008), esta variable considera las violaciones de las normas profesionales y la situación descrita, nombrando al profesional de salud involucrado.
 - c) Justificación de la violación de la norma, siguiendo algunos ejemplos de Bilandzic (2017): intencionalidad y motivaciones egoístas frente a altruistas.
 - d) Resultados narrativos de la violación de la norma (Bilandzic, 2017): castigo, perdón, reflexión moral y presión social para abstenerse de cometer una violación de la norma.

Resultados

En la serie *The Good Doctor* se identificaron 186 viñetas o recortes situacionales donde estaba comprometido un principio bioético (Cambra Badii y Baños,

2018). El principio de beneficencia es el más frecuente, y aparece 58 veces (31,18%), con una media de 3,22 por episodio. Le sigue el principio de no maleficencia con 46 veces (24,73%). En último lugar se encuentran los principios de autonomía (n = 41; 22,04%) y justicia (n = 41; 22,04%).

Asimismo, se detectaron 21 escenarios en los que se situaron los diversos principios. Los más frecuentes fueron: relaciones institucionales (28; 16,1%), comunicación con el paciente (24; 13,8%), cirugía (23; 13,2%) y consentimiento informado (22; 12,6%). Los escenarios que no alcanzaron el 5% se agruparon en una última categoría.

Por otra parte, un aspecto importante de la caracterización del personaje principal es el hecho de que, por primera vez en la historia de la televisión, el médico protagonista está diagnosticado con autismo y Síndrome del Savant. Alejado de la representación del «doctor héroe» (brillante en su manera de establecer el diagnóstico y en sus capacidades humanas), el protagonista de *The Good Doctor* nos confronta con sus dificultades en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes, debido a sus problemas en las relaciones interpersonales y en la comunicación. A través de la serie, se pueden seguir sus dificultades y aprendizajes como profesional de las Ciencias de la Salud.

La serie *The Resident* nos brinda otro panorama. Desde el primer episodio, observamos que los profesionales de la salud tienen grandes habilidades técnicas y profesionalismo. Los residentes son jóvenes, siguen los principios del profesionalismo y, en su mayoría, se adhieren a las normas. Los tres personajes que ocupan puestos jerárquicos son mayores (de entre 40-50 años), egoístas y manipuladores; por lo tanto, a menudo están en conflicto con los médicos residentes. Las historias que los involucran están vinculadas a dos escenarios en los que se puede analizar la intencionalidad en la negligencia médica. Por un lado, el jefe del Departamento de Cirugía es conocido por sus errores médicos. Su tasa de complicaciones quirúrgicas es más del doble que la de los otros cirujanos, pero sus errores están ocultos. Cuando su mano derecha comienza a temblar, lo que significaría el final de su carrera como cirujano, decide ocultar su problema mediante la autoadministración de medicamentos recomendados por un colega; además, obliga a una médica nigeriana a realizar las cirugías con un brazo robótico a su nombre a cambio

de su recomendación para aplicar el visado de residencia en Estados Unidos. Por otra parte, una de las médicas del hospital es una eminente oncóloga que, además de trabajar en el hospital, dirige una clínica que lleva su nombre, donde administra la quimioterapia y mantiene los registros médicos de los pacientes, incluso los del hospital. Sobrediagnostica pacientes y fundamentalmente obtiene compensaciones económicas por la administración de estos tratamientos (excesivos o puramente innecesarios). Por último, un tema emerge constantemente en todos los escenarios que involucran negligencia médica en esta serie: la visión de la medicina como un negocio. El acceso desigual de ricos y pobres a los servicios de salud es evidente en todos los episodios, y el estado financiero de un paciente a menudo determina las opciones de los médicos.

Conclusiones

Teniendo en cuenta los elementos que distinguen a *The Good Doctor* y *The Resident* dentro de las series médicas, entendemos que existe una variada posibilidad de propuestas didácticas para la utilización de estas series en el aprendizaje de la Bioética.

Resulta interesante explorar los conflictos bioéticos que aparecen asociados con la caracterización de sus protagonistas y su profesionalismo. En el caso de *The Good Doctor*, ¿qué aspectos de la relación médico-paciente se ven afectados por el diagnóstico de autismo y Síndrome del Savant? ¿Cuáles son los efectos que se generan en los pacientes, en sus familiares y en sus colegas de trabajo? Quizás lo más llamativo o interesante se encuentre en relación con la empatía, ya que se presenta al personaje como alguien incapaz de tenerla con otras personas. Si se identifican comportamientos que los propios estudiantes de Ciencias de la Salud consideran inadecuados, puede tener interés trabajar a partir de la proyección de elementos negativos en el personaje: ¿qué aspectos negativos logran captar? Si no es adecuado para una relación médico-paciente, ¿qué harían en su lugar?

