



SOBRE BIOÉTICA Y HUMANIZACIÓN

Para humanizar la asistencia sanitaria, es necesaria la colaboración con la Bioética. Desde hace años, la atención integral centrada en la persona aboga por un cambio cultural y un nuevo paradigma de atención: **mirar a la persona y sus capacidades**, en lugar de centrarse en la enfermedad y la discapacidad que genera¹.

En la actualidad existe una tendencia errónea a relacionar la **excelencia profesional** con ser un experto o una eminencia en un campo de conocimiento, olvidando la gran importancia que la dimensión humana tiene en la práctica profesional, especialmente en las profesiones sanitarias. El fin de estas profesiones es ayudar al paciente, cuidarlo y ayudarle a alcanzar la mejor calidad de vida posible.

La **ética de virtudes**, basada en la ética aristotélica y en el concepto clásico de virtud, considera la excelencia como la *mejor disposición para lograr un fin, para realizar bien o de la mejor manera posible un acto*.

Es importante promover un **entendimiento** entre el pensamiento de filósofos y eticistas, y la realidad de profesionales sanitarios y población general. Pero en nuestros estudios hemos encontrado que hay una **brecha** entre ética, profesión y población, posiblemente debido a la ausencia de un lenguaje común que favorezca el **consenso** entre ética y asistencia sanitaria².

Cuando analizamos la interpretación que la población general hace de conceptos filosóficos como *excelencia profesional, virtud, vocación, prudencia, integridad y justicia* observamos que, con excepciones, la población conoce lo que significan, conoce sus definiciones.

Y, respecto a las virtudes que los eticistas llaman *sinceridad, benevolencia y olvido de sí* encontramos **entendimiento**. Sin embargo, encontramos **puntos de desacuerdo** en las virtudes que definen los bioeticistas como más relevantes para calificar a un profesional sanitario de excelente.

Mientras que la **prudencia**, es la virtud por excelencia entre bioeticistas, parece que no lo es tanto para la población general, que prefiere la **vocación** en el profesional, seguida del **respeto** y la **compasión**.

La población general parece separar el conocimiento teórico de las preferencias prácticas. Valora más **aspectos que pueden observar cuando les tratan**, como las actitudes de acercamiento y entendimiento del paciente, el respeto o la compasión

¹Bermejo, J.C. (2019). *Humanizar el cuidado. Atención centrada en la Persona*. Madrid: PPC.

² Hernández Cediell, MC, Bermejo, JC, Villaceros M. (2020). La excelencia profesional vista desde la ética y desde la asistencia sanitaria. Similitudes y diferencias. *Rev. Ética de los Cuidados*, v13: e13029

antes que aquellas virtudes que teóricamente tienen mayor importancia, pero a la vez pueden ser más abstractas como prudencia, justicia o integridad³.

Como vemos, son necesarios los **espacios para la reflexión**, sobre estas y otras cuestiones.

De hecho, en un experimento que hicimos durante unas Jornadas de Bioética, pudimos observar un claro **aprendizaje del auditorio sobre cuestiones éticas** (referentes a la enfermedad de Alzheimer en aquella ocasión).

Analizamos las diferentes opiniones antes y después de una mesa de diálogo interactiva entre un moderador, dos profesionales sanitarios y una muestra de 50 votantes del auditorio, constatando que **una mesa de debate interactiva posibilita el dialogo y el acercamiento** entre profesionales sanitarios, instituciones y ciudadanos. Promueve el aprendizaje y los cambios de opinión.

En concreto destacó la existencia de aprendizaje alrededor de cuestiones éticas, por ejemplo, **sobre el ingreso**. Se valoró que, aspectos como la cantidad de información, la toma de decisiones, la conveniencia del lugar de residencia, el uso de sujeciones y la comunicación de malas noticias no tienen una respuesta única, sino que, en un porcentaje elevado, la respuesta adecuada es particular y necesita el estudio del caso, ya que por otro lado, son aspectos que evolucionan con el avance de la enfermedad⁴.