En el caso de *The Resident*, la serie en su conjunto proporciona información clave sobre un cambio de paradigma con respecto a las representaciones de

los profesionales sanitarios y del sistema de salud. El mundo idealista de la asistencia sanitaria representado en una serie en la década de 1950, y que cambió a mediados de la década de 1990 cuando se agregaron a la mezcla los errores en la práctica, los problemas personales y los conflictos bioéticos, aparece ahora radicalmente transformado. En esta serie no solo aparecen los errores profesionales, sino que también son temas centrales los graves problemas institucionales y la contribución de capital de los negocios en la asistencia sanitaria. La inadecuación a las normas y los principios bioéticos y las diferentes maneras de trabajar en el hospital, resultan interesantes para el desarrollo de propuestas pedagógicas para los estudiantes de Ciencias de la Salud.

El hecho de tratarse de series actuales que consideran diversos aspectos del mundo de la Medicina, y con un gran atractivo para los estudiantes, sugiere que son un método pedagógico de interés en las Ciencias de la Salud. Asimismo, pueden incrementar su motivación e interés, así como el desarrollo del pensamiento crítico, a través de la transmisión de las emociones propias de la relación médico-paciente que pueden apreciarse tanto en un fragmento de pocos minutos de duración, un episodio de la serie o una temporada completa.

Bibliografía

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 2001.
- Bilandzic H, Hastall M, Sukalla F. The morality of television Genres: norm violations and their narrative context in four popular genres of serial fiction. *J Media Ethics*. 2017; 32(2): 99-117. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/23736992.2017.1294488>.
- Cambra Badii I, Baños JE. ¿Un médico autista en la televisión? Enseñanzas de The Good Doctor. *Rev Med Cine*. 2018; 14(4): 273-283. Disponible en: http://revistas.usal.es/index.php/medicina_y_cine/article/view/19575/19513.
- Chory-Assad RM, Tamborini R. Television doctors: An analysis of physicians on fictional and non-fictional television programs. *J Broadcasting and Electronic Media*. 2001; 45: 499-521.
- Czarny M, Faden R, Nolan M, Bodensiek E, Sugarman J. Medical and nursing students' television viewing habits: potential implications for bioethics. *Am J Bioethics*. 2008; 8(12): 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15265160802559153>.
- Czarny M, Faden R, Sugarman J. Bioethics and professionalism in popular television medical dramas. *J Med Ethics*. 2010; 36(4): 203-206. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2009.033621>.
- Foss K. «When we make mistakes, people die!»: constructions of responsibility for medical errors in televised medical dramas, 1994-2007. *Communication Quarterly*. 2011; 59(4): 484-506. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01463373.2011.597350>.
- Goodman K. Imagining doctors: medical students and the TV medical drama. *Virtual Mentor*. 2007; 9(1): 182-187.
- Haboubi H, Morgan H, Aldalati O. Hospital doctors' opinions regarding educational utility, public sentiment and career effects of medical television dramas: the House MD study. *Med J Aust*. 2015; 203(11): 462-466.
- Hoffman B, Hoffman R, Wessel C, Shensa A, Woods M, Primack B. Use of fictional medical television in health sciences education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ*. 2018; 23(1): 201-216. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10459-017-9754-5>.
- Lake J, Jackson L, Hardman C. A fresh perspective on medical education: the lens of the arts. *Med Educ*. 2015; 49(8): 759-772. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/medu.12768>.
- Pavlov A, Dahlquist GE. Teaching communication and professionalism using a popular medical drama. *Family Med*. 2010; 42(1): 25-27.
- Turow J. Television entertainment and the US health-care debate. *Lancet*. 1996; 347: 1240-1243. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)90747-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)90747-3).

- Volandes A. Medical ethics on film: towards a reconstruction of the teaching of healthcare professionals. *J Med Ethics*. 2007; 33(11): 678-680. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jme.2006.017665>.
- Weaver R, Wilson I. Australian medical students' perceptions of professionalism and ethics in medical television programs. *BMC Med Educ*. 2011; 11(1): 50. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-50>.
- Wong R, Saber S, Ma I, Roberts JM. Using television shows to teach communication skills in internal medicine residency. *BMC Med Educ*. 2009; 9: 9.

Temporalidad lógica del decidir y enseñanza de la Bioética

Araceli Teixidó

Psicoanalista de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis y la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Psicóloga clínica en las unidades sociosanitarias del Hospital Sant Jaume (Calella) y del Equipo de Donación de Córneas de Urgencias del Hospital Sant Jaume (Calella)

araceliteixido@comb.cat

El ámbito de la Bioética se ocupa de aquel momento en el que un profesional debe decidir sobre alguna cuestión para la que los argumentos no se fundamentan en su disciplina porque esta no puede darle respuesta. Por ejemplo, cuando no se sabe si se debe realizar o no una intervención debido a que el resultado es incierto. Los argumentos considerados en la decisión tendrán un carácter de apuesta porque se realizan sobre un fondo de incertidumbre. En estos casos el profesional puede ser llamado a responder por su decisión.

¿Es posible enseñar algo en un ámbito en el que lo que ocurre no depende solo de los conocimientos sino de la posición y decisión del profesional? En el ámbito de la Bioética, como en el del psicoanálisis, lo que se puede aprender no corresponde tan solo al terreno de los contenidos ya que se requiere la implicación personal y la participación de todos los sujetos implicados.

Los talleres y las simulaciones tienen un alcance limitado porque permiten al discente y al docente permanecer al abrigo de su fantasía. La realización del ejercicio de la toma de una decisión introduce un elemento incalculable que solo podrá ser analizado posteriormente.

Recurro al psicoanálisis que es mi disciplina. Se podría decir que un psicoanálisis no es más que la reflexión sobre todas las decisiones que alguien ha tomado en su vida, sobre los motivos que le han gobernado y que le han conducido hasta donde está. En ese punto el analizante puede decidir si quiere eso que

deseó. Por eso el psicoanálisis lo tomamos como una ética. Una parte de sus contenidos son universalizables y dados a conocer como otro modo de conocimiento. Pero otra parte no es posible recuperarla más que, en cada caso particular, como una cuestión ética, la de sus decisiones, por eso el análisis personal libera de los prejuicios personales. Por eso lo podemos tomar como modelo en la enseñanza de la Bioética.

La lógica de las decisiones

En un estudio que realicé sobre las agresiones a profesionales sanitarios,¹ me di cuenta de que la estructura del pasaje al acto agresivo y la respuesta que le dan los profesionales nos permitía comprender la lógica de las decisiones. En este tipo de situaciones no hay posibilidad de pensar de decidir previamente la actuación a realizar. No la piensa el agresor, no la piensa el profesional. Es después, cuando hay tiempo de introducir la reflexión, cuando se puede volver sobre las decisiones tomadas y encontrar los argumentos: «Lo hice porque...».

Del mismo modo, en toda decisión hay elementos de último minuto que pueden inclinar la balanza. Uno puede tener tiempo de meditar una acción, pero puede ocurrir que en el momento de llevarla a cabo no todo aparezca tan claro como cuando se reflexionó. Ocurre en las declaraciones de amor, por ejemplo, cuando alguien puede haber meditado las palabras y, sin embargo, no parezcan las oportunas en el momento de pronunciarlas y deba cambiarse algo ¿Por qué? Por un brillo en los ojos del otro, por una inseguridad personal acerca del propio deseo, por elementos que no se podían calcular previamente porque necesitaban algo del terreno de la acción para ser conocidos. En este sentido, el dilema del tranvía es falaz, porque nunca tendremos la seguridad de que la elección pensada sea considerada la mejor en el momento del acto. Lo sabremos después.

Es decir, puestos sobre el terreno nos damos cuenta de que la estructura de las decisiones no corresponde al ideal: *plantear, argumentar, concluir* sino que más bien responden a la estructura: *plantear, concluir, argumentar*.²

La ética siempre nos pone en el límite de la argumentación pues acabada la reflexión hay que decidir, es decir, elegir una respuesta que no tiene garantía,

para la que no hay conocimiento anterior que la pueda prever toda. Por eso es tan importante que esté muy bien justificada.

En consecuencia a la lógica captada

¿Cómo introducir estos elementos incalculables en la reflexión? Solo se pueden introducir después. Nos vemos conducidos a crear grupos de reflexión posteriores a las decisiones tomadas. En ellos los profesionales pueden hacer conscientes los elementos que les llevaron a decidir. Mi trabajo lo he realizado conversando con profesionales acerca de las respuestas que se dieron a las agresiones.

Por ejemplo, uno de los médicos me contaba la agresión de una paciente que ya había llegado muy agitada. En la conversación posterior, él se daba cuenta de que sus prejuicios sobre esa mujer le habían impedido atender a las cuestiones del momento y él mismo participó en convocar sobre sí mismo la agresión. Resulta que se mostró abiertamente en oposición a la solicitud de la paciente de realizarle más pruebas y con ello aumentó su agitación. Este hallazgo fue muy importante para entender la lógica de la agresión: él había participado sin querer. Darse cuenta después, tendrá efectos en lo sucesivo.

También en un equipo donde un paciente agredió a un médico, el análisis del caso revelaba que no había sido previsible la agresión aunque la lógica extraída mostraba que era consecutiva a una actuación algo agresiva de otro profesional. También nos dimos cuenta de que el equipo actuó solidariamente tanto entre compañeros, como con el agresor y la familia que le acompañaba. Es decir, que revisar el caso permitió encontrar los elementos de una buena actuación que les había pasado por alto en el espanto del momento. Pero sobre todo, me di cuenta del sentimiento de indefensión que acompañó a la actuación del profesional agredido, por su ideal de que él mismo no podía utilizar la fuerza física en ningún momento y solo atenerse a la palabra. Es decir, que el acto del profesional fue reprimido y esto le dejó indefenso.

Si consideramos la responsabilidad del acto del profesional, conviene considerar la respuesta como una cuestión ética. Esta cuestión se puede aplicar a toda tarea en la que participe el hecho de tener que decidir.

Conclusión

La enseñanza de los aspectos éticos de la profesión sanitaria debe incluir la reflexión posterior a los actos realizados y su revisión con un psicoanalista. En ella el profesional podrá distinguir qué elementos personales y cuales más técnicos han influido en su decisión.