De hecho, reconocer los **límites** del principio de autonomía no significa negar la autonomía. Los límites vienen marcados por el principio de autonomía y de justicia. La beneficencia evita perjudicar a otros y la justicia permite hacer un ajustamiento a la situación concreta⁵.

En otra ocasión, durante unas Jornadas de Cuidados Paliativos pusimos sobre la mesa y dimos espacio al **documento de voluntades anticipadas**. Aunque el porcentaje de ciudadanos con este documento registrado fue muy bajo, menos del 5% en la Comunidad de Madrid (en enero del 2020), observamos, no obstante, que la intención de formalizarlo era muy amplia. El inicialmente llamado testamento vital es un instrumento en muchas ocasiones útil para afrontar el proceso de final de vida⁶.

Para poder investigar en ámbitos tan abstractos como los que nos interesan necesitamos aterrizar formas de medida. Un tronco de madera sabemos que mide uno, dos o tres metros simplemente con medirlo, pero, ¿cómo podemos decidir el nivel de actitud ética que tiene un profesional?

³ Bermejo JC, Hernández MC, Carretero H, Villaceros M. Virtudes para alcanzar la excelencia en las profesiones sanitarias. Comparación entre la perspectiva ética y asistencial. EIDON, 2020, 54: 49-65
DOI:10.13184/eidon.54.2020.49-65

⁴ Bermejo JC, Villaceros M, Carabias R. Experimento de aprendizaje sobre cuestiones éticas a partir de una mesa de diálogo interactivo. Gerokomos 2013; 24 (3): 104-108

⁵ Rivas Flores, FJ, Comité de Ética San Camilo. La autonomía personal en la práctica de los ámbitos sociosanitarios: alcance y límites. Comunicación presentada al XII Congreso Internacional de Bioética (AEBI). Valencia, octubre 2019

⁶ Bermejo JC, Carabias R, Villaceros M, Belda RM. Testamento vital, conocimiento y opinión que sobre él tiene una población de asistentes a unas jornadas sobre la enfermedad de Alzheimer. Gerokomos 2013; 24 (1): 22-25

Necesitamos **instrumentos** que cuantifiquen constructos abstractos. Por ejemplo, para poder medir si entre un grupo de profesionales existe o no existe actitud ética de fondo, hemos desarrollado una escala breve de medida de actitud ética, recogiendo actitudes generales de los profesionales asistenciales en su práctica diaria con el anciano dependiente. Esta **Escala de Actitudes Éticas (EAE)** para profesionales del ámbito de la dependencia, recoge 13 ítems referentes a la observancia, dentro de la práctica diaria, de los principios de la bioética, autonomía, beneficencia, confidencialidad y no maleficencia⁷.

Una de las concreciones que es interesante valorar acerca de las actitudes éticas en ámbitos como el nuestro, la residencia de San Camilo, es sobre el uso de sujeciones, físicas y/o farmacológicas. La utilización de estas sujeciones para mayor control de las personas mayores o con discapacidad ha sido una práctica casi habitual. Bajo la bondadosa intención de proteger, se han venido utilizando, quizás, con demasiada frecuencia. De forma incontrolada constituyen una mala práctica⁸.

Por eso también hemos desarrollado el **Cuestionario de actitudes de profesionales asistenciales hacia el uso de sujeciones (PAUSE)**, que ya va por su segunda versión (PAUSE-V2), midiendo dos dimensiones, la actitud más o menos a favor de la autonomía del residente y la propensión del profesional a “asegurar” la sujeción⁹.

⁷ Villaceros M, Bermejo JC y Steegman L. Escala de actitud ética (EAE) en residencias Journal of Healthcare Quality Research. 2018;33(6):352-359. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.09.004>

⁸ Gil, M. Buenas prácticas en el uso de sujeciones en centros para personas mayores. Actas de la Dependencia 2011; 3, 97-105

⁹ Villaceros M, Steegman L, Rodríguez FJ, Bermejo JC, Iglesias L, Ruiz S. Validación de la versión 2 del cuestionario sobre actitudes de profesionales asistenciales hacia el uso de sujeciones (PAUSEV2). Comunicación presentada al 62º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Junio 2020 Madrid