Próximamente espero poder aplicar este trabajo al grupo de donación de córneas. La entrevista debe tener lugar en las tres horas posteriores a la muerte del paciente y también la respuesta. Este tiempo se cruza con el tiempo de comprensión y primera aceptación, o no, de la muerte que por supuesto no se ajustará al del protocolo. Por tanto se interviene en un momento delicado, doloroso y muy íntimo donde un protocolo puede restar dignidad al momento. No será sin embargo una improvisación, el trabajo preparatorio del equipo ha sido importante. Nos hemos planteado el trabajo con las familias de los posibles donantes como una apuesta ética dejando abierto el campo de las respuestas posibles tanto de los familiares como de los profesionales, no cerriéndolas a un protocolo y comprometidos en su análisis posterior como vía para aprender lo que se ha jugado en cada ocasión. Espero poder comunicar esta experiencia en otro momento.

Notas

1. Tesis doctoral en Filosofía «Una crítica del principio de autonomía desde la perspectiva del psicoanálisis. El caso de la violencia contra los profesionales sanitarios», UAB, 2017.
2. Lacan J. «El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma» (1944-1945). En Escritos 1, de J. Lacan, 187-203. Madrid: Siglo XXI editores; 1997.

Ética, Salud Pública y reticencia vacunal: una propuesta docente a partir de un ejercicio deliberativo

Maite Cruz-Piqueras^a y Joaquín Hortal-Carmona^b

*a. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada
maite.cruz.easp@juntadeandalucia.es*

*b. Hospital de Alta Resolución de Guadix, Granada
johoca@gmail.com*

Palabras clave: experiencias docentes aplicadas, Ética y Salud Pública, vacunas.

Introducción

En un reciente comunicado de la OMS, la renuencia vacunal se ha esbozado como una de las 10 cuestiones más importantes que requerirán la atención de la OMS y de sus asociados¹ a lo largo de este año. En nuestro país, aun siendo bastante alta la cobertura vacunal, llegando a porcentajes que superan el 97%,² hay cierta inquietud sobre lo que pueda suceder en los próximos años si se siguen las tendencias de países de nuestro entorno, como Francia o Italia, donde han ido aumentando el número de personas que por motivos ideológicos rechazan la vacunación. Esta situación se ha visto dimensionada por el debate público que está adquiriendo a nivel social, bioético³ e incluso jurídico mediante la reciente sentencia que insta a unos padres a vacunar a su hija para ser admitida en una guardería municipal.⁴

Probablemente, la vacunación es una de las medidas en Salud Pública que más repercusiones tiene a nivel técnico, político y social con importantes aristas éticas al tener que articular la toma de decisiones individuales (autonomía) con las políticas públicas orientadas a la colectividad (justicia). Además, un

análisis ético de la vacunación, conllevaría, al menos, tener en cuenta los siguientes elementos de reflexión:

1. Se administra a menores.
2. Se dirige a personas sanas por lo que cualquier efecto adverso producido por la vacuna debe estar muy bien justificado, en nuestro país no hay una provisión de daños por vacunas.⁵
3. Diferencia entre aquellas vacunas que proporcionan inmunidad grupal vs inmunidad individual. Por lo que la vacunación que produce inmunidad de grupo se traduce en un deber protector hacia quienes no se pueden vacunar (personas inmunodeprimidas, menores de 1 año, personas con baja accesibilidad a la vacunación por determinantes sociales).
4. Las enfermedades que producen tienen una gravedad clínica de muy diverso grado.
5. Cada vacuna es distinta y tiene diferentes niveles de seguridad y efectividad, siendo en general muy seguras.
6. Tiene repercusiones en la equidad debido a la accesibilidad. Es una acción dirigida a toda la población que moviliza grandes cantidades de recursos humanos y económicos, y no todo el mundo accede por igual a ellos.

Por último, el debate sobre las vacunas se ha generalizado (se habla de vacunas en general y no de cada una de las vacunas), se suele estigmatizar lo mismo que se hace con otras estrategias de Salud Pública⁶ a la población reticente o que rechaza las vacunas, y se polariza en posiciones extremas en las que no se promueve el diálogo, discusión y participación entre las partes afectadas.

Pese a la experiencia del equipo docente que presenta esta comunicación en el análisis de casos de Bioética Clínica no existe un recorrido paralelo, ni en la bibliografía ni en nuestra práctica, en el estudio de casos de Ética y Salud Pública. Por esta razón el trabajo presentado en el I Congreso de Bioética (Vic, 24 y 25 de enero de 2019) tuvo como objetivo compartir una experiencia docente para trabajar en la Ética de Salud Pública a partir del análisis de un caso sobre reticencia a la vacunación con el objetivo de:

- Analizar el conflicto que se produjo en un colegio de Granada en el año 2010 tras la declaración de una epidemia de sarampión.

- Analizar desde diferentes perspectivas el problema de la reticencia a la vacunación.
- Deliberar sobre un hecho, los valores y los deberes.
- Adquieran un marco de análisis de la Ética de Salud Pública.
- Promover un diálogo entre las partes interesadas que permita llegar a medidas consensuadas que intenten paliar este problema.

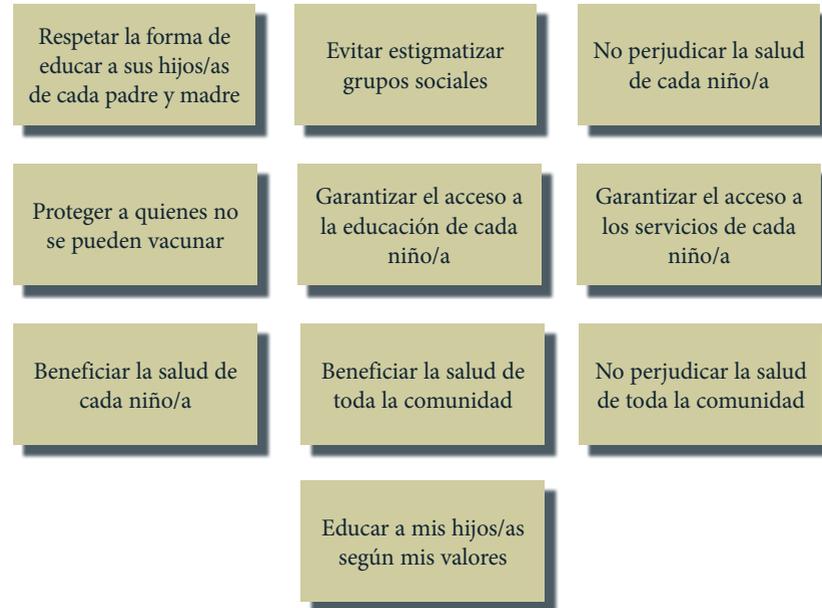
Metodología

El taller se ha realizado siguiendo el siguiente esquema:

1. Presentación de una introducción teórica^{7,8} sobre conceptos básicos de la Ética y la salud pública.
2. Exposición pormenorizada de los hechos.⁹
3. Distribución por azar en tres grupos al conjunto de participantes: madres/padres reticentes a vacunación, padres/madres que vacunan y profesionales sanitarios y de SP. También se les pide que nombren a alguien que haga de portavoz.
Cada grupo tiene un tiempo de trabajo para que identifique valores y posibles soluciones al conflicto. Para ello se les pide que respondan a las siguientes preguntas:
 - ¿qué argumentos pensáis que tienen estas personas para vacunar/no vacunar/evitar el conflicto?
 - ¿cuál pensáis que es el valor fundamental que guía su decisión?



Para orientar este trabajo se le facilita un listado de posibles valores:



4. Tras la deliberación se reproduce, en formato de *rol playing* con los portavoces de los tres grupos, una reunión ficticia con todos los actores para que expongan sus puntos de vista.
5. La sesión se cierra con las principales conclusiones de una investigación realizada sobre el caso¹⁰ para propiciar un análisis ético del mismo, el diálogo entre las partes interesadas y la búsqueda de soluciones que eviten la estigmatización como única respuesta.

Resultados/Conclusiones

En ambas experiencias los resultados docentes han sido positivos desde el punto de vista del cumplimiento de los objetivos planteados, el nivel de satis-

facción del alumnado así como el clima deliberativo alcanzado en el aula. Plantear una experiencia real a modo de deliberación pública sobre un tema controvertido, como es el de la reticencia vacunal, permite aunar teoría y práctica, comprender mejor los posibles marcos de análisis de dicho conflicto a partir de los marcos teóricos que proveen a la Ética y la Salud Pública, intentar entender mediante el juego de roles el punto de vista del otro, y por último se facilita la búsqueda de soluciones a este posible conflicto.

Agradecimientos

En este trabajo se utilizan los resultados de una investigación que obtuvo una beca de la Fundació Víctor Grífols i Lucas¹¹ (edición 2015).

Notas

1. Diez cuestiones de salud que la OMS abordará este año. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019> [citado 25 febrero 2019].
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm> [citado 25 de febrero 2019].
3. Tras la declaración del Presidente del Comité de Bioética de España al afirmar que se podría valorar retirar la patria potestad a aquellos padres/madres que no quieran vacunar a sus hijos. Disponible en: <https://www.elmundo.es/espana/2019/01/22/5c460f2dfc6c837e1a8b4750.html>.
4. Una jueza respalda que se impida matricular a un menor en una guardería por no estar vacunado. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/jueza-respalda-matricule-guarderia-vacunado_0_857065158.html.
5. El artículo que se convirtió en propuesta rechazada por el Parlamento, J. Tuells Gaceta Sanitaria vol. 29 nº 1 Barcelona ene./feb. 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.009>.

6. Bayer R. Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we. *Social Science & Medicine* 67 (2008): 463-472.
7. Daniels N. Accountability for reasonableness. *BMJ*. Volumen 321. 25 noviembre. 2000.
8. Nuffield Council of Bioethics. *Public health: ethical issues*. Londres. 2007.
9. Simón-Lorda P, Marin-Rodríguez I, Laguna-Sorinas J, Cruz-Piqueras M, Tamayo-Velázquez M. Mandatory vaccination in measles outbreaks. En: Barrett D et al (eds). *Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe*. Chapter 4. Case 1. Cham (Switzerland): Springer International Publishing, 2015. Publicación del Centers for Disease Control and Prevention. USA.
10. Cruz M, Rodríguez A, Hortal J y Padilla J. «Reticencia vacunal: análisis del discurso de madres y padres que no han vacunado total o parcialmente a sus hijos/as». Vol. 33. Núm. 1. Enero - Febrero 2019. DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.07.004.
11. <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/non-vaccination-as-a-meeting-point-analyzing-discourse-to-build-bridges-beca->

La formación de un ideal ético del cuidado a través del cine¹

Mònica Sumoy

Jurista, traductora e investigadora. Departamento de Estudios de Comunicación. Universitat Rovira i Virgili
monicasumoy@gmail.com

Palabras clave: pérdida, dependencia, ética del cuidado, afectos, cine.

Siempre necesitamos a los demás, cuando niños porque necesitamos que nos cubran las necesidades físicas y emocionales básicas, de mayores porque sin los otros no somos nada. Morimos solos, pero sabemos que en ese momento los demás adquieren una importancia vital. El sujeto es un participante activo en aquello que recibe y en aquello que da. Es tan importante recibir los cuidados del otro como que el otro reciba lo que el sujeto le da.

Francesc SAINZ BERMEJO

Introducción

Continuamente tomamos decisiones respecto a cómo cuidar nuestra salud física, emocional y mental, así como la de otras personas que dependen de nosotros. Ello significa que de manera intuitiva, todos tenemos un ideal ético del «cuidado» y que sin ser necesariamente profesionales del ámbito biosanitario, sabemos lo que este debería suponer; un saber en parte natural y en parte aprendido que adquirimos a lo largo de la vida a partir de experiencias propias y ajenas. Por ejemplo, de aquellas situaciones que nos brindan las relaciones interpersonales de las que somos protagonistas u observadores, los medios de comunicación o las creaciones artísticas, entre las cuales se encuentra el cine.

Es innegable que la representación cinematográfica del cuidado del ser humano influye en la formación y educación ética del espectador, hasta el punto de

que este puede llegar a validar lo representado como modelo de referencia. Así, cada vez son más los títulos cinematográficos que nos hacen reflexionar acerca de la importancia de incorporar en nuestras relaciones valores, conductas y aspectos históricamente olvidados o minusvalorados del ser humano, como las emociones, los afectos, el cuidado y la comunicación amorosa o no violenta, de los que depende no solo la salud, la calidad de vida y la felicidad del individuo y las sociedades, sino la conservación misma de la especie. Partiendo de una muestra filmica escogida, este texto pretende: (1) reflexionar acerca de las implicaciones éticas que suscitan ciertas imágenes sobre el cuidado y su capacidad formadora y transformadora en la audiencia; (2) destacar algunas de las constantes que se observan y (3) demostrar, en fin, que la representación del cuidado del ser humano en el cine (y, en general, en la cultura), por un lado, es fruto de las circunstancias y valores de una época y, por el otro, es reflejo de una manera de ser, pensar y relacionarse de los individuos que se adecúa a unos principios éticos cada vez más humanos.

¿Qué entendemos por cuidado?

Se suele hacer referencia al cuidado como «cuidado de la salud física o mental de una persona por parte de un especialista del ámbito biosanitario»; o sea, como un cuidado *especializado*. Pero el cuidado no se detiene ahí, ni tampoco es este colectivo el único capacitado para prestarlo: el cuidado es inherente a todas las relaciones humanas y puesto que de él depende nuestra supervivencia como especie, todos sabemos darlo de una forma u otra. Así, en todas nuestras relaciones se confía en nosotros para que cuidemos de uno o varios aspectos de la vida de otras personas (su desarrollo intelectual, emocional, etcétera). Desde esta perspectiva, «cuidar» es dotar a otro ser humano de *todo lo que necesita* para que pueda desenvolverse en su vida ordinaria de la manera más autónoma posible; esto es, amarle de manera que sea libre y desde su libertad, pueda expresar todas sus potencialidades y a la vez que evoluciona, haga progresar a otros. Ahora bien, el cuidado de calidad requiere que la persona cuidadora *esté atenta a las necesidades* de la persona que precisa el cuidado, que *sepa identificarlas y responda adecuadamente* a ellas hasta donde pueda. Ello no significa que el cuidador deba fundirse en el otro hasta el punto

de perderse a sí mismo, como a veces ocurre y como se representa, entre otras, en *La teoría del todo* (2014), que explica cómo Jane Hawking, la primera mujer de Stephen Hawking, después de cuidarle a él y a sus hijos durante varios años, acaba anulándose como persona y separándose de él.

El cine como modelo

El cine actual recoge maneras de cuidar que existen y sobre las que merece llamar la atención. De hecho, muchas películas que tratan sobre enfermedades, pérdidas o limitaciones están basadas en hechos reales y no suelen dejar indiferente a nadie. Directa o indirectamente, las películas siempre nos muestran imágenes sobre aspectos del cuidado. En todas ellas suele haber un personaje que cuida de otro, le acompaña o le ayuda, lo que se corresponde con una visión amable del ser humano y contribuye a forjar una imagen acogedora del mundo. Esto se ve, por ejemplo, en el cine de Pedro Almodóvar, donde gracias a la solidaridad femenina y a la bondad entre conocidos y desconocidos, nadie resulta marginado.

Por lo general, en el cine actual, los personajes, a través de los vínculos visibles e invisibles que entablan entre sí, crean unidades de cuidados, ya sea entre los distintos miembros de una familia, entre los miembros de una pareja, entre maestros y alumnos, entre amigos, entre psicólogos y clientes, entre médico, enfermero/a y paciente, etcétera. Cualquier película ambientada en una guerra o catástrofe, o que explique un genocidio, pone en evidencia las múltiples redes de ayuda que surgen a raíz de estas situaciones. Por ejemplo, en *Lo imposible* (2012), tras el tsunami, María y su hijo Tom cuidan el uno del otro; además, recogen a un niño que se encuentran por el camino, al que adoptan como hijo y hermano respectivamente. Al final de su travesía, ella es cuidada y atendida por los indígenas del lugar y los médicos del hospital que les acogen.

Sea como fuere, desde el momento en que se muestran en la pantalla, estas historias ejercen una influencia indudable sobre el imaginario, el inconsciente y tal vez, la conciencia del espectador. Si un creador las ha narrado es porque ha considerado que deben ser conocidas por parte de un público más amplio

y quizás ser objeto de reflexión, aunque sea para ponerlas en duda o generar un debate, por ejemplo en torno al papel de los cuidadores y de la sociedad en casos de eutanasia, de dependencia de las personas mayores, menores, con disfuncionalidad diversa u otras. De lo que no cabe duda es que desde un punto de vista humano, los ejemplos de cuidado que se representan tanto pueden devenir modelos de referencia deseables como deseables para quien los contempla. Ahora bien, solo las películas que reflejen el cuidado por la diversidad humana tienen un verdadero potencial transformador y visos de convertirse en universales, como *Todo sobre mi madre* (1999), uno de los títulos que mejor refleja lo que significa amar y cuidar de manera incondicional, esto es, sin importar cómo sea el otro.

¿Qué clase de cuidado representa el cine?

Esté o no basado en hechos reales, el cine nos muestra las situaciones de cuidado que se dan en la realidad: son situaciones (1) ordinarias o extraordinarias, (2) que tienden a ser traumáticas o dolorosas y (3) de las que se hace cargo un profesional del ámbito especializado y/o alguien fuera de ese ámbito. En cualquier caso, todas son fruto de una pérdida; la pérdida de algo o de alguien de los que el personaje derivaba su sentido de identidad; una pérdida que normalmente va unida a otras y que se manifiesta en una disfuncionalidad, depresión, enfermedad u otro malestar del personaje. En fin, una pérdida que se vive como una muerte y que o bien llama a despertar o bien llama a la muerte misma. Como los ejemplos son innumerables y el espacio concedido para abordarlos estrecho, baste aquí anotar solo algunos de los más conocidos y que mejor responden a lo que se quiere transmitir, sin entrar en mayor profundidad:²

1. *Películas sobre el cuidado en las que media un profesional del ámbito biosanitario:*
 - *Hable con ella* (2002), donde Benigno, un enfermero mentalmente inestable, cuida de Alicia, una paciente en coma, a la que, tras dejarla embarazada, le devuelve la vida.
 - *La vida secreta de las palabras* (2005), en la que Hannah, una enfermera víctima de violación en la guerra de Kosovo, cuida de Josef, un

hombre herido y curtido que, tras conocer el terrible pasado de ella, acaba abriendo el corazón y cuidándola a ella.

- *La mejor juventud* (2003), muestra la historia de Nicola, un psiquiatra que cuida de sus pacientes, sus padres, su hija, su familia, sus amigos y la mujer que le abandonó.
2. *Películas sobre el cuidado entre miembros de la misma familia:*
 - *Estiu 1993* (2017), donde Frida, una niña de 6 años huérfana de padre y madre, es cuidada por sus tíos como si fuese su propia hija, quienes la ayudan a superar el duelo de la manera más natural posible.
 - *Julieta* (2016), donde una hija menor cuida de su madre tras la pérdida abrupta de la pareja de esta y el padre de aquella.
 3. *Películas sobre las relaciones de cuidado entre miembros de la pareja:*
 - En general, todas aquellas en las que uno de los miembros de la pareja contrae una enfermedad mental o degenerativa, ya sea a una edad avanzada o no, que hace que el otro miembro se vuelque en él o ella, como *Iris* (2001), *Una mente maravillosa* (2002), *Quédate conmigo* (2012) o *La teoría del todo* (2014).
 4. *Películas sobre relaciones de cuidado a cargo de personas que no son especialistas del ámbito biosanitario:*
 - *Intocable* (2011), donde Driss, un hombre sin ninguna formación especializada, cuida de Philippe y le hace recuperar la ilusión.
 - *Cambio de pilas* (2016), un corto de animación donde un hijo que no puede hacerse cargo de su madre ya mayor, le regala un robot para que cuide de ella, a la que acompaña más allá de la vida.

¿Sobre qué otras cuestiones nos hacen reflexionar las imágenes en torno al cuidado?

1. Como en la vida misma, los personajes que cuidan en la pantalla son mayoritariamente mujeres: parejas, ex-parejas, madres, hijas, abuelas, amigas, vecinas u otras, mientras que el hombre lo hace cuando no tiene más reme-

dio. Aunque esto pone en evidencia la desigualdad de géneros todavía existente en esta materia y la necesidad de redistribuir las funciones del cuidado, también visibiliza a las mujeres en su posición de cuidadoras y de alguna forma las revaloriza o invita a hacerlo. Por otro lado, muchas de las películas en las que el cuidado es dado o recibido por hombres dan pie a reflexionar sobre la crisis y transformación de la masculinidad hegemónica.

2. Si bien la sociedad sigue ocultando la vulnerabilidad, la excepcionalidad y el sufrimiento (o en general, aquellos temas pendientes de resolver), el cine sí que los muestra y, al hacerlo, los amplifica, de tal forma que lo aparentemente «irrelevante», «minoritario» o «secundario» se convierte en «trascendente», «prioritario» o «ejemplar».
3. A través del cine, observamos que el proceso de cuidado crea las condiciones necesarias para que se restablezca una situación de igualdad entre las personas que forman parte de la relación, estén en la posición que estén y sean del género que sean, y que ello es posible porque el lenguaje de los afectos y de lo humano es universal.

De ahí que podamos aventurarnos a afirmar que una parte del cine transmite una imagen del ser humano cada vez más sensible, compasivo y benevolente o, en definitiva, emocionalmente comprometido con sus semejantes.

Bibliografía

- Araüna N, Tortajada I, Willem CM. Portrayals of Caring Masculinities in Fiction Film: The Male Caregiver in *Still Mine*, *Intouchables* and *Nebraska*, *Masculinities & Social Change*, [s.l.]. feb. 2018; vol. 7, 1: 82-102.
- Astudillo W, Aguirre C. El cine en la docencia de la medicina: cuidados paliativos y bioética, *Revista de Medicina y Cine*. 2017; 2001, vol. 3.
- Busquets M. La importància ètica del tenir cura. *Annals de Medicina*. 2008; 91: 71-74.
- Camps V. *El gobierno de las emociones*, Barcelona: Herder; 2011.
- Cortina A. *Ètica de la raz3n cordial*, Madrid: Nobel; 2009.
- Domingo Moratalla A. *El arte de cuidar*, Madrid: Rial; 2013.
- Fromm E. *El arte de amar*, Barcelona: Paid3s, 2014.
- Gilligan C. *La ètica del cuidado*, Barcelona: Cuadernos de la Fundaci3 V3ctor Gr3fols i Lucas, n.º 30; 2013.
- Gilligan C. *La moral y la teor3a: psicolog3a del desarrollo femenino*, M3xico: Fondo de Cultura Econ3mica; 1985.
- Granero-Moya N, Salinas V. Vulnerabilidad y compasi3n: m3s cine por favor, en Rodr3guez Delgado J, *Vulnerabilidad, justicia y salud global*, Ilemata, *Revista Internacional de Èticas Aplicadas*; 2018; 26: 109-120.
- Michel Fariña J, Guti3rrez C. *Ètica y Cine*, Buenos Aires: 2ª. ed., JVE Ediciones/Eudeba; 2001.
- Ogando B, Tejera TE. M3s all3 de la empat3a: la mirada compasiva en el cine, *Revista de Medicina y Cine*. 2015; vol. 11; 1: 19-33.
- Sainz Bermejo F. Winnicott, un buen compaÑero de viaje, en Liberman Isod Ariel y Abell3 Blanco, A (comps.). *Winnicott hoy, su presencia en la cl3nica actual*, Madrid: Psim3tica, 2008. p. 345-360.
- Solomon RC. *Ètica emocional. Una teor3a de los sentimientos*, Barcelona: Paid3s Ib3rica; 2007.
- Sontag S. *Ante el dolor de los dem3s*, Madrid: Santillana; 2004.
- Tom3s MC, Gloria M, *La vida humana a trav3s del cine*, Universidad de Navarra, Pamplona, 2009.
- Torralla F. *Ètica del cuidar: Fundamentos, Contextos y Problemas*, Madrid: Institut Borja de Bioètica y Fundaci3n Mapfre Medicina Madrid, 2002.

Notas

1. Esta comunicación deriva del estudio que se está llevando a cabo con motivo del proyecto de investigación titulado «Reflexiones éticas sobre la representación cinematográfica del cuidado del ser humano en el cine», premiado con una beca en materia de Bioética por la Fundació Víctor Grífols i Lucas en el año 2018.
2. El estudio pormenorizado de estos y otros ejemplos se aborda en el proyecto al que se hace referencia en la nota anterior.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

50. *Pensar la maternidad*
49. *Publicidad y salud*
48. *Prioridades y políticas sanitarias*
47. *Ética y donación de plasma: una mirada global*
46. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?*
45. *CRISPR... ¿debemos poner límites a la edición genética?*
44. *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*
43. *¿Debemos revisar el concepto de muerte?*
42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*

3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

4. *Repensar el cuerpo*
3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS