



REVISTA INTERNACIONAL DE
**HUMANIDADES
MÉDICAS**

VOLUMEN 5
NÚMERO 1

**REVISTA INTERNACIONAL
DE HUMANIDADES MÉDICAS**

VOLUMEN 5, NÚMERO 1



REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS
<http://tecnociencia-sociedad.com/revistas/coleccion/>

Publicado en 2016 en Madrid, España
por Global Knowledge Academics
www.gkacademics.com

ISSN: 2254-5859

© 2016 (revistas individuales), el autor (es)

© 2016 (selección y material editorial) Global Knowledge Academics

Todos los derechos reservados. Aparte de la utilización justa con propósitos de estudio, investigación, crítica o reseña como los permitidos bajo la pertinente legislación de derechos de autor, no se puede reproducir mediante cualquier proceso parte alguna de esta obra sin el permiso por escrito de la editorial. Para permisos y demás preguntas, por favor contacte con <soporte@gkacademics.com>.

La REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS es revisada por expertos y respaldada por un proceso de publicación basado en el rigor y en criterios de calidad académica, asegurando así que solo los trabajos intelectuales significativos sean publicados.

REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

Director científico

Karim Javier Gherab Martín, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

Editores

Dante Gallian, Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil

Juan C. Hernández-Clemente, Universidad Autónoma de Madrid, España

Consejo editorial

Alarcón, Renato D., Humanidades Médicas y Psicopatología, Mayo Clinic, EEUU y Perú

Arce Cordón, Rosario De, Psicopatología, Univesidad Autónoma Madrid, España

Asúnsolo del Barco, Angel, Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Alcalá, España

Balaguer, Emilio, Historia de la Medicina, UMH, España

Camps, Victoria, Filosofía, Bioética, Universidad Autónoma Barcelona, España

Cantero, Josefa, Derecho Administrativo, Asociación Juristas de la Salud,

Universidad de Castilla-La Mancha, España

Comelles, Josep M., Antropología Médica, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

Lolas, Fernando, Bioética, Universidad de Chile, Chile

Morgado Pereira, José, Historia y Sociología de la Ciencia, Universidad de Coimbra, Portugal

Pandiella, Andrés, Filosofía, Comunicación, Universidad Autónoma Madrid, España

Pereira, Ana Leonor, Historia da Cultura, Universidad de Coimbra, Portugal

Pérez-Rincón, Héctor, Humanidades Médicas, UNAM, México DF, México

Ramírez Bermúdez, Jesús, Narrativa, México DF, México

Vieira Villela, Wilza, Humanidades Médicas, Universidad Federal de São Paulo, Brasil

Editores asociados

Helena S. S. Brizelli

Flavio Emiliani

Carlos Miguel Hernández Covarrubias

José Manuel Mansilla Morales

Lorenzo Alejandro Méndez Rodríguez

Francisco Pinheiro

Ignacio Quintanilla Navarro

Rubén Ramos

Elvio Gilberto da Silva

Alejandro Tamayo

Gasto energético de la electroestimulación integral: Una comparación con otras actividades físicas, métodos y dispositivos de entrenamiento

Miguel Ángel de la Cámara Serrano, Universidad Autónoma de Madrid, España

Resumen: En España y Centroeuropa se han multiplicado los estudios de entrenamiento personal que cuentan con los dispositivos de electroestimulación integral o de cuerpo entero, conocido en la literatura científica como Whole Body Electromyostimulation (WB-EMS). Los centros de WB-EMS suscitan una serie de beneficios por el uso o entrenamiento con este tipo de dispositivo. Uno de los beneficios promovidos es un elevado gasto energético comparado con otro tipo de actividades físicas. En algunos casos se llega a equiparar 20 minutos de WB-EMS con 3 o 4 horas de ejercicio intenso. Se realizó una revisión bibliográfica con el fin de elaborar una comparativa entre el gasto energético generado por una sesión de WB-EMS y otras actividades, métodos o dispositivos de entrenamiento. Los resultados muestran que, a similar intensidad, una sesión de electroestimulación integral como la descrita en el estudio de referencia, no presenta ser superior a otras actividades, métodos o dispositivos de entrenamiento. Esta publicidad puede llegar a cambiar el tipo o la frecuencia de actividades de algunos usuarios, quienes motivados por el beneficio publicitado, podrían abandonarlas o reducirlas, con el consiguiente riesgo de no acumular los mínimos de actividad física recomendados por el American College of Sports Medicine o la Organización Mundial de la Salud.

Palabras clave: gasto energético, electroestimulación integral, actividades físicas

Abstract: Studies of personal training with integrated electro-stimulation or whole body devices, known in scientific literature as a Whole Body Electromyostimulation (WB-EMS) have multiplied in Spain and Central Europe. WB-EMS centers pose a series of benefits for the use or training with this type of device. One of the benefits promoted is a high-energy expenditure compared to other types of physical activity. In some cases one gets to match 20 minutes from WB-EMS with 3 or 4 hours of intense exercise. A literature review was conducted in order to make a comparison between the energy costs generated by a session of WB-EMS and other activities, methods or training devices. The results show that, at similar intensity, a session of WB-EMS as described in the baseline study, not presents be superior to other activities, methods or training devices. This publicity can change the type or frequency of activities of some users, who motivated by the advertised benefit, could leave or reduce them, with the consequent risk of not to accumulate the minimum of physical activity recommended by the American College of Sports Medicine or the World Health Organization.

Keywords: Energy Expenditure, Whole Body Electromyostimulation, Physical Activities

Introducción

En España se han multiplicado los estudios o centros de entrenamiento que cuentan con los dispositivos de electroestimulación integral o de cuerpo entero, en la literatura científica Whole Body Electromyostimulation (WB-EMS). España crece en número de centros de este tipo, comenzando a ser muy notable su presencia en casi la totalidad de las provincias españolas. Centroeuropa, concretamente Alemania, es el país que cuenta con mayor número de centros de WB-EMS en la actualidad.

La principal actividad de este tipo de centros es la realización de sesiones de entrenamiento mediante la utilización de la electroestimulación neuromuscular (EMS o NMES). Para ello, utilizan un chaleco o *body* al que se le han acoplado varios electrodos. Este chaleco o *body* está conectado (Wi-Fi o cable) a un dispositivo generador de corrientes excitomotoras. Estas corrientes, provocan la activación y contracción de la musculatura de diferentes regiones corporales y/o grupos musculares de forma simultánea.



Los centros de WB-EMS suscitan una serie de beneficios por el uso o entrenamiento con este tipo de dispositivo. Uno de los beneficios promovidos es un elevado gasto energético (GE) comparado con otro tipo de actividades físicas. En algunos casos se llega a equiparar 20 minutos de WB-EMS con 3 o 4 horas de ejercicio intenso.

Este y otros beneficios promovidos por los centros de WB-EMS pueden generar un cambio de hábitos de personas que, atraídos por los beneficios anunciados, pueden abandonar, modificar o reducir la frecuencia o el tipo de actividades físicas que realizan.

El objetivo de este estudio es realizar una comparativa entre el GE generado por una sesión de electroestimulación integral y otro tipo de actividades físicas, métodos o dispositivos de entrenamiento.

Aproximación al objeto de estudio

Previo al desarrollo de las diferentes secciones de este artículo y con el fin de familiarizarse con los términos y palabras empleados en él, se ha incluido una breve explicación de los conceptos utilizados a lo largo del mismo.

Gasto energético

El gasto energético (GE) de una persona puede definirse como “el consumo de energía que realiza una persona durante un periodo concreto de tiempo” (Fernández, Sainz y Garzón, 2007, p.43). Este consumo de energía puede provenir del propio gasto fisiológico que generan los diferentes órganos corporales y sus reacciones y procesos necesarios, básicos y vitales para una correcta homeostasis (gasto energético basal) o del gasto producido por la realización de cualquier tipo actividad física (gasto energético de las actividades físicas). Además, como señalan Serra y Bagur (2004) pueden influir en el GE de una actividad “sus características propias, factores personales y ambientales” (p.120).

El gasto energético se cuantifica principalmente en kilocalorías (Kcal) o en MET. Según Billat (2002) el MET “es una unidad de potencia que indica el consumo de oxígeno de reposo en mililitros de O_2 /min/kg”¹ (p.178). Según Peinado (2014), un MET “es la cantidad de energía necesaria para que una persona permanezca despierta, equivaliendo a 3,5 ml de O_2 /kg/min” (p.344).

Existen diferentes métodos empleados para el cálculo del ritmo y la intensidad del consumo energético durante la actividad física. La calorimetría indirecta puede decirse que es uno de los métodos más empleados en la literatura para la medición del GE tanto en el ámbito clínico como en el deportivo. La calorimetría indirecta “es un método de cálculo del gasto de energía mediante la medición de los gases respiratorios” (Kent, 2003, p.105). Estima el gasto metabólico mediante la medida del consumo de oxígeno (VO_2)² y la producción de dióxido de carbono (VCO_2), (Gil, 2010, p.79; Mora, 2009, p.71).

Electroestimulación integral

La electroestimulación neuromuscular (NMES) o electroestimulación muscular (EMS) “consiste en la aplicación de una corriente eléctrica al músculo o nervio periférico con el fin de lograr una contracción muscular involuntaria del músculo” (Benito y Martínez, 2013, p. 9).

WB-EMS es la aplicación de NMES o EMS de forma global y sincrónica, es decir, la estimulación muscular de diferentes regiones y grupos musculares de forma simultánea.

El equipamiento con el que se realiza WB-EMS consiste, generalmente, en un chaleco y unas cinchas o bandas que rodean brazos y muslos. A ellos se les han integrado o acoplados una serie de electrodos. Todo ello queda unido o conectado mediante cables o Wi-Fi entre estas piezas y la consola o dispositivo que emite o genera la corriente. Este equipamiento permite la activación

¹ Mililitros de oxígeno por minuto por kilogramo de peso.

² Volumen consumido de oxígeno

simultánea de entre 14 y 18 regiones u 8-12 grupos musculares (Kemmler, Von Stengel, Schawarz y Mayhew, 2012; Kemmler y Von Stengel, 2013).

La mayoría de estos dispositivos utilizan dispositivos que generan corrientes de baja y media frecuencia con impulsos bifásicos, rectangulares y simétricos.

Las sesiones de entrenamiento ofertadas por los centros de WB-EMS tienen una duración de entre 20 y 25 minutos y una frecuencia semanal de entre una y dos veces por semana.

Beneficios suscitados

Entre los diferentes beneficios que promueven los centros de WB-EMS, se encuentra el gran GE producido por una sesión de electro estimulación integral. Este GE es comparado y equiparado con otro tipo de actividades físicas vigorosas o intensas, promoviendo un GE de hasta 2500 Kcal por sesión o fundando que una sesión de WB-EMS equivale a 3 o 4 horas de ejercicio intenso.

El gasto energético promovido por los centros de WB-EMS es atribuido a la activación de una gran cantidad de musculatura (coactivación voluntaria e involuntaria de la musculatura) por lo que el GE sería mucho mayor que si fuera realizada únicamente de forma voluntaria. Por otro lado, este gran GE es atribuido a un exceso de consumo de oxígeno postejercicio (EPOC) mucho mayor en comparación con otras actividades físicas.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando los motores de búsqueda Google Scholar, SPORTDiscus y Dialnet. Las palabras en español empleadas para la búsqueda fueron; electroestimulación integral, actividad física, gasto energético y coste energético, utilizando el conector “AND” en los términos señalados. En lengua inglesa las palabras empleadas fueron; whole body electromyostimulation, physical activity, energy expenditure y energy cost. La búsqueda fue acotada y limitada a estudios publicados desde el año 1995 en adelante.

Resultados

Se encontraron 11 referencias sobre WB-EMS en la búsqueda realizada. Únicamente se encontró un estudio en el que se midiera el GE producido por una sesión de WB-EMS. Este estudio fue realizado por Kemmler *et al.* (2012) y mostró que una sesión como la descrita en la Tabla 1 realizada de forma simultánea junto con WB-EMS generó una GE de 412 ± 60 Kcal/hora.

Tabla 1: Ejercicio realizados en una sesión de WB-EMS

<i>Ejercicio</i>	<i>Región o área principal de trabajo</i>
Sentadilla y curl de bíceps	Extensores y flexores de piernas, glúteos, flexores de codo
Sentadilla y extensión de brazo	Extensores y flexores de piernas, glúteos, extensores de brazo
Sentadilla y crunch abdominal	Extensores y flexores de piernas, glúteos, abdomen
Sentadilla y jalón dorsal (en la bajada) y press de hombro en la subida	Extensores y flexores de piernas, glúteos, flexor de brazo, extensor de brazo, hombro, pecho, espalda alta
Sentadilla, mariposa (en la bajada) y movimiento contrario (en la subida)	Extensores y flexores de piernas, glúteos, pecho, espalda alta
2 series de 8 repeticiones cada uno. Duración de la sesión 16 minutos	

Fuente: Adaptado de Kemmler et al. (2013).

El estudio realizado por Kemmler *et al.* generó un 17% más de GE que el grupo control (GC) (412 ± 60 kcal/hora Vs 352 ± 70 kcal/hora), estos últimos realizaron solo los ejercicios contemplados en la Tabla 1 (sin WB-EMS como coadyuvante). Hay que destacar que en el grupo de la WB-EMS los sujetos percibieron un esfuerzo en la realización de los ejercicios significativamente mayor que la reportada por el GC ($14,7 \pm 1,5$ frente a $11,9 \pm 1,8$ respectivamente) en la escala de esfuerzo percibido de Borg. Todos los sujetos del estudio fueron hombres $n=19$ con una media de edad de $26 \pm 4,5$ años.

Otros estudios reportaron este incremento adicional en el GE al comparar la realización de una misma actividad con o sin un dispositivo de entrenamiento; 17% más al realizar diversos ejercicios en una plataforma vibratoria respecto al GC (Da Silva, Fernandez, Castillo, Nuñez, Vaamonde, Poblador y Lancho, 2007) o al comparar una misma actividad física añadiendo un implemento o lastre; 20% más al realizar “nordic walking” con bastones que sin ellos (Church, Earnest y Morss, 2012).

Diferentes estudios cuantifican el GE producido en la realización de diversas actividades. En los siguientes puntos se muestra el GE³ producido por varias actividades realizadas a una intensidad similar⁴ en la escala de esfuerzo percibido de Borg (RPE):

- Spinning®: 564 kcal/hora con una media de entre 12-13 en la RPE (Caria, Tangianu, Congu, Crisafulli y Mamelli, 2007).
- Elíptica: 773 kcal/hora con una media de 11 en la RPE (Moyna, Robertson, Meckes, Peoples, Millich y Thompson, 2001).
- Escalada (nivel fácil): 512 kcal/hora con una media de 12-13 en la RPE (Mermier, Robergs, McMinn y Heyward, 1997).
- Zumba®: 570 kcal/hora con una media de 13-14 en la RPE (Luetgen, Foster, Doberstein, Mikat y Porcari, 2012).
- Tabata®: 804 kcal/hora con una media de 13-14 en la RPE (Porcari, 2013).
- Crossfit: 780 kcal/hora con una media de 15-16 en la RPE (Kluszczewicz, Snarr y Esco, 2014).
- Nordic walking: 414 kcal/hora con una media de 9-10 en RPE (Church, Earnest y Morss, 2002).
- Cinta de andar/correr: 684 kcal/hora con una media de 12-13 en RPE (Brown, Cook, Krueger y Heelan, 2010).

No se encontraron estudios que realizaran comparativas entre la WB-EMS y otras actividades, métodos o dispositivos de entrenamiento. Por otro lado, tampoco se encontró estudios que cuantifiquen, verifiquen y contrasten los beneficios promovidos en cuanto al GE de la WB-EMS en las proporciones o cifras mencionadas en puntos anteriores.

Por último, no se encontraron referencias al EPOC producido por este tipo de dispositivos en la revisión realizada.

Discusión

Una sesión como la descrita en el estudio de Kemmler *et al.* (utilizado como referencia) no presenta ser superior en cuanto al GE a otras actividades físicas métodos o dispositivos de entrenamiento a una similar intensidad (RPE).

Al transformar en MET's el resultado del GE producido por una sesión de WB-EMS como la descrita en Kemmler *et al.* y utilizándola como referencia (5 MET's) se puede observar que al compararla con otro tipo de actividades expuestas dentro del Compendio de Actividades Físicas⁵ no

³ Para proceder a realizar la comparativa se han transformado las unidades a Kcal/hora en los estudios en los que el dato del GE no estaba expresado en esta medida.

⁴ Para proceder a realizar la comparativa se han transformado las intensidades de los estudios en los que no se encontraban expresadas según la escala de esfuerzo percibido de Borg utilizando como referencia los valores expresados en Buceta (1998).

⁵ Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. Ainsworth *et al.* (2011).

muestra ser desproporcionadamente superior respecto a otras actividades físicas, dispositivos o métodos de entrenamiento a una similar intensidad, como se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2: Actividades físicas y su correspondiente gasto en MET's

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Intensidad</i>	<i>MET</i>
<i>Actividad física mediante videojuegos (ej. Wi-Fit®)</i>	Moderado	3,8
<i>Exergaming, Dance Dance Revolution®</i>	Vigoroso	7,2
<i>Entrenamiento en circuito</i>	Moderado	4,3
<i>Entrenamiento en circuito</i>	Vigoroso	8
<i>Stepper</i>	General	9
<i>Comba</i>	General	12,3
<i>Pilates</i>	General	3
<i>Aerobic</i>	General	7,3
<i>Running</i>	10 km/hora	9,8
<i>Golf</i>	General	4,8
<i>Danza</i>	General, clase o ensayo	5
<i>Nadar</i>	Leve o moderado	5,8

Fuente: Adaptado de *Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values*. Ainsworth et al. (2011).

Al no haber estudios o referencias sobre el EPOC producido por una sesión de WB-EMS no puede afirmarse que exista un gran efecto sobre éste ni que sea mayor al que producen otras actividades dispositivos o métodos de entrenamiento. Además se ha de tener en cuenta que, según la bibliografía existente, el EPOC producido por la actividad física representa una pequeña contribución o porción del GE de la actividad física (Greer, Sirithienthad, Moffatt, Marcello y Panton, 2015; Laforgia, Withers y Gore, 2006) y que, en cualquier caso, el gasto calórico derivado del EPOC es menor que el de la actividad física en sí (Almuzaini, Potteiger y Green, 1998; Borsheim y Bahr, 2003; Schuenke, Mikat y McBride, 2002).

En el estudio de Kemmler *et al.* puede observarse que los mismos autores tenían unas previsiones mayores en cuanto al GE generado por la WB-EMS que las obtenidas finalmente. Los autores esperaban obtener un 33% o más de GE en comparación con el GC pero el resultado fue de un 17% más de GE respecto a este grupo, resultado que puede haberse visto incrementado y por consiguiente, sobrestimado, debido a que el grupo de la WB-EMS soportó una mayor carga de trabajo al mantener un esfuerzo significativamente mayor durante la sesión que el GC; RPE ($14,7 \pm 1,5$ frente a $11,9 \pm 1,8$ respectivamente). Quizás el resultado modesto de este estudio influya en la línea de investigación continuada⁶ con este tipo de dispositivos en los últimos años (sarcopenia, osteopenia y pérdida de grasa corporal en adultos mayores) (Kemmler y Von Stengel, 2012; Kemmler y Von Stengel, 2013; Kemmler, Bebenek, Engelke y Von Stengel, 2014; Von Stengel, Bebenek, Engelke y Kemmler, 2015). Entre las conclusiones de estos estudios se puntualiza que la WB-EMS es una opción de trabajo (entrenamiento) suave para sujetos que no quieran o no puedan realizar ejercicio convencional o tradicional (Kemmler, Schliffka y Mayhew y Von Stengel, 2010; Kemmler *et al.*; Kemmler y Von Stengel, 2012; Kemmler y Von Stengel, 2013; Kemmler, Bebenek, Engelke y Von Stengel, 2014; Von Stengel, Bebenek, Engelke y Kemmler, 2015).

El GE de una sesión de 20 minutos de WB-EMS (duración promedio de las sesiones) como la descrita en el estudio de Kemmler *et al.* puede estimarse en 137 Kcal.⁷ El Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM, 2007) recomienda que los umbrales mínimos de GE por sesión para la pérdida de adiposidad sean de 300 Kcal o 200 Kcal (3 o 4 veces por semana respectivamente) o una acumulación mínima de 150 minutos de actividad física moderada (Donnelly, Blair, Jakicic, Manore, Rankin y Smith, 2009). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2010)

⁶ Existe un estudio previo anterior a la fecha de publicación del estudio de Kemmler *et al* referente a esta línea de investigación; Kemmler, Schliffka y Mayhew y Von Stengel (2010).

⁷ Resultado de dividir 412 kcal/hora entre 3 para obtener el GE de una sesión de 20 minutos .

recomienda un mínimo de 150 minutos de actividad física aeróbica vigorosa para la prevención de enfermedades no transmisibles (ENT) y la mejora cardiorrespiratoria y muscular entre otras. Por consiguiente, una sesión de WB-EMS como la descrita no acumularía los mínimos de actividad física requerida (en cuanto a tiempo y GE) para impactar de forma clara en un programa de pérdida de peso ni como mantenimiento de una adecuada salud ó como prevención de las ENT.

Si se toman como referencia las indicaciones o recomendaciones de la ACSM y la WHO sobre la cantidad, frecuencia y tipo de actividad física necesaria tanto para el mantenimiento de una buena salud como para la prevención de ENT y la pérdida de grasa, la WB-EMS no puede concebirse como un sistema de entrenamiento en sí mismo, es decir, un sistema único de entrenamiento capaz de satisfacer o cumplir con los requerimientos de actividad física recomendados para la población general (adultos y adultos mayores). Las sesiones de WB-EMS, no cumplen el mínimo de minutos semanales recomendados por estos organismos y no se conoce el GE de la realización de los diferentes tipos de entrenamiento que se realizan en dichas sesiones de forma conjunta con la WB-EMS. El estudio de Kemmler *et al.* nos permite suponer que el efecto coadyuvante de la WB-EMS es de un 17% más respecto a otros tipos de actividades físicas realizadas de forma voluntaria sin WB-EMS, pero se debe de tener en consideración que al ser unas sesiones breves (20-25 minutos) con una frecuencia semanal de 1 o 2 veces, este aporte extra probablemente no consiga compensar o suplir al realizado por otras actividades físicas o métodos de entrenamiento realizadas tradicionalmente con una duración mayor y por consiguiente no llegara a cumplir con las recomendaciones de los diferentes organismos si se utiliza de forma aislada o como único medio o método de entrenamiento.

En cualquier caso, los estudios realizados hasta el momento sobre el impacto y efecto de la WB-EMS en el GE no permiten generar afirmaciones como las frecuentemente observadas por los centros de electroestimulación integral, debiendo utilizarse como complemento a la actividad física tradicional y no como sustitutivo o alternativa a otros tipos o métodos de entrenamiento, por lo que la promoción de esta tecnología debe hacerse de forma que no produzca equívocos y confusiones, promocionándolo como un medio de entrenamiento sumativo y no como un método superior, equivalente, excluyente o sustitutivo a otras formas o métodos de entrenamiento.

Es necesaria una investigación más exhaustiva sobre los beneficios promovidos y asociados al uso de este tipo de dispositivo. Debido a la gran cantidad de parámetros necesarios para la aplicación de la electroestimulación (tipo y ancho de impulso, frecuencia, tiempo de contracción y de reposo) así como el tipo de ejercicio coadyuvante realizado (aeróbico, interválico, fuerza, etc.) debe ser considerada una investigación con una metodología homogénea que permita contrastar posteriormente los resultados. Por otra parte, en la planificación del estudio debiera contemplarse la utilización de grupos de control o métodos de entrenamiento que realizaran trabajos contra resistencias o lastrados puesto que la electroestimulación puede considerarse como un método de entrenamiento para la mejora de la fuerza; (Weineck, 2005; Wilmore y Costill, 2007; Cometti, 2014) y por lo tanto los grupos no estarían en similares condiciones, sobrestimando y sobrevalorando los resultados y no representando el efecto o impacto real de la WB-EMS sobre los demás métodos o viceversa.

Por último, señalar que la publicidad empleada por estos centros parece ser, a la vista de la comparativa, muy agresiva no respondiendo a bases o fundamentaciones científicas. En España, la introducción, comercialización y promoción de esta tecnología y fundamentalmente los beneficios que se les han asociado, no han sido controlados. En Estados Unidos, varias normativas de la Food & Drug Administration (FDA, 2015), impiden la importación y comercialización de aparatos de electroestimulación que en sus indicaciones consten beneficios que no estén dentro de los debidamente fundamentados y contrastados científicamente.

Conclusiones

Son pocos los estudios realizados hasta el momento que cuantifiquen el efecto de la WB-EMS en el GE. Según lo expuesto y considerando los estudios previos, no puede generalizarse la idea de que la WB-EMS genere un GE en proporción y cifras superior al generado por otros tipos, métodos o dispositivos de entrenamiento.

Debido a la fuerte publicidad que realizan estos centros sobre el uso de WB-EMS y su equivalente en horas de actividad física, la población general (motivados por el alto GE promovido) podría abandonar o reducir el tipo o la frecuencia de otras actividades físicas o métodos de entrenamiento con mayor GE, con el consiguiente riesgo o perjuicio de no llegar a acumular los mínimos de actividad física recomendada.

Son necesarias más investigaciones que contrasten los beneficios suscitados por los centros de WB-EMS. Debido a la multitud de parámetros de la electroestimulación y de los tipos de entrenamiento o actividad física realizada con este tipo de tecnología, se hace imprescindible que ésta sea una investigación protocolizada y homogénea.

REFERENCIAS

- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Herrmann, S. D., Meckes, N., Bassett, D. R., Tudor-Locke, C., Greer, J. L., Vezina, J., Whitt-Glover, M. C. y Leon, A. S. (2011). Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(8), 1575-1581.
- Almuzaini, K. S., Potteiger, J. A. y Green, S. B. (1998). Effects of split exercise sessions on excess postexercise oxygen consumption and resting metabolic rate. *Canadian Society for Exercise Physiology*, 23(5), 433-43.
- American College of Sports Medicine. ACSM. (2007). *Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Benito, E. M. y Martínez, E. J. (2013). *Electroestimulación neuromuscular en el deporte*. Sevilla, España: Wanceulen.
- Benito, P. J. (2014). Gasto energético. En P. J. Benito, S. C. Calvo, C. Gómez y C. Iglesias (Eds.). *Alimentación y nutrición en la vida activa: ejercicio físico y deporte* (pp. 323-348). Madrid, España: Editorial Uned.
- Billat, V. (2002). *Fisiología y metodología del entrenamiento. De la teoría a la práctica*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Borsheim, E. y Bahr, R. (2003). Effect of exercise intensity, duration and mode on post-exercise oxygen consumption. *Sports medicine*, 33(14), 1037-60.
- Brown, G. A., Cook, C. M., Krueger, R. D. y Heelan, K. A. (2010). Comparison of energy expenditure on a treadmill vs. an elliptical device at a self-selected exercise intensity. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 24(6), 1643-1649.
- Buceta, J. M. (1998). *Psicología del entrenamiento deportivo*. Madrid, España: Editorial Dykinson.
- Caria, M. A., Tangianu, F., Congu, A., Crisafulli, A. y Mamelli, O. (2007). Quantification of Spinning® bike performance during a standard 50-minute class. *Journal of Sports Sciences*, 25(4), 421-429.
- Church, T. S., Earnest, C. P. y Morss, G. M. (2002). Field testing of physiological responses associated with Nordic Walking. *Research quarterly for exercise and sport*, 73(3), 296-300.
- Cometti, G. (2014). *Los métodos modernos de musculación*. Barcelona, España. Editorial Paidotribo.
- Da Silva, M. E., Fernandez, J. M., Castillo, E., Nuñez, V. M., Vaamonde, D. M., Poblador, M. S. y Lancho, J. L. (2007). Influence of vibration training on energy expenditure in active men. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 21(2), 470-475.
- Donnelly, J. E., Blair, S. N., Jakicic, J. M., Manore, M. M., Rankin, J. W. y Smith, B. K. (2009). American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine and science in sports and exercise*, 41(2), 459-471.
- FDA. (2015). *Import Alert 89-01*. U. S. Food & Drug Administration. Recuperado de http://www.accessdata.fda.gov/cms_ia/importalert_240.html.
- FDA. (2015). *CPG Sec. 355.200*. U. S. Food & Drug Administration. Recuperado de <http://www.fda.gov/iceci/compliancemanuals/compliancepolicyguidancemanual/ucm073906.htm>.
- Fernández, M. D., Sainz, A. G. y Garzón, M. C. (2007). *Entrenamiento físico-deportivo y alimentación*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Gil, A. (2010). *Tratado de nutrición: Nutrición clínica*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Greer, B. K., Sirithienthad, P., Moffatt, R. J., Marcello, R. T. y Pantan, L. B. (2015). EPOC Comparison Between Isocaloric Bouts of Steady-State Aerobic, Intermittent Aerobic, and Resistance Training. *Research quarterly for exercise and sport*, 86(2), 190-195.
- Kent, M. (2003). *Diccionario Oxford de medicina y ciencias del deporte*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Kemmler, W., Schliffka, R., Mayhew, J. L y Von Stengel, S. (2010). Effects of whole-body electromyostimulation on resting metabolic rate, body composition, and maximum strength in postmenopausal women: the training and electrostimulation trial. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 24(7), 1880-1887.

- Kemmler, W. y Von Stengel, S. (2012). Alternative exercise technologies to fight against sarcopenia at old age: a series of studies and review. *Journal of Aging Research* (2012). doi.org/10.1155/2012/109013.
- Kemmler, W., Von Stengel, S., Schawarz, J. y Mayhew, J. L. (2012). Effect of whole-body electromyostimulation on energy expenditure during exercise. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 26(1), 240-245.
- Kemmler, W. y Von Stengel, S. (2013). Whole-body electromyostimulation as a means to impact muscle mass and abdominal body fat in lean, sedentary, older female adults: subanalysis of the TEST-III trial. *Clinical Intervention in Age*, (8), 1353-1364.
- Kemmler, W., Bebenek, M., Engelke, K. y Von Stengel, S. (2014). Impact of whole-body electromyostimulation on body composition in elderly women at risk for sarcopenia: the training and electrostimulation trial (TEST-III). *American Aging Association*, (36), 395-406.
- Kliszczewicz, B., Snarr, R. L., y Esco, M. R. (2014). Metabolic and cardiovascular response to the CrossFit workout 'Cindy'. *Journal of Sport and Human Performance*, 2(2).
- Laforgia, J., Withers, R. T. y Gore, C. J. (2006). Effects of exercise intensity and duration on the excess post-exercise oxygen consumption. *Journal of sports sciences*, 24(12), 1247-1264.
- Luetzgen, M., Foster, C., Doberstein, S. Mikat, R. y Porcari, J. (2012). Zumba®: Is the "fitness-party" a good workout? *Journal of Sports Science and Medicine*, (11), 357-358.
- Mermier, C. M., Robergs, R. A., McMinn, S. M. y Heyward, V. H. (1997). Energy expenditure and physiological responses during indoor rock climbing. *British Journal of Sports Medicine*, (31), 224-228.
- Mora, R. (2009). *Fisiología del deporte y el ejercicio. Prácticas de campo y laboratorio*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Moyna, N. M., Robertson, R. J., Meckes, C. L., Peoples, J. A., Millich, N.B. y Thompson, P. D. (2001). Intermodal comparison of energy expenditure at exercise intensities corresponding to the perceptual preference range. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(8), 1404-1410.
- Porcari, J. (2013). Exercise intensity and energy expenditure of a tabata workout. *Journal of Sport Science and Medicine*, (12), 612-613.
- Schuenke, M. D., Mikat, R. P. y McBride, J. M. (2002). Effect of an acute period of resistance exercise on excess post-exercise oxygen consumption: Implications for body mass management. *Journal of Applied Physiology*, 86(5), 411-7.
- Serra, R., Bagur, C. (2004). *Prescripción de ejercicio físico para la salud*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Von Stengel, S., Bebenek, M., Engelke, K. y Kemmler, W. (2015). Whole-body electromyostimulation to fight osteopenia in elderly females: the randomized controlled training and electrostimulation trial (TEST-III). *Journal of Osteoporosis* (2015). doi.org/10.1155/2015/643520.
- Weineck, J. (2005). *Entrenamiento total*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Wilmore J. H. y Costill, D. L. (2007). *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- World Health Organization. WHO. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Génova, Italia: WHO Library Cataloguing inPublication Data.

El acto médico en distorsión: relación sin médico y sin paciente: desplazamiento del poder de decisión al conjunto familia-medios de comunicación-estado clientelar

Claudia Muravchik, Hospital Dr. Julio C. Perrando, Argentina

Resumen: La relación médico-paciente ha ido evolucionando a lo largo del tiempo: desde la hegemonía médica al empoderamiento del paciente; y desde el binomio mencionado a la incorporación de otros involucrados (equipo interdisciplinario-familia-amigos-asesores legales). Deberíamos referirnos (más aún cuando el caso involucra pacientes pediátricos o incapaces) a la relación equipo tratante- familia y su contexto social. Se describen dos casos que resultan paradigmáticos para ilustrar lo que sería un desplazamiento del eje gravitacional de poder dentro de esta relación y la aparición de una nueva hegemonía. Esta hegemonía estaría representada por la familia que, a través de relaciones de poder establecidas con políticos y con los medios de comunicación y construidas sobre la enfermedad del paciente, decide sobre las medidas terapéuticas a implementar basándose en sus propias prioridades. Esto redundaría en una serie de beneficios para los familiares, sin que resulte en beneficios reales para el paciente y que, en casos extremos como los referidos, resulta en encarnizamiento terapéutico.

Palabras clave: bioética, encarnizamiento terapéutico, relación médico-paciente, estado clientelar

Abstract: The relation doctor-patient has been developing as time went by: since the medical hegemony to the empowerish of the patient; and since the mentioned binomial to the incorporation of others involved (Interdisciplinary team, family, friends, legal councillors). We should refer (even more when the case involves pediatric patients or incapables) to the relation treating team-family and its social context. There are 2 cases described that result paradigmatic to illustrate what would be a displacement of the gravitational axis of power inside this relation and the appearance of a new hegemony. This hegemony would be represented for the family that throughout power relations established with politicians and media and built over the illness of the patient decides over the therapeutic measures to implement based in its own priorities. This results into a series of benefits for the relatives, without being profitable in real benefits for the patient and that in extreme cases such as the ones mentioned, it results in therapeutic cruelty.

Keywords: Bioethics, Therapeutic Cruelty, Relation Doctor-Patient, Clientelism

Introducción

La relación médico-paciente, díada constitutiva del llamado acto médico y más antigua que la medicina misma, puede definirse como una modalidad de relación interpersonal que supone el encuentro de dos individualidades. Como todo lo que atañe a la persona, este encuentro no es atemporal ni universal: sucede en un contexto socio-histórico particular, que le otorga significación a la enfermedad que los lleva al encuentro y también los significa a ellos, en sus roles de médico y del paciente.

Esta relación intersubjetiva surge en la búsqueda del bienestar por parte del paciente y se desarrolla en el terreno de la comunicación, entendida ésta como una experiencia antropológica. A través del lenguaje se despliega este juego de poderes entre quien busca ayuda y quien tiene la capacidad de brindarla. Y evoluciona.

Evoluciona en relación al lugar donde se desarrolla: Inicialmente en la intimidad de la habitación del paciente, luego en el consultorio y finalmente en los grandes hospitales.

Evoluciona en cuanto a los actores que lo protagonizan, alejándonos cada vez más de la mínima dupla médico- paciente: acompañando al médico se suman profesionales y técnicos que participan en la



atención de la salud (otros médicos especialistas interconsultores, enfermeros, kinesiólogos, extraccionistas, técnicos de laboratorio, etc.). Acompañando el paciente está presente la familia y se suman otros personajes que influyen en mayor o menor medida en la toma de decisiones, como por ejemplo amigos, asesores legales y la comunidad en general a la que pertenece. Ya no se trata de la "relación médico-paciente" sino de una **"relación equipo de salud- usuarios"**.

Evoluciona, finalmente, la gravitación del poder dentro de la relación que se desplaza sobre los diferentes actores, dando lugar a la descripción de diferentes paradigmas: del paradigma médico hegemónico, paternalista, al proceso de emancipación de los pacientes que desemboca en un paradigma horizontal de decisiones compartidas, con un eje gravitacional puesto en la autonomía del paciente.

A fin de analizar y reflexionar sobre la continua evolución del acto médico, se presenta el reporte de dos casos que pueden resultar paradigmáticos para ilustrar lo que sería un desplazamiento del eje gravitacional de poder dentro de esta relación y la aparición de una nueva hegemonía.

Caso 1

Paciente femenina de 14 años de edad a su ingreso al Servicio de Terapia Intensiva, con diagnóstico de Lipofuscinosis Neuronal Cerúlea, enfermedad neurológica degenerativa progresiva que comenzó a manifestarse a sus cuatro años de edad. Al momento de presentar la complicación (neumonía) que la lleva a la internación, presentaba un cuadro de estado vegetativo persistente, postración, ceguera, sordera, miopatía generalizada y alimentación por sonda nasogástrica. Su familia estaba compuesta por su madre conviviente, compañera y cuidadora diaria, y su padre no conviviente desde el diagnóstico. Obrero él, sostén económico de la paciente, en su frustración por no conseguir financiación para tratarla, inicia una lucha mediática para conseguir que reciba tratamiento de sostén y pueda acceder a un tratamiento experimental (de eficacia no comprobada y alto costo) con implante de células madre. Logra una ley nacional y realiza campañas de recolección de fondos, lo cual le otorga un lugar destacado en su comunidad y relaciones a nivel político nacional. Concreta el implante, y previo a un segundo tratamiento se complica. Ingresa a UTI, pese a las objeciones de los médicos y con la orden de "no debe faltarle nada" de autoridades gubernamentales. La madre, a diferencia del padre que veía excelente evolución en su hija, reconocía el carácter terminal de la evolución de la enfermedad, y refería que todas las intervenciones le provocaban dolor y sufrimiento sin ver mejoría alguna. Pero el padre imponía sus deseos en las decisiones y se negaba a cualquier posibilidad de suspensión de medidas extraordinarias. La paciente permaneció internada durante 2 años, multiagredida y atravesando múltiples agonías. Fallece en UTI, luego de una agonía prolongada, con la prensa presente y las autoridades gubernamentales amenazando a los médicos por haber sugerido la suspensión de medidas terapéuticas y la posibilidad de optar por la implementación de "muerte digna".

Caso 2

Paciente de sexo femenino, nace en el seno de una familia indigente, última de 5 hermanos. Luego de un embarazo complicado, sucede el parto (con alta sospecha de mala praxis) y nace prematura extrema, sufre hipotermia: evoluciona con una lesión neurológica severa (menos del 10% de encéfalo funcionante). El caso toma estado público en forma casi inmediata desnudando graves falencias de la Salud Pública; las autoridades políticas de turno, conscientes del efecto mediático del caso se presentan a exigir al equipo de salud interviniente "una atención de excelencia" y la exigencia de prolongar la sobrevivencia de la paciente a como dé lugar. En este contexto, la familia por decisión del Estado, recibe trabajo, vivienda, motovehículos y teléfonos. Permanentemente rodeada de políticos y periodistas transcurre su lenta recuperación. Se plantea la limitación del esfuerzo terapéutico y la muerte digna, que es expuesta por la prensa como una sentencia de muerte médica. Los padres se separan de inmediato y la madre continúa con la tenencia de la niña, que retorna al hogar en estado vegetativo persistente y asistencia de cuidadores domiciliarios costeados por el Estado, en espera de un viaje a China para experimentar un trasplante de células madres.

Discusión

Se analizan los casos desde una perspectiva humanística: El acto médico utilizando el cristal de la bioética.

Los casos presentados se sitúan para su análisis en torno a las decisiones al final de la vida en pacientes incapaces: las pacientes se enfrentan a enfermedades complejas, progresivas, profundamente discapacitantes, en estado terminal, con necesidad de tratamientos cruentos, invasivos y costosos que de ser exitosos, sólo prolongarían la sobrevivencia dependientes de apoyos vitales mecánicos, sin cambios en la calidad de vida o en el pronóstico terminal, dicho de otra manera: retardarían el momento de la muerte. ¿Quiénes son los responsables de velar por los “mejores intereses” de estas pacientes (entendido esto como protegerlo de un sufrimiento innecesario o prolongar una vida de experiencias muy limitadas)?

Se suele considerar a los padres como los representantes naturales de estos mejores intereses (si las pacientes estuvieran o hubiesen estado dotadas de autonomía, se solicitaría su opinión o se trabajaría con la familia respecto de sus directivas anticipadas en caso de que las hubieran manifestado). En ambos casos los padres exigen medidas extraordinarias, que se podrían encuadrar en lo que se conoce como futilidad terapéutica o encarnizamiento terapéutico.

En discusiones bioéticas, incluso también en estudios referidos a la comunicación y la salud, con frecuencia son los médicos identificados como responsables del encarnizamiento terapéutico, “éste suele ser el resultado de un equipo de salud formado en la medicina biológica, de los temores de estos a los conflictos judiciales o a conflictos con los familiares (la llamada “medicina defensiva”) y de la habitual adhesión al supuesto de “defender la vida” sobre todas las cosas. La particularidad en los casos expuestos reside en que la iniciativa de mantener medidas terapéuticas fútiles proviene de los mismos padres, que incluso se niegan a escuchar a los médicos tratantes, y activan de inmediato lo que ellos significan como sus mecanismos de “control”: los medios de comunicación y las autoridades o políticos de turno.

¿Es válido analizar el encarnizamiento terapéutico surgido de la propia familia?

La primer pregunta que surge en torno al cuestionamiento anterior es ¿la familia resulta siempre la representante natural de los mejores intereses del paciente? No, no siempre resulta de ese modo. A veces intereses egoístas de los padres pueden impedirles ver el sufrimiento en la agonía y se niegan a permitir el devenir de la muerte. No se trata de poner en tela de juicio el amor de los padres, pero también es cierto que en nombre del amor se han cometido atrocidades.

Pero entonces: ¿son estos padres excepciones, desalmados que no comprenden la futilidad del tratamiento en la terminalidad? Si extendemos el análisis fuera del núcleo familiar aislado y lo contextualizamos, podemos incluir la idea de éxito terapéutico que ofrece la sociedad de hoy en las expectativas de estos padres. Como consecuencia de la medicalización de la cultura, los usuarios tienen expectativas desmedidas respecto a la medicina, el fracaso no es una opción; y esto se suma a la fascinación por terapéuticas novedosas, de poca o ninguna evidencia de efectividad. La sociedad, y los padres con ella, ven éxito en el paradigma actual del enfermo como “Hombre ciborg”, quien vence a la muerte aliado con la tecnología, mitad hombre mitad máquina.

Podemos ampliar entonces el análisis a lo sociopolítico, llevemos de la intimidad a estas relaciones paciente-familia al contexto en el que se desarrollan: las pacientes referidas pertenecen a familias pobres de la Argentina, son personas excluidas del sistema en una sociedad neoliberal. A partir del suceso enfermedad, la invisibilidad social termina y se inicia un proceso de inclusión: existen para una sociedad que hasta el minuto previo les daba la espalda. El Estado aparece ante el reclamo mediático de los padres, toma posición y valida este encarnizamiento, ignora a las pacientes y centra las prioridades en los deseos de los padres. ¿Por qué? Actuando como dueños de la salud, respondiendo al modelo de “Estado de Bienestar” producto de su alianza con la Medicina que como ciencia se alía al poder político y económico y transforma la Salud en una mercancía: cambian publicidad por apoyo gubernamental. Me parece muy representativo citar a Alejandro Navas García, en su texto “El imaginario social de la Salud en la Cultura Moderna” donde dice: “Desde el momento en que el Estado moderno, omnipotente regulador de todos los ámbitos de la vida, incluye la

salud entre las prestaciones que ofrece a sus ciudadanos, la mentalidad así inducida y la lógica electoral imponen un crecimiento continuo de nuevas demandas. Pronto será imposible financiar tanto servicio, pero el gobierno que se atreva a plantear claramente las dimensiones de la crisis y recorte —o racionalice, por emplear el término técnico y eufemístico— el gasto, se expondrá a perder las siguientes elecciones”.

Y los medios de comunicación, constructores de la realidad en esta sociedad mediatizada sobrevuelan la escena, sin imparcialidad, buscando sensacionalismo o al servicio del poder, condenan también a la oscuridad al equipo de salud y a las pacientes.

¿Cómo repercute esta realidad en la actitud del médico y del equipo de salud? ¿Cuál resulta ser el rol que le toca interpretar en esta relación particular? El médico desde el punto de vista ético y legal debe respetar la autonomía, en este caso ejercida por los padres: puede alegar objeción de conciencia pero no puede abandonar al paciente. Puede objetar las publicaciones y los dichos en los medios de comunicación pero sólo a través de la vía legal, con tiempos muy distintos a los de los sucesos y sufriendo un desgaste personal y económico.

Llegamos entonces a la pregunta: ¿Dónde están el médico y su paciente, sino rehenes de la situación? La relación se desarrolla sin médico y sin paciente.

Conclusiones

Los casos presentados representan en forma extremas las características actuales de la relación equipo de salud-usuarios, que en mayor o menor medida se replican en el ejercicio diario de las profesiones de la salud.

Un viejo adagio dice referido a la función del médico: “cuando no cura, alivia, y cuando no, consuela”. Y es el acto médico, este encuentro entre dos personas, donde deben encontrar médico y paciente las circunstancias más propicias para establecer una comunicación efectiva que permita al enfermo pedir ayuda en su enfermedad (sea lo que para él signifiquen) y al médico poder ejercer su arte y aplicar los elementos que la ciencia médica pone a su alcance en beneficio del paciente, en respuesta a sus necesidades particulares.

En los casos analizados, esta comunicación resulta imposible, al quedar distanciados por las circunstancias familiares, culturales y sociopolíticas particulares. El paciente y el médico son silenciados, y cabe entonces la pregunta: ¿Existe el acto médico en estas circunstancias?

El acto médico se distorsiona y se resume a un servicio técnico sin criterios propios, el acto médico como mercancía y convertido en una prestación deshumanizada: resulta en uno más de los beneficios sociales en manos del Estado, manejado por los políticos y el pueblo como un derecho o bien reclamable y negociable dentro del clientelismo político.

Humanizar al acto médico es revalorizarlo como un encuentro entre un médico y paciente personas, y como tal único en sus particularidades. La participación del entorno familiar, social y político no debe suplantar, sino acompañar y facilitar la comunicación real y efectiva en este encuentro irreplicable, para que el resultado sea valioso para el paciente, el médico y la sociedad a la que pertenecen.

REFERENCIAS

- Alonso, G. V. (2007). Acerca del clientelismo y la política social: reflexiones en torno al caso argentino. *Revista del CLAD*, 37, pp. 1-10.
- Araya Umaña, S. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. *Cuadernos de Ciencias Sociales*, 127. Costa Rica: FLACSO.
- Boer, M. (2008). Planteos éticos de la práctica de la medicina en pacientes pediátricos con pronóstico reservado. Sus familiares y la búsqueda de alternativas terapéuticas. *Rev. Hosp. Italiano B. Aires*, 28(2), pp. 95-100.
- Burbinsky, B. & Naser, M. (1999). Reflexiones acerca de la Relación Médico-Paciente. *Arch. Arg de Pediatría*, 97(1), pp. 43.
- Cambra, U. C., Hevia, T. M., & Iturrizaga, A. U. (coord.). (2011). *Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias*. Madrid: Editorial Complutense.
- Cannellotto, A. & Luchtenberg, E. (comp.). (2008). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Argentina: Observatorio Argentino de Drogas (SEDRONAR)
- Cruz-Hernández, M. (2004). Un renovado reto en la formación pediátrica: la relación médico-paciente familia. *Educación Médica*, 7(4), pp. 119-12.
- De Lillo, L. (2011). Del encarnizamiento terapéutico a una muerte digna. *Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina*, VI(1). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/33/56>.
- Feo, Ó. (2008). Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. *Medicina Social*, 3(4), pp. 275-284.
- Lázaro, J. & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 29(3), pp. 7-17.
- Martínez, O. C., Marchante, M. C. F., Morales, I. G., & Martínez, D. P. S. (2010). La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. *Medisur*, 8(5), pp. 110-120.
- Mcnab, M.E. & Beca, J.P. (2010). ¿Existen límites en la decisión de los padres sobre el tratamiento de los hijos? *Rev Chil Pediatr.*, 81(6), pp. 536-540.
- Moreno, C. & Rovira, C. (2009). *Imaginario: Desarrollo y aplicaciones de un concepto crecientemente utilizado en las Ciencias Sociales*. Investigación para la Política Pública, Desarrollo Humano, HD-08-2009, RBLAC-UNDP, New York
- Ocampo-Martínez, J. (2002). La bioética y la relación médico-paciente. *Cir Ciruj*, 70 (Enero-Marzo), pp. 55-59.
- Rodríguez Arce, M.A. (2008). *Relación Médico-Paciente*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

SOBRE LA AUTORA

Claudia Muravchick: Médica cirujana, especialista universitaria en Terapia Intensiva. Médica de staff de UTI, actualmente médico staff de Unidad de Epidemiología. Antecedentes: Jefa de Sala Terapia Intermedia, Directora del Servicio de Medicina Prehospitalaria, Directora de Hospital, Coordinadora Hospitalaria de CUCAI Chaco (Organismo dedicado a procuración y transplante de órganos). Posgrados: Bioética, Gestión hospitalaria, Vulnerabilidad y catástrofe, Enseñanza de Ciencias, Medicina Antropológica.

La relación entre el *burnout* y el rendimiento laboral en los profesionales de hostelería

Richard M. Mababu, Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA), España

Resumen: Este trabajo analiza la relación entre el síndrome de burnout y el rendimiento laboral. El síndrome de burnout es considerado como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en numerosas profesiones, especialmente en los trabajadores que se desempeñan su labor en contacto directo con usuarios, clientes o pacientes. Este síndrome se caracteriza principalmente por el agotamiento emocional, la despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Los estudios existentes ponen de relieve que el burnout es un síndrome que afecta la productividad a nivel individual y a nivel de la organización en general. En este contexto, el objetivo de este estudio es analizar la relación entre el burnout y el rendimiento laboral y estudiar la influencia de algunas características asociadas al puesto como la ambigüedad de rol, conflicto de rol, sobre carga de rol y el apoyo de supervisor percibido. En este sentido, se analizó la relación entre burnout y rendimiento laboral en una muestra de 260 empleados del sector de hostelería. El análisis de correlaciones y el análisis de regresión jerárquica han sido utilizados como las principales técnicas de análisis de datos. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la existencia de una relación significativa, negativa y bidireccional entre el burnout y el rendimiento laboral. Además, se observan la influencia de la ambigüedad de rol, conflicto de rol, sobre carga de rol y el apoyo de supervisor en la relación entre el burnout y el rendimiento laboral. Finalmente, este estudio presenta algunas reflexiones y líneas futuras de investigación.

Palabras clave: burnout, rendimiento laboral, hostelería, ambigüedad de rol, sobrecarga de rol, apoyo del supervisor

Abstract: The present paper analyses the relationship between burnout and job performance. The burnout syndrome is considered as a response to chronic job stress that affect many professions, especially in case of professions that require working directly in contact with customers, clients or patients. This syndrome is mainly characterized by emotional exhaustion, depersonalization and low personal accomplishment at work. Previous studies show that burnout is a syndrome that tend to decrease individual performance and organizational productivity. In this context, the objective of this study is to analyze the relationship between burnout and job performance, and to study the influence of some characteristics associated with the position such as role ambiguity, role conflict, role overload and perceived supervisor support. To achieve this objective, the relationship between burnout and job performance was analyzed in a sample of 260 employees in the hotel industry. The correlation analysis and hierarchical regression analysis have been used as the main techniques for data analysis. The results obtained show the existence of a significant, negative two-way relationship between burnout and job performance. In addition, our findings underline the influence of role ambiguity, role conflict, role overload and supervisor support on the relationship between burnout and job performance. Practical implications and recommendations for future researches are discussed.

Keywords: Burnout, Job Performance, Hospitality, Role Ambiguity, Role Overload, Supervisor Support.

Introducción

Para muchos científicos y profesionales, el *burnout* o el síndrome de estar quemado es uno de los problemas de salud de este siglo XXI, y es considerado como una erosión de un estado psicológico del individuo (Salanova y Llorens, 2008). Se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo con que el trabajador se afronta diariamente en su interacción con los compañeros, usuarios, pacientes, clientes, etc. (Kaygusuz, Sanayi y Sirketi, 2015; Schaible y Six, 2016). En esta línea, Schaufeli, Leiter y Maslach (2009) revisaron los estudios sobre *burnout* realizados desde la década de los años 1970 hasta 2009 y concluyeron que el origen de este síndrome de estar quemado está estrechamente relacionado con el desarrollo social, económico y cultural que ha tenido lugar durante los últimos



cinco décadas del siglo XX que ha significado una rápida y profunda transformación al pasar de la sociedad industrial a la economía de servicios. La sociedad actual denominada “sociedad del conocimiento” está caracterizada por una serie de cambios que están afectando las organizaciones; entre estos cambios se pueden enumerar la globalización de la economía, la interconexión de las personas a través de las Tecnologías de la información y de las Comunicaciones (TIC), nuevas demandas y preferencias de los consumidores, el elevado ritmo de vida, la fuerte competitividad entre las empresas, las exigencias de mayor calidad del trabajo, junto con la ruptura del contrato psicológico, etc. Todos estos cambios están teniendo unas consecuencias en las características de la actividad laboral y en el estado de bienestar físico y psicológico de las personas. Además, estas transformaciones están teniendo repercusiones no solamente en la manera de trabajar y de organizar el trabajo, sino también están requiriendo mayores exigencias al trabajador a nivel cognitivo, físico, y emocional. Los cambios en el contexto actual están exigiendo mayor capacidad de adaptación a los trabajadores, que en muchas ocasiones se desencadenan en el estrés laboral. En materia de salud, un estrés prolongado en el trabajo se convierte en el “síndrome de estar quemado por el trabajo” o el *burnout*. Cherniss (1980) ya describió el interés de este concepto alegando cuatro razones: (a) afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, (b) afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, (c) tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y (d) es necesario prevenir a nivel comunitario en programas específicos. La hostelería es uno de los sectores donde los trabajadores experimentan un grado elevado de *burnout* debido a las características y exigencias de los puestos de trabajo. En general, los profesionales de la hostelería están expuestos al estrés laboral prolongado debido al tipo y ritmo de las tareas que realizan; además muchos de ellos tienen que interactuar y atender a los clientes o usuarios en ventanillas o cara a cara. El trato con los clientes o las personas en general suele ser un aspecto gratificante en el desarrollo de las actividades laborales. Pero, en ocasiones, puede convertirse en una situación estresante, particularmente en los puestos de trabajo que generan tensiones interpersonales con clientes exigentes, o que presentan dificultades a la hora de controlar las tareas, etc. En este sentido, este trabajo analiza la relación entre el *burnout* y el rendimiento laboral en este sector concreto.

Antecedentes y definición de burnout

El *burnout* es concebido como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en numerosos tipos de profesionales y grupos ocupacionales, pero especialmente en los trabajadores que desempeñan sus tareas en el sector servicios o que trabajan en contacto directo con clientes, pacientes o usuarios de este tipo de sectores (Dormann y Zapf, 2004). En español, el *burnout* se ha traducido en varios conceptos como “Síndrome de estar quemado”, “Agotamiento emocional”, “Síndrome de quemazón”, “Síndrome de quemarse”, “Síndrome de deterioro”, “Desgaste profesional”, “Desgaste emocional”, “Desgaste profesional”, “Desgaste psíquico”, etc. (Ortega y López, 2003; Vilorio y Paredes, 2002). En realidad, esta variedad de terminologías traduce la gran dificultad que existe a la hora de identificar los síntomas de este síndrome de estar quemado debido a la gran cantidad de problemas ligados al sistema fisiológico del individuo (como cansancio, insomnio, úlcera de estómago, dolor de cabeza, fatiga, hipertensión, etc.), los afectos y emociones (como agotamiento emocional, irritabilidad, odio, etc.), a las cogniciones (como cinismo, despersonalización, apatía, hostilidad, etc.), a las conductas como comportamiento suspicaz y paranoide, aislamiento, consumo de tranquilizantes, rigidez, quejas constantes, absentismo, etc. (Gil-Monte, 2005; Topa y Morales, 2005). Teniendo en cuenta esta variedad de conceptos y traducciones en la lengua española, preferimos utilizar el término “burnout” en este trabajo por su sentido práctico y su uso generalizado en diferentes idiomas (incluyendo en el español) y en ámbitos académicos y profesionales a nivel nacional e internacional. Asimismo, usamos el concepto “síndrome de estar quemado” como sinónimo de *burnout*.

Se suele considerar a Herbert Freudenberger (1974) como el autor que acuñó por primera vez el término “burnout”, para referirse a la respuesta del organismo antes la presencia prolongada de los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluyen fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Posteriormente, introdujo el término de “*burnout* profesional” cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico. Conceptualizó el síndrome de estar quemado o *burnout* como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo (Gil-Monte, 2005; Jaber y Al-Zoubi, 2012). Desde entonces, ha habido un número relevante de investigaciones y publicaciones sobre el construido en diferentes profesiones (García-Arroyo y Domínguez-López, 2014). Brill (1984) definió el *burnout* como un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas. En la misma línea, Gil-Monte y Peiró (1997) lo definieron como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta se da en las profesiones de servicio pero no se limita sólo a ellas. Pero, tal vez la definición más aceptada entre los investigadores sea la que lo conceptualiza el *burnout* como una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, despersonalización y cinismo e ineficacia profesional (Schaufeli, Leiter y Maslach, 2009). En esta línea, Maslach (1982) es una de los investigadores que ha realizado una aportación significativa a la hora de estudiar, comprender y explicar el síndrome de estar quemado. Maslach y Jackson (1986) utilizaron el mismo término acuñado por Freudenberger para describir el *burnout* como un síndrome caracterizado por el agotamiento emocional, despersonalización y la reducción de la realización personal. Maslach (1993) definió el *burnout* como un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas de alguna manera. El agotamiento emocional se refiere a los sentimientos de no poder dar más de sí a nivel emocional y a una disminución de los propios recursos emocionales. La despersonalización hace referencia a una respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas, que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado. La reducida realización personal se refiere a la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo. Esta definición de Maslach (1981) sigue siendo una de las definiciones más utilizadas; además propuso también el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) como instrumento para medir el *burnout*. Posteriormente, Maslach junto con sus colaboradores proporcionaron diferentes versiones de este instrumento para evaluar el síndrome de estar quemado en los profesionales. Originalmente se aplicó el MBI para las profesiones de ayuda o de atención a personas como enfermeras, profesores o educadores, trabajadores sociales, policía, etc. Luego, ha extendido casi a todas las profesiones dando lugar a diferentes versiones del mismo: *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS), *MBI Educator's Survey*, *Maslach Burnout Inventory-General Survey* (MBI-GS), etc. (Olivares y Gil-Monte, 2009; Maslach, Jackson, y Leiter, 1996).

Burnout y rendimiento laboral

Las consecuencias del *burnout* han sido analizadas en varios estudios (Marrau, 2004; Mababu, 2012). Los investigadores han estudiado los efectos directos y relacionales del *burnout* con la satisfacción laboral, el compromiso organización, la intención de abandonar la empresa, el nivel de la rotación profesional, baja del rendimiento laboral, etc. (Kaygusuz *et al.*, 2015). En relación con esta última (baja del rendimiento laboral), un nivel bajo o moderado de estrés puede contribuir a mejorar el desempeño laboral; mientras que un nivel alto y prolongado del estrés en el tiempo lleva al *burnout* y tiene efectos negativos a nivel físico y psicológico; y además afecta de manera negativa al rendimiento laboral (Boyd y Gumpert, 1983; Maslach, 1982; Wincent, Ortqvist y Drnovsek, 2008). Los estudios empíricos han demostrado que el síndrome de estar quemado tiene importantes consecuencias y ramificaciones disfuncionales tanto para las organizaciones como para las personas. Algunos problemas que causa el *burnout* son, entre otros, incremento de rotación de empleados, aumento del ausentismo, reducción de la productividad, deterioro de las relaciones interpersonales, etc. (Shirom, 1989; Youssef, 2016). El síndrome de estar quemado afecta la productividad y la salud así como las relaciones interpersonales; genera la falta de colaboración, incrementa el absentismo, contribuye al aumento de rotación del personal, y aumenta las quejas de los usuarios o clientes (Millán de Lange y D'Aubeterre, 2012). Tiende a disminuir la productividad debido a varias causas o antecedentes como un mal clima laboral, la sobrecarga de trabajo, la competitividad, la rotación laboral, etc. El *burnout* se asocia a los factores exigencia-control relacionados con las características psicológicas y sociales del trabajo, y se genera principalmente en el desencuentro entre las exigencias, características y condiciones del trabajo y las características del individuo. En esta línea, las respuestas físicas y emocionales perjudiciales ocurren cuando las exigencias del trabajo no están en equilibrio con las capacidades, recursos o necesidades del trabajador (Baker y Karasek, 2000; Bernaldo de Quirós y Labrador, 2008).

Además, en relación con el rendimiento laboral, el *burnout* está asociado también en la ambigüedad del rol (o *role ambiguity*), conflicto del rol (o *role conflict*) y sobrecarga del rol (o *role overload*). La ambigüedad de rol es el grado de incertidumbre sobre las expectativas que componen el rol de la persona en relación con su puesto de trabajo y el conjunto de la organización. Se produce por una falta de información, por las funciones mal definidas, o por una comunicación inadecuada (Ashtari, Farhady y Khodae, 2009). La ambigüedad de rol es una condición estresante causada por una confusión o la ausencia de claridad que tiene el empleado sobre las expectativas y las responsabilidades de su trabajo. Las principales causas destacadas hacen referencia a la falta de información sobre los límites de sus competencias, los procedimientos y los medios para desarrollarlas, los criterios y los métodos de evaluación del propio trabajo, y las expectativas del conjunto de rol sobre su rendimiento (Peiró, 1990). Por otra parte, el conflicto de rol hace referencia a la ocurrencia simultánea de demandas y expectativas contradictorias y/o incompatibles entre sí y emitidas sobre una misma persona focal, de modo que atender a una demanda significa desatender a otras (Peiró, Ramos y González-Roma, 1994). La sobrecarga de rol se produce cuando la persona debe desempeñar varios roles compatibles pero imposibles de realizar en el tiempo y forma establecidos. Generalmente, se produce la sobrecarga de rol debido (a) al exceso de actividades a realizar en un determinado periodo de tiempo (sobrecarga cuantitativa); (b) y a las excesivas demandas en relación con las competencias, conocimientos y habilidades del trabajador (la sobrecarga cualitativa).

Objetivos e hipótesis del estudio

Teniendo en cuenta que se considera el *burnout* como una respuesta a las demandas crónicas de tipo emocional e interpersonal en el ámbito laboral, parece lógico e interesante analizar su incidencia en el desempeño laboral, sobre todo en aquellos puestos de trabajo que requieren una

interacción frecuente con los clientes o usuarios. La hostelería es uno de los sectores donde los empleados experimentan un nivel alto de estrés a lo largo del día ya que sus puestos requieren un nivel alto de calidad así como una interacción continua con los clientes o usuarios.

Existen varios estudios sobre el *burnout* en el sector de la hostelería que inciden sobre sus consecuencias en el rendimiento laboral (Anafarta y Çizel, 2003; Civilidag, 2014). El ritmo de trabajo en el sector de hostelería es estresante que se caracteriza principalmente por el agotamiento físico y emocional; además, las horas de trabajos suelen ser largas y los salarios no suelen muy motivadores por ser relativamente bajos. En este sentido, algunos autores (Kuruüzüm, Anafarta, y Irmak, 2008; Teare y Bowen, 1997) subrayan que el *burnout* es uno de los problemas más preocupantes en la gestión de recursos humanos en el sector de hostelería. Un conocimiento adecuado sobre el síndrome de estar quemado en el trabajo contribuye al avance científico en este campo, ayuda a diseñar y plantear mejor las políticas de intervención y tratamiento para mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores en este sector. En este sentido, el objetivo principal de este trabajo es analizar de la relación entre el *burnout* y el rendimiento laboral; adicionalmente, pretende evaluar si el apoyo del supervisor, la ambigüedad del rol, conflicto de rol y sobrecarga son predictores significativos y negativos del rendimiento laboral. Para alcanzar los objetivos de este trabajo, formulamos las siguientes hipótesis (H): (H1). Existirá una relación significativa, negativa y bidireccional entre el *burnout* y el rendimiento laboral; (H2). La ambigüedad de rol, el conflicto de rol, la sobrecarga del rol, y la falta de apoyo del supervisor jugarán un rol moderador en la relación entre *burnout* y Rendimiento laboral.

Método

Participantes

La muestra de este estudio está formada por 260 empleados de una importante cadena de hoteles que operan en la Comunidad de Madrid (España). En función del sexo, 175 participantes eran mujeres (67,2%) y 85 hombres (32,8%). La media de edad fue de 31 años (rango 19-69) y la media de hijos es de 1,55. El 28% tiene educación básica y/o secundaria completa; el 38% tiene la educación técnica o formación profesional y 34% cuenta con estudios superiores o universitarios. La antigüedad media de los participantes en el sector de hostelería es de 8,4 años y de 5,6 años en la empresa actual. En cuanto a los puestos, 40% son recepcionistas, cocineros (27%), personal de mantenimiento (30%) y otros (3%).

Instrumentos

Para alcanzar los objetivos de este estudio, se utilizó diferentes instrumentos para evaluar las dimensiones:

Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey-MBI-HSS (Maslach, Jackson y Leiter, 1996). Se utilizó la versión española de MBI-HSS (Gil-Monte, 1994) que consta de 22 ítems que se distribuyen en tres sub-escalas denominadas: agotamiento emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems), falta de realización personal (8 ítems). Tiene una escala tipo Likert de 7 grados cuya valencia van de 0 (nunca) a 6 (todos los días). Algunos ejemplos de ítems de esta escala son los siguientes: “Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo”, “Creo que estoy influyendo positivamente en las vidas de las personas”, “Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión”, “Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales”, etc. Los valores de fiabilidad de las sub-escalas de este estudio fueron .85 para la escala de agotamiento emocional, .81 para la despersonalización y .74 para la realización personal. Los valores de referencia de la fiabilidad de MBI-HSS reportados en los estudios anteriores varían de .66 a .95 para la agotamiento emocional, de despersonalización de .49 a .94 y de .58 a .77 para la realización personal (Aguayo, Vargas, De la Fuente y Lozano, 2011; Olivares y Gil-Monte, 2009).

Escala de Rendimiento laboral (Spanish version of the Performance Appraisal Questionnaire (PAQ, Rothmann y Coetzer, 2003). La versión española de de la escala de Rendimiento laboral (Spanish version of the Performance Appraisal Questionnaire (PAQ) ha sido utilizada para evaluar el rendimiento laboral. El PAQ consta de 30 ítems que miden tres dimensiones denominadas “Desempeño laboral” (10 ítems), “Iniciativa/Creatividad” (10 ítems) y “Habilidades en la Gestión” (10 ítems). Es una escala tipo Likert donde las respuestas van de 1 a 9 y que evalúan los aspectos del rendimiento laboral. Esta escala presenta unos coeficientes alfa de fiabilidad aceptables que varía de .41 a .98 (Rohmann y Coetzer, 2003). En nuestro estudio, el alfa de Cronbach fue de .84 para esta escala.

Ambigüedad de rol. Se utilizó la versión española del Cuestionario de Rizzo, House y Lirztzman (1970) para evaluar la ambigüedad de rol y el conflicto de rol. Es una escala tipo Likert en que el participante debe indicar el grado en el cual una frase determinada describe su realidad en el trabajos, desde 1 («no lo describe en absoluto») hasta 7 («lo describe perfectamente»). La subescala de ambigüedad de rol cuenta con 6 ítems. Algunos ejemplos de los ítems de esta escala son los siguientes: “Sé que organizo mi tiempo correctamente”; “me siento seguro de cuanta autoridad tengo”. Esta escala presenta suele presentar una fiabilidad que se sitúa entre .75 y .82. En la muestra de nuestro estudio el coeficiente alfa de cronbach ha sido de .76. Por otro lado, la subescala de Conflicto de rol está compuesta por 8 ítems. El coeficiente alfa de Cronbach suele situarse entre 0,70 y 0,87. En este estudio, el coeficiente de fiabilidad de Cronbach obtenido es de .81. Algunas muestras de los ítems son las siguientes: “Debo hacer cosas que deberían realizarse de otra manera”; “Hago cosas que son aceptables para algunos y no para otros”, etc.

Sobrecarga del rol. Se evaluó la sobrecarga del rol mediante 4 ítems de la escala española de Beehr, Walsh y Taber (1976). Los participantes deberían indicar en qué medida estaban de acuerdo con distintas afirmaciones, en una escala de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”). Algunos muestras de los ítems de esta escala son los siguientes: “Tengo demasiado trabajo para poder hacerlo bien”; “A menudo siento que el trabajo que hago es demasiado para una sola persona”. En los trabajos anteriores, el alfa de Cronbach presenta valores entre .74 y .90. En este estudio, el coeficiente de fiabilidad ha sido de 0,78 para esta escala.

Apoyo del supervisor. Se evaluó el Apoyo del supervisor mediante la subescala de apoyo en el trabajo de una versión española reducida del cuestionario de Karasek’s Job Content Questionnaire (JCQ). Se utilizó los 10 ítems de esta subescala (ejemplo de ítem: “Mi supervisor se preocupa por mí”). El coeficiente de cronbach de esta subescala suele oscilar entre .72 y .91. En nuestro estudio, el coeficiente de alfa de Cronbach ha sido de .87.

Procedimiento

Se realizó este estudio a petición del departamento de recursos humanos de la cadena de hoteles donde se sacó la muestra. Durante los últimos dos años, el departamento de recursos humanos había observado una notable disminución en el rendimiento en algunos de los puestos y un aumento de casos de accidentes laborales y bajas laborales por enfermedades. Además, durante ese periodo, el departamento de recursos humanos recibió muchas quejas por parte de los trabajadores que ponían de manifiesto los problemas como la ambigüedad de rol, la sobrecarga laboral y las condiciones laborales, la dificultad de controlar y de ejecutar adecuadamente las tareas, tensiones y conflictos interpersonales, temor a cometer errores, trato con los clientes difíciles, etc. Después de definir los objetivos del estudio, se determinó realizar un estudio piloto en la Comunidad de Madrid. Se contactó con los trabajadores invitándoles a participar en este estudio. Se recaló a los empleados que la participación era voluntaria y se garantizaba la confidencialidad y el anonimato. En total, se entregó 400 cuestionarios de este estudio que los trabajadores podrían rellenar y entregar al equipo investigador. Un total de 260 cuestionarios fueron rellenados adecuadamente y fueron incluidos en la muestra de este estudio.

Resultados

Para alcanzar los objetivos de este estudio, se utilizó el programa SPSS para analizar los datos. Se realizaron el análisis de correlaciones y análisis de regresión múltiple jerárquica. Previamente, se presentaron las estadísticas descriptivas del estudio (media, desviación típica, asimetría, curtosis, etc.).

Tabla 1: Las estadísticas descriptivas de las variables del estudio

	<i>Media</i>	<i>Desviación típica (DT)</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>	<i>r (media)</i>
<i>Agotamiento emocional</i>	4,64	1,34	0,25	-0,86	0,49
<i>Despersonalización</i>	3,13	1,67	0,92	0,28	0,72
<i>Baja realización personal</i>	5,45	2,46	-1,27	1,43	0,93
<i>Desempleo laboral</i>	2,32	1,87	-0,51	-0,41	0,91
<i>Iniciativa/creatividad</i>	2,21	1,93	0,07	0,26	0,46
<i>Habilidades en la gestión</i>	1,19	1,88	-0,32	0,26	0,52
<i>Ambigüedad de rol</i>	5,21	1,65	0,11	0,17	0,48
<i>Sobrecarga del rol</i>	4,27	1,41	0,05	0,10	0,74
<i>Apoyo del supervisor</i>	3,83	1,74	0,25	0,36	0,78
<i>Edad</i>	31,04	9,12	0,09	0,31	0,27
<i>Sexo</i>	1,55	1,46	0,22	-0,47	0,05
<i>Experiencia profesional</i>	3,46	1,19	0,16	0,38	0,09

Para conocer las características de la distribución de las dimensiones analizadas en este estudio, se estimaron las estadísticas descriptivas de las escalas (media, desviación estándar, asimetría, curtosis y las medias de las correlaciones inter-items (*r* media). En relación con la asimetría y curtosis, los valores obtenidos presentan en general menor desviación respecto al 0 como valor de referencia; lo que indican que los valores están relativamente distribuidos de manera normal. Por otra parte, las medias de los coeficientes de las correlaciones inter-items (*r* media) para el MBI varían entre 0,49-0,93; para el caso de las características de 0,48 (ambigüedad de rol) hasta 0,78 (apoyo del supervisor); y para el rendimiento laboral varía de 0,46 a 0,91. Estos datos indican que existen buenas relaciones entre los items de cada una de las escalas utilizadas en este trabajo (Clark y Watson, 1995).

Tabla 2: Coeficientes de correlación Producto-momento entre el *burnout*, rendimiento laboral y las características del puesto

	<i>Rendimiento Laboral</i>		
	<i>Desempeño laboral</i>	<i>Iniciativa- creatividad</i>	<i>Habilidades en la gestión</i>
<i>Agotamiento emocional</i>	-0,34**	-0,42***	-0,26*
<i>Despersonalización</i>	-0,11	-0,37**	-0,39***
<i>Baja realización personal</i>	-0,40***	-0,35**	0,21*
<i>Ambigüedad de rol</i>	-0,45***	0,17	-0,33*
<i>Sobrecarga del rol</i>	-0,62***	0,43***	-0,25*
<i>Apoyo del supervisor</i>	0,78***	-0,77***	0,59***
<i>Edad</i>	0,23*	0,15	0,18

Sexo	0,06	0,10	-0,21*
Experiencia profesional	0,16	0,18	0,29*

Nota: * < 0,05; ** < 0,01; *** < 0,001

La tabla 2 presenta los coeficientes de correlación Producto-momento de Pearson entre el *burnout*, rendimiento laboral y las características asociadas al puesto. Cabe recordar que el coeficiente de correlación producto-momento permite averiguar la dependencia lineal de dos conjuntos de variables. En este caso, se ha analizado en primer lugar las correlaciones entre el *burnout* y el rendimiento laboral, que presentan correlaciones negativas y significativas en la mayoría de las relaciones analizadas. Por otra parte, las correlaciones son significativas entre el rendimiento laboral y las características asociadas al puesto de trabajo (ambigüedad del rol, conflicto de rol, sobrecarga del rol, y apoyo del supervisor). En general, los coeficientes de correlaciones son significativas y negativas entre el *burnout* y el rendimiento laboral, así como con la ambigüedad del rol, sobrecarga del rol y apoyo del supervisor.

Tabla 3: Resumen del Análisis de regresión jerárquica de las relaciones longitudinales entre las dimensiones del MBI y el rendimiento laboral

Paso	Variable	R	Incremento R ²	Beta (β)	F _(5,253)
		<i>Rendimiento laboral (desempeño laboral, iniciativa-creatividad, habilidades en gestión)</i>			
1	Edad, sexo, experiencia profesional	0,01	0,03	-	
2	Agotamiento emocional	0,21	0,22	-0,41***	
	Despersonalización	0,17	0,18	-0,33**	
	Baja realización personal	0,12	0,12	-0,31**	
3	Ambigüedad del rol	0,11	0,13	-0,51**	
	Conflicto del Rol	0,14	0,15	-0,40**	
	Sobrecarga del rol	0,23	0,25	0,23*	
	Apoyo del supervisor	0,18	0,20	-0,62**	
	Estadística para la ecuación			0,541	65,56***

Nota: * < 0,05; ** < 0,01; *** < 0,001

La tabla 3 presenta el resumen del análisis de regresión jerárquica de las relaciones longitudinales, tomando las dimensiones del MBI como variables independientes y las del rendimiento laboral como variables dependientes. En el primer paso, se introdujeron las variables socio-demográficas (edad, sexo y experiencia profesional); en el segundo paso, la variable independiente (Agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal); finalmente se estudiaron el efecto de las variables moderadores como la ambigüedad de rol, conflicto de rol, sobrecarga del rol, y apoyo del supervisor. Los resultados de las regresiones jerárquicas ponen de manifiesto que el agotamiento emocional explica el 22% de la varianza de bajo rendimiento laboral (β = -0,41, < 0,001); la despersonalización explica 18% (β = -0,33, < 0,01) y la falta de realización personal contribuyen también con 12% (β = -0,31, < 0,01) a la hora de explicar la varianza total del bajo rendimiento laboral. Los coeficientes estandarizados para la ecuación de regresión, muestran que las características asociados al puesto como la ambigüedad de rol, conflicto de rol, sobrecarga del rol y la falta de apoyo del supervisor percibido son buenos predictores de un bajo nivel de desempeño laboral. En otras palabras, las características asociadas al puesto como la ambigüedad del rol, el conflicto del rol, la sobrecarga del rol y el apoyo del su-

pervisor se mostraron como variables antecedentes del bajo nivel de desempeño laboral; además a la porción de la varianza explicada el 0,13% ($\beta = -0,53, < 0,01$), 0,15% ($\beta = -0,40, < 0,01$), el 0,25% ($\beta = 0,23, < 0,05$) y 0,20%, ($\beta = -0,62, < 0,01$) respectivamente. La ambigüedad del rol, el conflicto del rol, la sobrecarga del rol y la falta de apoyo del supervisor se perfilan como predictores significativos y negativos del rendimiento laboral.

Tabla 4: Resumen del análisis de regresión jerárquica de las relaciones inversas entre el rendimiento laboral y las dimensiones del MBI

Paso	Variable	R	Incremento R ²	Beta	F _(5,253)
		<i>Dimensiones de MBI (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal)</i>			
1	<i>Edad, sexo, experiencia profesional</i>	0,05	0,07	-	
2	<i>Desempeño laboral</i>	0,18	0,22	-0,34**	
	<i>Iniciativa-Creatividad</i>	0,15	0,15	-0,23*	
	<i>Habilidades en Gestión</i>	0,13	0,14	-0,30**	
3	<i>Ambigüedad del rol</i>	0,12	0,14	-0,33**	
	<i>Conflicto del Rol</i>	0,17	0,18	-0,25*	
	<i>Sobrecarga del rol</i>	0,14	0,13	0,24*	
	<i>Apoyo del supervisor</i>	0,12	0,12	-0,44**	
	<i>Estadística para la ecuación</i>			0,453	56,18***

Nota: * < 0,05; ** < 0,01; *** < 0,001

Una vez comprobadas las relaciones entre el *burnout* y el bajo rendimiento laboral en la tabla anterior, la Tabla 4 resume los análisis de regresión jerárquica para comprobar las relaciones inversas, teniendo el *burnout* como variable dependiente y el rendimiento laboral como variable independiente. Un bajo desempeño laboral explica el 22% de la varianza explicada en el *burnout* ($\beta = -0,34 < 0,01$); en la misma línea, la iniciativa-creatividad y habilidades en la gestión explican entre el 15% y 14% de la variable explicada respectivamente. Por otro lado, la ambigüedad de rol, conflicto de rol, sobrecarga del rol, y apoyo del supervisor se mostraron también como variables antecedentes en las relaciones inversas entre el rendimiento laboral y el *burnout*. En este sentido, en las relaciones inversas, la ambigüedad de rol, conflicto de rol, sobrecarga del rol, y la falta de apoyo del supervisor se perfilan también como predictores significativos y negativos del rendimiento laboral. Estos resultados confirman la bidireccionalidad en la relación entre el bajo rendimiento laboral y el *burnout*.

Discusión y conclusiones

El principal objetivo de este estudio ha sido el análisis de la relación entre el *burnout* y el rendimiento laboral en los empleados de hostelería. Además, se ha estudiado el peso que tienen algunas características asociadas al puesto de trabajo como la ambigüedad de rol, el conflicto de rol, la sobrecarga del rol, y la falta de apoyo del supervisor percibido. Los resultados de este estudio han confirmado la hipótesis formulada (H1) sobre la existencia de una relación entre *burnout* y bajo rendimiento laboral. Nuestros resultados coinciden con algunos de los estudios anteriores (Maslach, 1982; Wincent, Ortqvist y Drnovsek, 2008; Kwag y Him, 2009; Civilidag, 2014) que ponen de manifiesto que el *burnout* reduce la capacidad de producir los resultados esperados. Los resultados de este estudio destacan que la relación entre *burnout* y el bajo rendimiento laboral es una relación significativa, negativa y bidireccional entre el *burnout* y el rendimiento laboral,

siendo las puntuaciones en agotamiento, despersonalización y realización personal antecedentes de nivel bajo de rendimiento laboral. La bidireccionalidad de la relación entre *burnout* y bajo rendimiento laboral pone de manifiesto el círculo vicioso que existe entre ambos. Cuando un trabajador tiene un rendimiento laboral bajo o insuficiente, tiende a experimentar mucho estrés que a lo largo del tiempo se convierte en el estrés crónico o *burnout*. Al mismo tiempo, el síndrome de *burnout* tiende a influir de manera negativa al rendimiento laboral de un trabajador. Además de constituirse como fuente de accidentes laborales, el *burnout* contribuye a bajar el rendimiento laboral porque el trabajador afectado presenta un cuadro predominado por el agotamiento emocional, despersonalización y una falta de realización personal. La persona siente que tiene una baja realización personal debido a la imposibilidad de poner en prácticas su experiencia, habilidades y conocimientos. El agotamiento emocional consume la capacidad de resistencia o de aguante en situaciones difíciles y agota su capacidad de compromiso y de entrega a los demás como clientes, usuarios, etc. En este sentido, ante un problema o una situación conflictiva, la persona desarrolla sentimientos y actitudes negativas, y cínicas hacia los clientes, usuarios, etc.

Además, los datos obtenidos han permitido confirmar la segunda hipótesis (H2) según la cual la falta del apoyo del supervisor percibido, el conflicto de rol, la sobrecarga de las tareas juegan un rol moderador en la relación entre *Burnout* y Rendimiento laboral. Esta conclusión coincide con los estudios anteriores que demuestran que el conflicto de rol y la ambigüedad de rol constituyen los principales elementos asociados al puesto de trabajo que generan un nivel alto de *burnout*. Esta exposición a una situación prolongada del estrés tiene efectos perjudiciales o negativos sobre la salud y sobre el rendimiento laboral. La ambigüedad de rol, la falta del apoyo del supervisor, el conflicto de rol, y la sobrecarga de las tareas son importantes fuentes de estrés crónico, de baja autoestima, de ansiedad, de mayor tensión, de descontento y falta de compromiso en el trabajo, etc. (Kwag y Him, 2009; Tubrea y Collins, 2000; Joon-Ho, 2015). El trabajo en el sector de hostelería es una de las experiencias laborales interesantes ya que ofrece la oportunidad de tratar con diferentes personas. Sin embargo, la sobrecarga de las tareas en el puesto, la percepción de falta o poco apoyo del supervisor, los conflictos y ambigüedades en las tareas a desarrollar y las relaciones con los clientes difíciles hacen que el rendimiento laboral tenga un nivel menos de lo esperado. En estas condiciones, el empleado tiende a “blindarse emocionalmente” trabajando de manera mecánica, manteniendo distancia con los clientes, evitando implicarse demasiado en las tareas cuando se enfrenta a los problemas asociados a las características de la tarea o ligados a la interacción con los clientes o usuarios. La mejora de las condiciones laborales y la eliminación de sobrecarga laboral, de ambigüedad del rol o de conflicto del rol resultan crucial a la hora de mejorar la salud física y psicológica de los trabajadores; además, la percepción que tiene el trabajador sobre el apoyo que recibe por parte de su supervisor ayuda a reducir los niveles de estrés y de *burnout*. En definitiva, nuestra investigación realiza una contribución modesta pero relevante a la hora de estudiar el *burnout* en su relación con el rendimiento laboral. El agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal afectan directamente al rendimiento laboral. Además hay que añadir las circunstancias y condiciones asociadas al puesto de trabajo (conflicto de rol, ambigüedad de rol, falta de apoyo de supervisor...) que suelen estar al origen del estrés crónico o deterioro de la salud que genera el *burnout*.

A pesar de estos interesantes resultados obtenidos, este trabajo presenta algunas limitaciones: (a) El tamaño de la muestra es relativamente pequeño; y es probable que haya influido en los resultados; (b) al no tratarse de un estudio experimental, es posible que el estudio de las relaciones haya sido también afectado por las variables no controladas (como por ejemplo, la rotación o los turnos de trabajo, los grupos informales, el estilo de liderazgo, etc.); (c) los datos fueron recogidos mediante la utilización de una batería de escalas o cuestionarios administrados en el lugar de trabajo, y la sinceridad de las respuestas queda a criterios de los participantes. No obstante, estas insuficiencias no invalidan los resultados obtenidos que constituyen una aportación relevante a la hora de comprender y de explicar la relación entre el *burnout* y el rendimiento laboral. Para futuras investigaciones, sería recomendable realizar más estudios longitudinales e

inversas que analicen de manera bidireccional la relación causa-efecto entre las variables de *burnout* y el rendimiento laboral. Teniendo en cuenta que las características asociadas al puesto de trabajo como ambigüedad del rol, sobrecarga laboral, la falta de apoyo del supervisor afectan el rendimiento, sería interesante realizar estudios que analicen las condiciones de trabajo y su influencia en el desencadenamiento del *burnout*. Además resulta de mucho interés estudiar el impacto de la mejora de las condiciones laborales y su incidencia en el rendimiento laboral así como en el *engagement* que resulta ser el polo opuesto de *burnout*.

REFERENCIAS

- Aguayo, R., Vargas, C., De la Fuente y Lozano, M. (2011). A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 343-361.
- Anafarta, N. y Çizel, B. (2003). Career analysis in tourism industry: experiences from Turkey. *Tourism Review*, 58(3), 15-19.
- Ashtari, Z., Farhady, Y. y Khodaei, M. R. (2009). Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff. *African Journal of Psychiatry*, 12, 71-74.
- Baker, D. B. y Karasek, R. A. (2000). Stress. En: Barry S., Lévy, D. H. Wegman (Eds.), *Occupational Health: recognizing and preventing workrelated disease and injury* (pp. 419-436). Philadelphia, Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins.
- Beehr, T. A., Walsh, J. T. y Taber, T. D. (1976). Relationship of stress to individually and organisationally valued states: Higher order needs as a moderator. *Journal of Applied Psychology*, 61, 41-47.
- Bernaldo de Quirós, M. y Labrador, F. J. (2008). Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 53-61.
- Boyd, D. P. y Gumpert, D. E. (1983). Coping with entrepreneurial stress. *Harvard Business Review*, 61(2), 44-64.
- Brill, P. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1995). Construct Validity: Basic issues in objective scale development. *Psychology Assessment*, 7, 309-319.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Londres, Estados Unidos: Sage Publications.
- Civilidag, A. (2014). Hotel employees' mobbing, burnout, job satisfaction and perceived organizational support: A Research on hospitality in Turkey. *European Scientific Journal*, 10(35), 1-22.
- Dormann, C. y Zapf, D. (2004). Customer-related social stressors and burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 61-82.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- García-Arroyo, J. M. y Domínguez-López, M. L. (2014). Subjective Aspects of Burnout Syndrome in the Medical Profession. *Psychology*, 5, 2064-2072.
- Gil-Monte P. (2005). *El Síndrome de Quemarse en el Trabajo* (burnout). Madrid, España: Psicología Pirámide.
- (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista Saúde Pública*, 39(1), 1-8.
- (1994). *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral. La Laguna: Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna.
- y Peiró, J. M. (1997). A longitudinal study on burnout syndrome in nursing professionals. *Quaderni di Psicologia del Lavoro*, 5(Feelings work in Europe), 407-414.
- Jaber, F. y Al-Zoubi, M. (2012). The Relationship between Work Burnout and Employees' Mental Health as Measured by GHQ-28: A Field Study Using a Sample of University Lecturers. *International Journal of Business and Management*, 7(24), 44-51.
- Joon-Ho, K. (2015). Effect of Organizational Justice at Five-Star Hotels on Job Burnout of Customer-Contact Employees and Organizational Effectiveness. *Korean Journal of Tourism Research*, 30(7), 235-260.

- Kaygusuz, I., Sanayi, H. y Sirketi, A. (2015). The relationship between organizational justice and burnout in professional life: A research on police officers. *International Journal of Management and Marketing Research*, 8(1), 79-92.
- Kuruüzüm, A., Anafarta, N. y Irmak, S. (2008). Predictors of burnout among middle managers in the Turkish hospitality industry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 20(2), 186-198.
- Kwag, S. y Him, M. (2009). The Study On The Effects Of Organizational Members' Job Burnout. *Journal of Business & Economics Research*, 7(7), 63-77.
- Mababu, R. (2012). El constructo de Trabajo Emocional y su relación con el Síndrome del Desgaste Profesional. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 219-244.
- Marrau, C. (2004). El síndrome de *Burnout* y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. *Fundamentos en humanidades*, 2(10), 53-68.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Nueva York, Estados Unidos: Prentice-Hall.
- (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En: W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19-32). Washington D. C., Estados Unidos: Taylor y Francis.
- y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, Estados Unidos: Consulting Psychological Press.
- y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, Estados Unidos: Consulting Psychological Press.
- , Schaufeli, W. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Millán de Lange, A. C. y D'Aubeterre, M. E. (2012). Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory-GS en una muestra multiocupacional venezolana. *Revista de Psicología*, 30(1), 103-128.
- Olivares, F. V. y Gil-Monte, R. (2009). Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). *Ciencia & Trabajo*, 33, 160-167.
- Ortega, R. y López, F. R. (2004). El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Peiró, J. M. (1990). *Psicología de las organizaciones*. Madrid, España: UNED.
- , Ramos, J. y González-Roma, V. (1994). Intervención organizacional para el control del estrés laboral. En: J. M. Peiró y J. Ramos (Dir.), *Intervención Psicosocial en las Organizaciones* (pp. 543-585). Barcelona, España: PPU.
- Rizzo, J., House, R. E. y Lirtzman, J. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15, 150-163.
- Rothmann, S. y Coetzer, E. P. (2003). The big five personality dimensions and job performance. *South African Journal of Industrial Psychology*, 29(1), 68-74.
- Salanova, M. y Llorens, S. (2008). Estado actual y Retos Futuros en el Estudio del *Burnout*. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67.
- Schaible, L. M. y Six, M. (2016). Emotional Strategies of Police and Their Varying Consequences for Burnout. *Police Quarterly*, 19(1), 3-31. doi: 10.1177/1098611115604448
- Schaufeli, W. B. y Bakker, A. B. (2004). Job Demands, Job Resources, and Their Relationship with Burnout and Engagement: A Multi-Sample Study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Schaufeli, W., Leiter, M. y Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work Organizations. En: C. L. Cooper e I. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 25-48). Nueva York, Estados Unidos: Wiley.

- Topa, G. y Morales, J. D. (2005). Determinantes específicos de la satisfacción laboral, el *burnout* y sus consecuencias para la salud: un estudio exploratorio con funcionarios de prisiones. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(1), 73-83.
- Teare, R. y Bowen, J. T. (1997). Assessing information needs and external change. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 9(7), 274-84.
- Tubrea, T. y Collins, J. (2000). Jackson and schuler (1985) revisited: a meta-analysis of the relationships between role ambiguity, role conflict, and job performance. *Journal of Management*, 26(1), 155-169.
- Viloria, H. y Paredes, S. (2002). Estudio de Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional en los Profesores de la Universidad de los Andes. *Educare*, 6(17), 29-36.
- Wincent, J., Orqvist, D. y Drnovsek, M. (2008). The entrepreneur's role stressors and proclivity for a venture withdrawal. *Scandinavian Journal of Management*, 24(3), 232-246.
- Youssef, F. (2016). Medical Student Stress, Burnout and Depression in Trinidad and Tobago. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 40(1), 69-75. doi:10.1007/s40596-015-0468-9

El derecho a la protección de la salud, alcances y responsabilidades del estado para su tutela

Amalia Patricia Cobos Campos, Universidad Autónoma de Chihuahua, México
Oscar Arámbula Hernández, Universidad Autónoma de Chihuahua, México
Alma Delia Herrera Márquez, Universidad Autónoma de Chihuahua, México

Resumen: Dentro de las responsabilidades del estado moderno, el derecho a la salud ocupa un lugar preponderante, empero, ha resultado difícil precisar cuáles son los alcances de esa responsabilidad e igualmente, qué mecanismos pueden activarse para su tutela. La legislación existente se rodea de imprecisiones y vaguedad. La jurisprudencia en la materia, es escasa, y si bien, existen algunas resoluciones emblemáticas, no son suficientes para una adecuada edificación del derecho, en la que tengan cabida su contenido, alcances y límites. La doctrina se ha enfrentado en principio a la dificultad de precisar si es un derecho individual o colectivo, igualmente se cuestionan si es un derecho autónomo a se enlaza al derecho a la vida. Frente a estas imprecisiones resulta evidente que no existe una adecuada tutela del mismo. La investigación se centra en un análisis de corte teórico, de índole jurídico documental, que requirió la revisión de una amplia bibliografía, hemerografía, jurisprudencia y legislación, de donde se obtuvieron datos e información que permitieron arribar a la resolución de los problemas teórico jurídicos que fueron planteados en la misma, así como una evaluación de las normas existentes, para emitir conclusiones válidas, delimitando el derecho y las posibilidades de su tutela efectiva.

Palabras clave: derechos humanos, salud, responsabilidad estatal

Abstract: Within the responsibilities of the modern State, the right to health occupies an important place, however, has been difficult to identify the scope of that responsibility and equally, what mechanisms can be activated for your protection. The existing legislation is surrounded by imprecision and vagueness. The jurisprudence on the subject is scarce, and while there are some emblematic resolutions, they are not sufficient for a proper building of law, in which they have fitted their content, scope and limits. The doctrine has faced in beginning the difficulty of specifying if it is a right of individual or collective are equally question whether it is an autonomous right to is linked to the right to life. Against these inaccuracies, it is evident that there is a proper guardianship of the same. The research focuses on an analysis of the theoretical cutting, documentary legal nature, requiring the review of a wide bibliography, hemerografía, jurisprudence and legisl...

Keywords: human rights, State responsibility

Introducción

En el mundo contemporáneo, frente a los avances en materia de derechos humanos, la amplia gama de estos a tutelar, presenta nuevos retos, cuyas dimensiones resultan en ocasiones difíciles de medir con los baremos tradicionales, toda vez que su ámbito de tutela es en ocasiones impreciso y sus mecanismos de salvaguarda inadecuados.

Son muchas las definiciones doctrinarias que de los derechos humanos podemos encontrar en la doctrina jurídica contemporánea, empero no pretendemos introducir la discusión de la concepción de los derechos, sino únicamente resaltar lo que entendemos por ellos, así que, para tales precisiones, insertaremos sólo el concepto que asume Gros Spiell (1984), para quién podemos entenderlos como “aquellas facultades, atribuciones o exigencias fundamentales que el ser humano posee, declaradas, reconocidas o atribuidas por el orden jurídico y que, derivadas de la dignidad eminente que todo hombre tiene, constituyen hoy el presupuesto indispensable y necesario de cualquier organización o sistema político nacional y de la misma comunidad internacional”.

El concepto de Gros Spiell antes apuntado, nos parece adecuado en virtud de que no se limita a aludir a los derechos humanos bajo un solo aspecto, sino que los concibe bajo tres: facultades, atribuciones y exigencias de donde parten precisamente las diversas corrientes que les dan vida y que hablan de reconocimiento u otorgamiento, según el enfoque que el orden jurídico posea, esto es, iusnaturalista o positivista, a más de que no centra la dimensión de tales derechos únicamente a la



comunidad internacional sino que los ubica como base de la existencia de cualquier organización sin importar su construcción o denominación.

Los derechos humanos han sido materia de muy diversas clasificaciones, sin embargo, hay dos que cuentan con el consenso casi unánime, las que aluden a derechos humanos individuales y colectivos y aquellas que los dividen en derechos de primera segunda y tercera generación, gestada por Vasek, quien como afirma González Álvarez, acuñó dicha terminología durante una conferencia dictada en 1979 en Estrasburgo, donde aludió a las generaciones de derechos humanos ubicándolas en un contexto histórico, pero únicamente hasta los de tercera generación (González Álvarez, 2008); posteriormente, hay quienes hablan de cuarta, quinta y hasta sexta generación, pero no cuentan con igual consenso que la primigenia clasificación del precitado Vasek.

En su faceta de derechos colectivos han sido entendidos como “aquellos derechos acordados y ejercidos por las colectividades, donde estos derechos son distintos de - y quizá conflictivos con- los derechos otorgados a los individuos que forman la colectividad”. (L. Kymlicka, 2009), en cambio los individuales han sido estimados como “el conjunto de prerrogativas que permiten al individuo el desarrollo de su personalidad” (Lions Signoret, S/F). Es importante visualizar la alusión que el autor hace a la frecuente colisión de los derechos individuales con los colectivos y la incontestable diferencia entre ellos, vista la discrepancia total de los intereses involucrados.

En cuanto a la diversa clasificación los derechos de primera generación son aquellos que están conformados por los derechos civiles y políticos, se integran básicamente con “la libertad personal y el derecho de propiedad. Incluyen la libertad de expresión, de imprenta, de conciencia o de culto y, por supuesto, los derechos políticos a votar y ser votado para ocupar cargos de elección popular. Parte medular de esta primera generación son los derechos de seguridad jurídica, de legalidad, de audiencia, de defensa adecuada y debido proceso” (Ríos Zamudio, 2011), evidentemente estos derechos se encuentran en permanente construcción y evolución, ya que su contenido actual difiere diametralmente del inicial, que emana de la revolución francesa.

Los de segunda generación los integran los derechos colectivos de tipo social que constituyen una obligación de hacer del estado y son de satisfacción progresiva de acuerdo a las posibilidades económicas del mismo, (Aguilar Cuevas, 2000).

Del mismo modo, debemos aclarar, que estos derechos como sostiene Ríos Zamudio (2011), emanan de las luchas de clases que emergen a mediados del siglo XIX y principios del XX, ejemplo de ellas, los tenemos en las contiendas obreras que parten esencialmente de Inglaterra y Francia y que se nutren de la ideología de Marx y Engels y cuyos logros, plasmados en los derechos sociales aludidos, de los cuales se derivan, las obligaciones estatales y de los particulares detentadores del poder económico; en ellos, encontramos sin lugar a dudas, el derecho al trabajo, a la salud, a la adecuada alimentación, a la educación y a la vivienda digna, entre otros. (Ríos Zamudio, 2011, p.86).

Queda evidenciado por qué es entre estos derechos donde la mayoría de los autores ubica al derecho a la salud, sin embargo, como veremos más adelante la doctrina realiza matices a este derecho y consecuencia de ellos lo hace oscilar entre los derechos sociales y los de solidaridad que integran la tercera generación, estos últimos, se conforman por los denominados derechos de los pueblos o de solidaridad, y se desarrollan en la segunda mitad del siglo XX; surgen de la búsqueda de estabilidad y paz en un mundo de la posguerra que quedó devastado social y económicamente, e incluso nos atreveríamos a decir que moralmente, con posterioridad a la segunda guerra mundial.

Otro factor detonante de estos derechos fue el impulso desmedido que se generó hacia un desarrollo económico y tecnológico que conllevó una irresponsable devastación de los recursos naturales, en claro detrimento del entorno y de la calidad de vida de los seres humanos.

De esta suerte, nos dice Ríos Zamudio (2011, p. 87), la tercera generación tutela “el derecho a la paz, al medio ambiente sano, al desarrollo, a disfrutar y preservar un patrimonio cultural, y la protección al consumidor; incluye los derechos de las comunidades tribales y pueblos indígenas a utilizar sus recursos naturales, conservar y a fomentar sus culturas, idiomas y prácticas jurídicas tradicionales”.

Tanto los llamados derechos sociales como los de solidaridad, han evidenciado un gran problema en cuanto a su efectiva tutela, en primer término, por las dificultades para individualizar a sus titulares, puesto que los mismos son atribuidos a colectividades que no detentan personalidad

jurídica, puesto que no integran personas morales y ello sin lugar a dudas ha complicado su cabal ejercicio, como es el caso del derecho en estudio.

En ese contexto de derechos, el de la salud, representa uno de los de alta complejidad, toda vez, que la doctrina ha sostenido amplias discusiones para determinar su naturaleza jurídica, que analizaremos más adelante, y con ello establecer si se trata de derechos individuales o colectivos y cuáles son sus características; igualmente complejo es establecer las políticas públicas idóneas para cumplir con la responsabilidad estatal en su tutela.

Debemos reconocer que aún en la actualidad, las políticas públicas, se elaboran en muchas ocasiones de manera improvisada o ajena a los verdaderos requerimientos de los ciudadanos; por lo que, ante este panorama, la tutela del derecho ha sido inadecuada y no se han delimitado los alcances de la incumbencia del estado en ella, lo que ha provocado un estado de indefensión de los ciudadanos frente al incumplimiento o la salvaguarda inapropiada por parte de los poderes del estado dentro del ámbito de sus competencias. Se pretende, en consecuencia, establecer las premisas para determinar los alcances contenido y límites del derecho, y con este punto de partida, conquistar su real protección.

Nuestras afirmaciones se ven fortalecidas si analizamos opiniones doctrinarias como la de Frenk (2007), quién si bien reconoce que ha habido importantes avances en materia de salud pública en México, hace hincapié en los retos existentes en este campo, entre los que destacan la necesidad de incrementar el presupuesto destinado a la salud pública, distribuirlo de manera más equitativa y eficaz, derribando los obstáculos que la misma administración gubernamental genera.

Igualmente, otros autores como Téllez Castilla y Rivera Hernández (2014), hacen hincapié en la constante modificación de las políticas públicas derivada de los cambios de gobierno, que impiden una continuidad que permita resultados a largo plazo y con ello el fortalecimiento del desarrollo social, lo cual consideramos que traería como consecuencia el incremento de la tutela de los derechos humanos, que como el que nos ocupa, no pueden encontrarse para ello a la expectativa de veleidades políticas. A los antes citados podemos sumar opiniones como la de Aguilar Villanueva (1992) que asegura que en México el estado y en particular los municipios tienen un alto grado de dificultad para gobernar por políticas públicas, lo anterior derivado de los inidóneos diseños institucionales y la forma de ejercer el gobierno que impiden una adecuada respuesta a los requerimientos sociales, en los que estimamos que sin duda alguna se encuentra el derecho a la salud y sus componentes.

Antecedentes

La salud, entendida como derecho humano, es de reciente acuñación, así lo confirma Lema Añón(2010), cuando dice que su consagración en los instrumentos internacionales y en las constituciones se actualiza en épocas tardías, ya que, como es sabido, en el siglo XIX ante el surgimiento sin precedentes de estados liberales, el estado asume una postura de simple vigilancia y se desentiende de cuestiones tan esenciales como la salud desde una perspectiva individual, abocándose a su aspecto colectivo y solo ante cuestiones tan relevantes como pudiera ser, verbigracia, una epidemia; derivado de lo anterior la salud individual, se convierte en un servicio de índole privada, al alcance solo de quién tiene la capacidad económica para acceder a él y que, respecto a la población restante, dependía de los llamados actos de beneficencia claramente potestativos y aleatorios.

No ha sido sencillo consolidar a la salud como un derecho, los países han buscado unificar sus esfuerzos para crear marcos jurídicos y políticas públicas que auxilien a la comunidad mundial a vencer los flagelos que en materia de enfermedades han generado problemas graves a la salud; en ese contexto, podemos remontar los esfuerzos de consolidar bloques de naciones, a 1851, cuando se celebró en París la 1ª Conferencia Sanitaria Internacional a efecto de preparar una Convención Sanitaria Internacional; no obstante fue hasta 1892 cuando los países europeos alcanzaron un acuerdo y adoptaron la referida convención, inicialmente se refería a medidas para la prevención del cólera y posteriormente fue ampliada para incluir medidas preventivas contra la peste. Sin embargo,

la antecesora más directa de la Organización Mundial de la Salud fue la Organización de Higiene integrada en 1919 en el marco de la Sociedad de Naciones. (Maoño, 2000)

Esta misión, a diferencia de la convención, no se limitó a adoptar medidas para la prevención y control del cólera y de la peste de carácter internacional, sino de todas aquellas enfermedades que, por su modo de transmisión y prevalencia, planteaban problemas para cuya solución no bastaba que un país le hiciese frente por separado. (Maoño, 2000)

Finalmente, se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, que tiene su sede en Ginebra y la integran 191 países, y quién es “la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas”. (OMS, 2014)

La OMS (2014) lo que hace es ofrecer su liderazgo en temas importantes para la salud y participar en actuaciones conjuntas; determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos del área de particular relevancia; establecer normas y supervisar su aplicación en la práctica; formular opciones de política que sumen los principios éticos y el fundamento científico; prestar apoyo técnico, detonar el cambio y gestar potencial institucional de larga vigencia; seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

Es, en consecuencia, con esa guía que los estados modernos empiezan a unir políticas y unificar criterios, para mejorar la salud mundial, pero como podemos ver, el enfoque es hacia la organización de la actuación pública no hacia la tutela de la salud como derecho.

Respecto a éste la propia OMS ha dicho que “el derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible” (OMS, Derecho a la salud, 2013). Igualmente añade que esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, adecuadas y saludables condiciones laborales, incluidas las cuestiones de seguridad en el trabajo, vivienda digna y una alimentación nutritiva.

Un punto de mucha trascendencia, en cuanto a las responsabilidades de la tutela del derecho, lo marca la OMS, cuando asevera que el derecho a la salud no debe entenderse únicamente como el derecho a estar sano. (OMS, Derecho a la salud, 2013)

En este contexto resulta esencial determinar qué es lo que entendemos por salud, como se define el derecho a la salud y cuál es la concepción de los vocablos salud pública, para estar en posibilidad de determinar su contenido, alcances y límites legales.

La salud, nos dice la Constitución de la OMS, “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. (OMS, Constitución de la OMS, 1946)

En consecuencia, nos comenta Brena Sesma (2005), debemos entenderla como un valor que es común a las sociedades y diferentes ideologías, como “uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades”.

El derecho a la salud parece haber sido escasamente definido como tal por la doctrina jurídica, Daniels (1985) establece como premisa que se trata de un nuevo enfoque que deja atrás la preponderancia de las corrientes neoliberales y su inclinación hacia el utilitarismo, y añade que en vía de definición puede concebirse como “el acceso a los servicios de promoción de la salud, de prevención y curación de enfermedades y de rehabilitación en los casos de deterioro de la salud.”, pero igualmente clarifica que en este contexto quedan incluidas la posibilidad de una alimentación apropiada, contar en el desempeño laboral con un ambiente sano y que otorgue seguridad y finalmente la factibilidad de acceder a servicios de apoyo para el debido cuidado de la salud.

Es claro que la doctrina, al igual que los instrumentos internacionales, se enfoca más hacia establecer sus contenidos que propiamente a definir el derecho como tal, así, determina alcances que no se limitan a recibir atención médica y recuperar la salud perdida, sino que deben a la par, garantizar la calidad de vida, que está íntimamente relacionada con el derecho a la alimentación, los cuidados preventivos y una adecuada cobertura de seguridad social, ámbitos todos ellos en los que la intervención del estado es requerida para poder garantizar tal amplitud.

Una vez acotada la necesidad de definir el contexto en el que desenvolvemos nuestro análisis, debemos, igualmente, determinar la naturaleza jurídica del derecho en estudio, tarea nada sencilla por cierto, ya que además de la coincidencia de que todos lo estiman como un valor, como ya hemos reconocido parafraseando a Brena Sesma, y que, igualmente, ha sido establecido como derecho humano y fundamental, por los instrumentos internacionales a los que más adelante aludiremos y, por las cartas fundamentales de la mayoría de los estados modernos; deberemos ubicarlo en alguna de las clasificaciones de los derechos humanos de que hemos venido hablando, muchos doctrinarios lo contextualizan como derecho social (Abramovich, 2014), otros van más allá y lo estiman como parte del derecho al desarrollo (Picazzo Palencia, 2011).

Entretanto, autores como Díaz Müller (1994) aparte de sostener esta última postura, añaden que posee una doble dimensión doctrinal ya que asegura que podemos entenderlo como derecho social cuando nos referimos a él como una forma de protección de la salud; en cambio si nos referimos a problemas de salud internacional, se tratará de un derecho de solidaridad.

Con esta posición el autor lo ubicaría tanto como derecho humano de segunda generación como de tercera y como sabemos su entramado de protección resulta diametralmente distinto, de ahí que, nos atrevamos a asegurar que dependiendo de la ubicación que se le atribuye será el tipo de tutela que se le dé y los posibles alcances de la misma, extremos que generan mayor grado de complejidad a la tutela del derecho, ya de por sí problemática por sus propios alcances.

Igualmente la doctrina jurídica ha hablado de la necesidad de diferenciar el derecho a la salud, cuyo contenido es más amplio, del derecho a la protección de la salud, éste último que se traduce exclusivamente en obligaciones a cargo de los estados para realizar acciones efectivas para proteger y recuperar la salud de sus ciudadanos. (Leary, 1991).

A la par, se ha pretendido diferenciar el derecho a la salud, del derecho de la salud, afirmando que el primero es un derecho humano sustantivo, que alude a “la posibilidad que posee un grupo humano o comunidad de exigir una prestación por parte del estado”; en cambio el segundo, afirma que es de naturaleza formal y lo integran “el conjunto de normas que regulan y organizan la prestación exigida por el titular del derecho constituido por la sociedad nacional o internacional” (Díaz Müller, 1994).

Podemos concluir, derivado de las definiciones antes asentadas, que no existe un consenso doctrinario en cuanto a sus alcances y contenido, dada la diversidad de pensamiento que el mismo derecho y sus variadas facetas generan en las diferentes publicaciones especializadas, podemos obtener, empero, algunas características indiscutibles, como el hecho de que en términos generales asume las peculiaridades de un derecho colectivo, oscilando entre el derecho social y los derechos de solidaridad, pero inclinándose la balanza más hacia lo social.

Otro aspecto indudable es la complejidad de tutelar al derecho como colectivo, ya que la salud y sus problemas son diversos en cada persona, y lo que puede asumir en consecuencia, un carácter colectivo, son únicamente las políticas públicas que en la materia emiten los estados; pero, como veremos más adelante, existen otros aspectos en los que la responsabilidad la tendrá que asumir el propio individuo con sus determinaciones; esto es así, en cuestiones como elegir que su alimentación sea nutritiva o no; u optar tomar el medicamento prescrito o no hacerlo, entre muchas otras decisiones que no corresponden al estado. Lo anterior, siempre que la falta de cuidado no se deba a la imposibilidad de acceder a ellos por factores como la pobreza.

Esta aclaración es válida porque para millones de personas en el mundo, optar por una alimentación sana, no es una decisión personal que les sea atribuible, como tampoco lo es su estilo de vida, ya que “tres cuartas partes de la humanidad (unos 4.500 millones de personas) no disponen de la opción de elegir libremente factores fundamentales para la salud como seguir una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable o tener un trabajo gratificante que no sea nocivo para la salud.” (Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo, Prosalud y Cruz Roja Española, 2014).

Visto lo anterior podríamos entender que el desenvolvimiento del derecho asume una tutela que se da en corresponsabilidad entre el estado y los particulares titulares del mismo, en la que cada uno debe asumir sus roles y cometidos para alcanzar lo que el propio derecho pretende.

Instrumentos internacionales en la materia

Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948

Este trascendental instrumento internacional, consagra el derecho a la salud en su artículo 25, en los siguientes términos:

Artículo 25

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social. (ONU, 1948)

Como se desprende del contenido del numeral que antecede, la Declaración engloba al derecho en el contexto de una vida plena para la persona, incluyendo conceptos como salud, asistencia médica, servicios sociales, seguro por enfermedad, así como la maternidad e infancia.

Lo que no nos dice el instrumento es cómo alcanzarlo, ya que se trata de compromisos asumidos por los Estados Parte, que nacieron, por lo que al que antecede atañe, sin fuerza vinculante, pero que fue alcanzando un alto grado de obligatoriedad en los estados parte y se convertiría, con el transcurso del tiempo, en el referente más trascendente en materia de protección de los derechos humanos, ya que “fueron incorporados al *corpus* del derecho consuetudinario por la práctica de los estados (Ortiz Ahlf, 2004)

Así igualmente lo ha reconocido expresamente la Corte Interamericana:

[D]ocumento que, pese a su carácter declarativo, ha sido reconocido como fuente de obligaciones internacionales para los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos. (Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre dentro del marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1989)

La fuerza de los instrumentos internacionales ha sido materia de múltiples controversias, aunque como reconoce De los Santos (2008), es evidente que en el ámbito internacional los mismos poseen validez y que los estados una vez que los suscriben y cumplen con los lineamientos de su derecho interno para convertirse en Estados Parte, están obligados en sus términos, y son objeto de sanciones de diversa índole por su incumplimiento; la complejidad surge al establecer a nivel interno la jerarquía de este derecho internacional, la cual usualmente se determina en las cartas fundamentales.

Como sabemos este asunto ha sido materia de permanente preocupación por el estado Mexicano y en particular ha motivado varios pronunciamientos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en diversas épocas (Las normas sobre derechos humanos contenidas en Tratados Internacionales tienen rango constitucional, 2013), y si bien escapa a las pretensiones del presente trabajo, lo mencionamos como parte de los problemas que se actualizan al pretender dar vida a los derechos que el instrumento en análisis y los que posteriormente se han suscrito en la materia de estudio, tutelando la salud y sus componentes.

Código Internacional de Ética Médica

Este instrumento internacional, adoptado por la Tercera Asamblea General de la *World Medical Association* (AMM por sus siglas en español) en el mes de octubre de 1949, en Londres, Inglaterra, enmendado posteriormente por la misma asociación en dos ocasiones, la primera en su 22ª asamblea, celebrada en Sídney en agosto de 1968 y la segunda con motivo de su 35ª asamblea en Venecia en 1983.

El instrumento contiene los deberes de los médicos, tanto en lo general, como en aspectos como sus relaciones entre ellos, con los enfermos y los compromisos que asumen en la profesión médica.

Resulta relevante para nuestro análisis, en virtud de que no podemos estudiar el derecho a la salud, sin introducir entre sus componentes a la profesión médica, entre tales compromisos podemos resaltar:

NO PERMITIRÉ¹ que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente,

VELAR² con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, incluso bajo amenaza, y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas. (World Medical Association, 1949)

Como vemos la intención del código es resaltar la responsabilidad de los médicos en el respeto a los derechos humanos de los pacientes en especial de su dignidad humana, asumiendo compromisos éticos en cuanto a los medios utilizados para el ejercicio de su profesión y la recuperación de la salud de quienes han sido puestos bajo su atención médica.

Declaración sobre los Derechos del Niño

Aprobada por la Asamblea General de la ONU, mediante resolución 1386 (XIV) en 1959.

Es éste un instrumento internacional de gran relevancia en todos los ámbitos de los derechos humanos, y, en cuanto al derecho a la salud, nos aporta una perspectiva significativa, toda vez que entre sus principios determina los cuidados de la salud de los niños, estableciendo en el principio 2, la obligación de proporcionarle “por la ley y por otros medios”, las condiciones ideales para su desarrollo, lo que implica como lo reconoce el propio principio un desarrollo saludable física y mentalmente, resaltándose que debe atenderse siempre al interés superior del niño; de igual forma, el principio 4, establece su derecho a la seguridad social, y a “crecer y desarrollarse con buena salud”, para lo cual deberán serle proporcionados cuidados prenatales y contar con servicios médicos y alimentación adecuados. (ONU, 1959)

Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Fue adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, realizada en Helsinki, Finlandia, en el mes de junio de 1964.

La declaración ha sido enmendada posteriormente en reiteradas ocasiones: por la 29ª asamblea, celebrada en Tokio, Japón, en octubre de 1975; la 35ª asamblea, realizada en Venecia, Italia, en octubre de 1983; 41ª asamblea, en Hong Kong, en septiembre de 1989; 48ª asamblea, en esta ocasión en General Somerset West, Sudáfrica, octubre de 1996; 52ª asamblea, Edimburgo, Escocia, en octubre 2000; así como la Nota de Clarificación, agregada por la asamblea en Washington 2002; y otra diversa Nota de Clarificación, agregada por la asamblea en Tokio 2004; enmendada posteriormente en dos ocasiones más en la 59ª asamblea en Seúl, Corea, en octubre 2008 y finalmente en la 64ª Asamblea General, llevada a cabo en Fortaleza, Brasil, en el mes de octubre de 2013.

Una parte importante del derecho a la salud, se relaciona con las investigaciones médicas que se realizan en la búsqueda de soluciones que permitan reducir las enfermedades, las epidemias, por lo que este documento reviste particular relevancia, debiendo destacar el principio 6 del mismo, en el que se establece como prioridad de la investigación médica en las personas el “comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas” (World Medical Association, Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 1964).

¹ Mayúsculas en el original

² Ídem.

Igualmente trascendente es el contenido del principio 9, en el que se destaca que, en dichos procesos de investigación, es obligación del médico proteger tanto la vida, como la salud, la dignidad, intimidad e integridad, así como realizar reserva de la información personal de quienes participan en ellos, y va más allá al establecer la carga de la responsabilidad de dicha tutela al médico o profesional de la salud que los realizan. (World Medical Association, Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 1964)

Declaración de los Derechos de los Impedidos de 1975

La Declaración fue proclamada por la Asamblea General de la ONU, en su resolución 3447 (XXX), de 9 de diciembre de 1975, la misma se centra en la tutela de las personas que por definición de la propia declaración, se encuentran incapacitadas para asumir total o parcialmente la responsabilidad de proveer a las necesidades de una vida normal, derivado de una deficiencia, ya sea en sus condiciones físicas o mentales, pero en cuanto a la salud, se limita a establecer que tiene derecho a atención médica. (ONU, Declaración de los Derechos de los Impedidos , 1975)

Declaración de Tokio sobre Normas Médicas con respecto a la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, o Castigos Impuestos sobre Personas Detenidas o Encarceladas

El derecho a la salud abarca ámbitos que tal vez para algunos resultan impensables, en el caso de la Declaración pareciera un contrasentido hablar de tal derecho frente a la tortura y los demás componentes a que el mismo se contrae, sin embargo, es precisamente una parte de la tutela de este derecho, que se extiende en todas direcciones y alcanza incluso a quienes se encuentran privados de su libertad.

Así la referida Declaración, fue adoptada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, en octubre 1975 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, en mayo 2005 y posteriormente por la 173ª Sesión del mismo Consejo, en Francia, en mayo 2006, y se centra en señalar una expresa prohibición a los médicos para favorecer cualquier práctica de tortura o facilitar los instrumentos, lugares, sustancias, conocimientos o su simple presencia para ello y se le vincula al secreto profesional por la información que le sea proporcionada por la asistencia médica que les preste. (World Medical Association, Declaración de Tokio de la AMM Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas, 1975)

Pacto Económico de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El pacto fue adoptado en Nueva York, el 16 de diciembre de 1966, en él encontramos ya de forma más concreta la pretensión a nivel internacional de no solo reconocer la existencia del derecho a la salud, sino también, establece de manera expresa algunas de las medidas que se espera asuman los Estados Parte para alcanzar la tutela del derecho, lo cual se desprende claramente del contenido del artículo 12 de dicho pacto, que a la letra dice:

Artículo 12.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.(ONU, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966)

Si bien es cierto que se redacta en términos muy generales, establece lineamientos a seguir por los Estados Parte enfocados particularmente hacia políticas públicas a cuya realización se comprometen para salvaguardar el derecho en comento.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata

Ésta Conferencia, celebrada del 6 al 12 de septiembre de 1978, en Alma Ata en la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), se centra de lleno en la problemática del derecho humano y es la que lo reconoce como derecho humano fundamental, que si bien resultó utópico en su planteamiento de alcanzar en el año 2000 un nivel aceptable de salud para toda la población mundial, es innegable el mérito de este instrumento incluso al evidenciar el desperdicio de recursos tan necesarios para el rubro de salud en armamento, entre otros tópicos de alta relevancia por él evidenciados.

De primordial importancia resulta el numeral VII, que determina cuáles son los alcances del derecho al establecer lo que se entiende por atención primaria a la salud, afirmando que la misma comprende:

[C]uando menos las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

Resulta sencillo advertir que la responsabilidad del estado en la materia es amplia, y va desde los esquemas educacionales hasta la prevención y el tratamiento, esto último que es lo que normalmente se consideraba más importante, a la luz de estos instrumentos va extendiendo su campo de acción para alcanzar otros niveles de cobertura más amplios que garanticen una mayor tutela del derecho.

Conferencias Mundiales sobre el SIDA

Estas conferencias se han venido celebrando durante 20 años y han analizado la problemática concreta a la que se contraen, la última de ellas, la XX Conferencia Mundial del SIDA celebrada en Melbourne, Australia, se emitió como un llamado a acabar con la discriminación y la criminalización de prácticas sexuales, que obstaculizan la lucha contra la enfermedad, y si bien, poseen un enfoque delimitado hacia un solo problema de salud pública como lo es la discriminación de los enfermos de SIDA, sin embargo, inciden en políticas públicas de atención a cuestiones de salud, favoreciendo las investigaciones en ese rubro.

Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina

Este instrumento internacional, aprobado por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 19 de noviembre de 1996 y suscrito en Oviedo, España el 4 de abril de 1997, concretiza en su artículo tercero, un punto de vital importancia para la tutela del derecho al consagrar el acceso igualitario a lo que denomina “los beneficios de la sanidad”. (Consejo de Europa, 1996).

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005

De vital importancia resulta este instrumento internacional, en especial lo consagrado en su artículo 14, que determina claramente los alcances del compromiso estatal en materia de salud, estableciendo que ésta es una corresponsabilidad de los gobiernos con la sociedad, y lo reconoce expresamente como un derecho fundamental, estableciendo que su tutela comprende:

Artículo 14.[...] fomentar:

1. El acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano;
2. El acceso a una alimentación y un agua adecuadas;
3. La mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente;
4. La supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo; y
5. La reducción de la pobreza y el analfabetismo

(UNESCO, 2005)

Declaración de Seúl sobre Seguridad y Salud en el Trabajo de 2008

Esta declaración surgida de uno de los congresos mundiales sobre Seguridad y Salud en Seúl, República de Corea, el 29 de junio de 2008 con motivo del XVIII Congreso Mundial sobre Seguridad y Salud en el Trabajo, organizado conjuntamente por la Oficina Internacional del Trabajo, la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y la Agencia Coreana para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (KOSHA), que se enfoca esencialmente a los problemas de enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo, entorno que sin duda presenta una de las facetas de la tutela del derecho, ya que como se reconoce en el documento mismo estas enfermedades y accidentes fueron estimadas por la Oficina Internacional del Trabajo en 2.3 millones de víctimas por año a nivel mundial. (OIT/AISS/KHOSA, 2008). Dichos Congresos se celebran anualmente en la búsqueda de mejores sistemas de seguridad y salud en el desempeño laboral.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud

La Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, se reunió en Ottawa, Canadá, el 21 de noviembre de 1986, elaborándose la Carta de Ottawa.

Dicha carta, al igual que la Conferencia de Alma Ata, pretende alcanzar la salud para todos en el año 2000, presenta aportaciones interesantes en materia de conceptualización, ya que determina lo que debe entenderse como promoción de la salud, la cual consiste:

[E]n proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (OMS, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986)

El documento evidencia como el concepto del derecho trasciende a otras esferas distintas de las tradicionales y que abarca conceptos como el medio ambiente y el propio desarrollo de las aptitudes físicas, y añade que:

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud.(OMS, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986)

También relevantes resultan los documentos “Relaciones entre la salud y el derecho” (CE59/16, OPS, 1968) y el de “La salud y los derechos humanos” (CD50/12) emitidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En éste último documento, se contienen lo que el mismo denomina los “tres vínculos básicos entre la salud de los grupos en situación de vulnerabilidad y el ejercicio de los derechos humanos”; deseando resaltar por su importancia para nuestro análisis lo asentado en el tercer vínculo que dice:

10. Tercer vínculo: las políticas, planes y legislaciones sobre salud pública pueden ser instrumentos que protegen efectivamente los derechos humanos básicos y libertades fundamentales o, por el contrario, pueden ser instrumentos que obstaculizan el ejercicio de derechos básicos vinculados al bienestar físico y mental (OPS, 2010).

Como vemos la propia OPS reconoce que las políticas públicas inadecuadas devienen en escollos e igual ocurre con una inapropiada legislación, lo que se traduce en una ineficaz salvaguarda del derecho y sus contenidos esenciales; es por ello que hacemos hincapié en que no basta legislar, sino que hay que hacerlo conforme a las necesidades específicas de tutela.

La responsabilidad estatal frente al derecho a la salud

En este apartado debemos determinar cuáles son los aspectos o facetas del derecho a la salud que corresponde tutelar al estado y delimitar dicho ámbito de responsabilidad en la adecuada salvaguarda del derecho.

Es evidente que no podemos responsabilizar al estado de manera integral respecto de la salud de todas las personas, en los contenidos del derecho antes analizados, encontramos un sinnúmero de cuestiones que no pueden ser parte de esa responsabilidad, por ejemplo la carga o herencia genética, el hecho de que el individuo tome los medicamentos que le han sido prescritos por el médico o deje de hacerlo, su falta de higiene personal, incluso sus propias creencias que en muchas ocasiones colisionan con la posible atención médica que debe recibir, en este último caso hemos visto enfrentarse al derecho a la salud con otros derechos humanos como el de la libertad de creencias.

La salud pública ha sido concebida como “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad” (Acheson, 1988); Frenk (1994), por su parte, nos dice que las principales tendencias históricas en el pensamiento sobre la salud, las podemos reducir a la siguiente tabla:

Respuesta social: objetos de intervención	Condiciones: perspectivas de análisis	
	Salud	Enfermedad
Individuo/familia	Modelo higienista/ preventivo	Modelo biomédico
Ambiente biofísico	Modelo sanitarista Modelo ecologista	Modelo epidemiológico clásico
Ambiente social	Modelo sociomédico	Modelo epidemiológico social

Fuente: Frenk, J., 1994.

Como vemos, en cuanto a la concepción del derecho a la salud en su connotación de derecho social y solidario, el proceso no ha sido inmediato, sino que fue estimado dentro del ámbito individual en el siglo XIX y principios del XX, hasta que los instrumentos internacionales, fueron dando vida a este derecho, en el entorno de los derechos humanos de índole social y por consecuencia, se considera como colectivo y no individual.

Yáñez Campero (2000) afirma, que es la administración pública la que en última instancia debe garantizar a la sociedad en general el derecho a la protección de la salud, derivado de los derechos de justicia social contenidos en la constitución, y cuya trascendencia se patentiza no solo a nivel jurídico sino también administrativo.

Acorde a los compromisos asumidos en instrumentos internacionales y a los alcances de la tutela constitucional del derecho en México, el estado debe establecer estrategias a corto y largo plazo que permitan garantizar esa salvaguarda.

La Corte Constitucional Colombiana (DERECHO A LA SALUD-Recomendación general N° 24 de 1999 sobre 'la mujer y la salud, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, 2008) ha determinado, en reiteradas decisiones judiciales, por lo que se refiere a la concepción de este derecho y sus alcances lo siguiente:

La jurisprudencia constitucional, desde su inicio, ha reconocido que la salud "(...) es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo."(DERECHO A LA SALUD-Protección, 1993) La 'salud', por tanto, no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Se trata de una cuestión de grado, que ha de ser valorada específicamente en cada caso. Así pues, la salud no sólo consiste en la 'ausencia de afecciones y enfermedades' en una persona. Siguiendo a la OMS, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es 'un estado completo de bienestar físico, mental y social' dentro del nivel posible de salud para una persona. (DERECHO A LA SALUD-Protección, 1993) En términos del bloque de constitucionalidad, el derecho a la salud comprende el derecho al nivel más alto de salud posible dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva. (Sentencia T-379/14, 2014)

En el apartado de los instrumentos internacionales de la materia, omitimos incluirla (OMS, II Conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud: Políticas Públicas para la Salud Declaración de la Conferencia Recomendaciones de Adelaide, 1988), en virtud de que en el mismo se regulan expresamente las políticas públicas en la materia.

El documento, realiza un recuento de los avances de Alma Ata de 1978, la Carta para Promoción de la Salud de 1986 adoptada en Ottawa, ésta última identificando cinco áreas de acción al respecto, la formulación de políticas públicas para la salud, la creación de entornos propicios para la salud, el desarrollo de las aptitudes personales, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios de salud y los retoma estableciendo la importancia de que los estados asuman la responsabilidad de instaurar las políticas públicas idóneas.

Tales políticas deben enfocarse en cumplir los siguientes parámetros de la salud pública mundial:

Los requisitos para la salud y el desarrollo social son paz y justicia social; alimentos nutritivos y agua limpia; la educación; vivienda decente; un papel útil que desempeñar en la sociedad y unos ingresos adecuados; la conservación de los recursos y la protección del ecosistema. La visión de una política pública para la salud es el logro de estas condiciones fundamentales para la vida saludable. El logro de la salud mundial se apoya en el reconocimiento y la aceptación de la interdependencia, tanto en el seno de los países como entre ellos. El compromiso con la salud pública mundial dependerá de encontrar medios adecuados de cooperación internacional para actuar sobre los problemas que atraviesan las fronteras nacionales.(OMS, II Conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud: Políticas Públicas para la Salud Declaración de la Conferencia Recomendaciones de Adelaide, 1988)

Es evidente que no existen soluciones mágicas para alcanzar niveles de tal envergadura, empero, la conferencia los sustenta en los medios idóneos de cooperación internacional, la cual, sin duda se está dando, pero hasta el momento ha resultado insuficiente para alcanzar las metas deseadas.

Ase y Buriyovich (2009) aseguran que la realización del derecho se da en tres grandes áreas, la primera que se refiere al más alto nivel de salud alcanzable, y en la cual debemos considerar los avances en términos de resultados en la población, en relación con mortalidad, enfermedad, discapacidad, variables demográficas, salud reproductiva, pudiéndose obtener de la misma indicadores de la situación de los grupos más vulnerables.

La segunda, alude al tipo de organización que debe presentar el estado para atender sus obligaciones, por lo que en ella, se puede identificar qué es lo que el estado viene haciendo y cómo lo hace, es decir, la factibilidad del acceso a los sistemas de salud a las personas y comunidades que

tienen problemas de esa índole los recursos y la aplicación de las políticas y programas públicos. Finalmente aluden a la existencia de un entorno político, social y ambiental, que garantice el ejercicio del derecho a la salud dentro de la visión de integralidad (Ase, 2009).

Conclusiones

La responsabilidad de los estados en materia de salud es innegable, la problemática reviste una gran complejidad, y la misma es finita, ya que se enfrenta a la realidad presupuestal, que necesariamente deberá ser la medida de ellas.

Así lo clarifica Pugno (2009) cuando asegura que

Al momento de posicionarnos ante el complejo de lo vital, fácilmente se advierte que los recursos son escasos, *per definitionem*, y las necesidades son múltiples (cada vez más). Muchas veces, esa necesidad múltiple es la vida.

Con la misma facilidad con la que se vislumbra la inadecuación numérica de los bienes existentes y disponibles para satisfacer demandas en materia sanitaria, creemos que aflora el impostergable descanso en la utilidad como criterio orientador del juicio de adjudicación de los recursos. (Pugno, 2009, p. 105)

En la actualidad la solución se ve representada en los siguientes aspectos esenciales:

- a) La consagración del derecho en los instrumentos internacionales.
- b) Su tutela en las cartas fundamentales
- c) Emisión de legislaciones ordinarias
- d) Establecimiento de Instituciones de Seguridad Social con la mayor cobertura posible del universo de ciudadanos del estado
- e) Campañas permanentes de salud que van desde la vacunación a la mayor cantidad posible de ciudadanos hasta las revisiones para el control de enfermedades como el tabaquismo, cáncer, el VIH, etc.
- f) La regulación y control del uso y manejo de sustancias peligrosas y productos dañinos.

Pero, desde una perspectiva jurídico-social es necesario establecer ¿cómo decidimos a quién se trasplanta y a quién no?-solo para ejemplificar- esto nos lleva a determinar claramente las reglas que deberán imperar en la sociedad en relación al Derecho a la Salud. Lo anterior en virtud de que su ámbito de tutela incluye, como ya se dijo, una amplia gama de derechos, como lo son la protección de la vida, la integridad física y moral, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad ideológica y religiosa por lo que la perspectiva constitucional es muy amplia y habrá que trabajar en conjunto legisladores y operadores jurídicos para tener un derecho a la salud con valores y estándares internacionales que permitan cumplir con los objetivos de promoción, prevención y mejoramiento, así como contribuir al debate jurídico del mismo.

Es dable reconocer que se han resuelto cuestiones en muchos estados tan complejas como el determinar cuándo y bajo qué condiciones permitir la eutanasia, se ha prohibido el uso de tabaco en todos los lugares públicos, hay una amplia cobertura de vacunación, pero sigue resultando muy complejo establecer reglas inmutables en cuanto a cuestiones como la antes planteada, que es en resumen una decisión sobre sobrevivencia de los ciudadanos.

Es importante reconocer que distamos mucho de tener una cobertura mundial de salud y que los esfuerzos de las políticas públicas si bien han mejorado las expectativas de vida saludable en muchos aspectos, requieren de una mejor distribución de los presupuestos públicos, lo cual si bien es ajeno a las cuestiones jurídicas analizadas, sí incide en la cuestión administrativa que concierne a la adecuada administración de los recursos públicos y la definición de las políticas públicas, para enfrentar cuestiones como la pobreza extrema, que aunque no son problemas de salud pública inciden en ella fuertemente.

En consecuencia y acorde a los compromisos internacionales asumidos la responsabilidad del estado abarca los siguientes aspectos:

- a) Asistencia sanitaria integral, detectando las prioridades de cada estado, con planes de acción nacionales, priorizando cuestiones como el agua potable
- b) Alimentación adecuada
- c) Reducir la pobreza

Todo lo anterior se subsume en el concepto de vida digna que es lo que en última instancia podemos considerar como la finalidad última de los derechos humanos, debemos, consecuentemente, precisar que las responsabilidades del estado no pueden ser eludidas bajo el pretexto de ausencia de recursos, ya que los existentes deben ser utilizados de manera eficiente y priorizados hacia la tutela de los derechos, en especial de los que encaminan su salvaguarda, como es el caso del derecho a la salud hacia una vida digna.

Ahora bien, por lo que atañe al estado mexicano, podemos establecer que en México existe una amplia cobertura de seguridad social a través de los organismos que integran el sistema de salud pública como lo son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la propia Secretaría de Salud a través de los denominados Centros de Salud, viéndose complementado por los institutos estatales y municipales de pensiones que también corresponde a la seguridad social pública; pese a lo anterior, esta amplia cobertura ha demostrado ser ineficaz para alcanzar una protección generalizada (Soto Estrada, 2012), por lo que ante ello se han establecido políticas públicas en los Planes Nacionales de Desarrollo, enfocadas a ampliarla de manera especial a los grupos vulnerables, así surgen figuras como el “seguro popular” que se implementa para proporcionar acceso a los servicios de salud a quienes están en situación desfavorable y no pueden acceder a los primeros mencionados; en esta tesitura se dio vida al Sistema Nacional de Protección Social en Salud, por decreto que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 5 de mayo de 2003, implementándose de inicio a nivel federal y posteriormente en todas las entidades federativas que conforman el territorio nacional; bajo este esquema, las personas contribuyen al sistema de salud de conformidad a su capacidad de pago, pero el servicio que reciben es acorde a sus requerimientos de salud, con lo cual se logró, cuando menos parcialmente, una mayor equidad y cobertura, así como eficientar el gasto público dedicado a salud al reducirse los desequilibrios financieros (Secretaría de Salud, 2005).

La propia Secretaría de Salud ha reconocido que la cobertura universal aún no es factible en su integridad y que los rezagos presupuestales no pueden ser abatidos a corto plazo; igualmente se evidencia la carencia de suficientes recursos humanos especializados para dicha cobertura y debemos reconocer que se requiere asimismo un marco legal más consolidado que ayude a erradicar las inequidades en el ejercicio del derecho a la salud por parte de los mexicanos.

El impacto ha sido analizado por la doctrina y entre otros, Charvel, Roldán, Cortés y Pavón, han considerado que entre los problemas esenciales del sistema se encuentra aún la cuestión financiera, ya que afirman que si bien desde la perspectiva normativa, los recursos de origen de forma tripartita, esto deviene en que es la federación quién soporta el mayor nivel de carga presupuestal al respecto, una pequeña parte los estados y por lo que hace a la retribución realizada por los afiliados, su impacto a la fecha es insustancial y por ende no permite reducir –en la forma esperada cuando se gestó la reforma– el desequilibrio financiero en el sector salud. A pesar de ello, se mantiene dicha participación como un factor cultural que pretende concientizar al ciudadano de su necesaria corresponsabilidad para alcanzar el pleno ejercicio de su derecho (Charvel, 2010).

Laurell por su parte, ha señalado que pese a lo que afirma la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, no existe en nuestro país una cobertura universal, ya que, según la precitada autora, existe aun aproximadamente un 25% de la población que no posee ningún tipo de cobertura, porcentaje muy superior a los existentes en Chile y Colombia con 7 % y 10%, respectivamente de población en dicha situación. Las cifras de la Comisión, a decir de la autora son erróneas en virtud de que las entidades federativas están falseando algunos datos para poder acceder a mayores recursos por parte de la federación, dado el interés primigenio de la última mencionada en alcanzarla cobertura universal (Laurell, 2013).

Luego entonces, ¿cuáles son las carencias en México para lograr la tan anhelada cobertura universal? El propio presidente de México Enrique Peña Nieto ha reconocido que si bien existen

avances importantes, aún existen “amplios sectores de la población que en los hechos no pueden ejercer su derecho a la salud, a la protección de su salud” con lo que, admite se incrementa la vulnerabilidad de dichos sectores y la desigualdad en que viven (AA. VV., 2013). Así, los esfuerzos del estado mexicano se encaminan a tutelar a estos sectores, acrecentados por el compromiso asumido ante la reforma constitucional del 2011 que amplía la tutela de los derechos humanos y responsabiliza en el artículo primero de la carta fundamental, al Estado Mexicano como garante de promover, respetar, *proteger y garantizar* tales derechos, por lo que frente a tal amplitud de responsabilidad, las políticas públicas se concentran en cuatro aspectos básicos que son: disponibilidad, accesibilidad, adaptación a la diversidad cultural y sus especiales requerimientos y la calidad (AA. VV., 2013, p. 291).

Podemos, en consecuencia, afirmar que existen importantes esfuerzos gubernamentales encaminados a la búsqueda de la adecuada salvaguarda del derecho, pero su debida protección y ejercicio presentan aún retos importantes en materia de desigualdades e insuficiencia presupuestal que deberán resolverse bajo el esquema de reformas legislativas y estructurales que permitan la anhelada autosuficiencia pero sin ampliar la brecha de las inequidades existentes.

REFERENCIAS

- AA. VV. (2013). *Cobertura universal en salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México: OPS/OMS.
- Abramovich, V. (2014). *Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derechos sociales*. Obtenido de Universidad Nacional de la Plata: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/apuntes-sobre-la-exigibilidad-judicial-de-los-derechos-sociales-2.pdf>
- Acheson, E. (1988). *Public health in England. Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. Londres: HMSO.
- Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo, Prosalus y Cruz Roja Española. (2014). *Comprendiendo el derecho humano a la salud*. (P. y. Española, Ed.) Madrid. Recuperado el 5 de noviembre de 2014, de: [http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20\(2\).pdf](http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf)
- Aguilar Cuevas, M. (30 de enero de 2000). Las tres generaciones de los derechos humanos. *Gaceta de la Comisión Nacional de Derechos humanos*, (114), 93-102. Obtenido de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr20.pdf>
- Aguilar Villanueva, L. F. (1992). *El estudio de las políticas públicas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Ase, I. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 27-47.
- Brena Sesma, I. (2005). *Salud y Derecho*. México: UNAM.
- Charvel, S. (2010). *Diagnóstico y propuesta de adecuación del marco jurídico administrativo del Sistema de Protección Social en Salud*. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. Recuperado el 27 de mayo de 2015, de http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201002_marcojur%C3%ADdico.pdf
- Consejo de Europa. (1996). *Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano*. Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. Oviedo, España.
- Daniels, N. (1985). *Justice health care*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- DERECHO A LA SALUD-Protección, Sentencia T-597 (Corte Constitucional de Colombia, 1993).
- DERECHO A LA SALUD-Recomendación general N° 24 de 1999 sobre 'la mujer y la salud, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, Expediente T-1281247 y acum (Corte Constitucional de Colombia 2008). Recuperado el 13 de noviembre de 2014, de http://www.ramajudicial.gov.co:8080/csj/downloads/UserFiles/File/VARIOS/JURISPRUDENCIA_INTERES/Sentencias/T-760-08.pdf
- Díaz Müller, L. T. (1994). *El imperio de la razón. Drogas, salud y derechos humanos*. México: UNAM.
- Frenk, J. (1994). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica.
- (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, (49), s23-s36. Recuperado el 25 de mayo de 2015, de <http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2007/supl%201/6-REFORMA.pdf>
- González Álvarez, R. (2008). "Aproximaciones a los derechos humanos de cuarta generación". *Tendencias* [en línea], (23). Recuperado el 27 de octubre de 2014, de <http://www.tendencias21.net/derecho/attachment/113651/>.
- Gros Spiell, H. (1984). Derechos humanos, derecho humanitario y derecho internacional de los refugiados. En *Etudes et essais sur le droit international humanitaire et sur les principes de la Croix Rouge en L'Honneur de Jean Pictet* (pp. 706-711). Geneve/La Haya: CICR.
- Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre dentro del marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Opinión Consultativa OC-10/89, Ser. A, No. 10 (1989), pp. 35-45 (Corte Interamericana de Derechos Humanos 14 de julio de 1989).

- L. Kymlicka, W. (2009). Derechos individuales y colectivos. En AA. VV., *Los derechos colectivos hacia una adecuada protección y comprensión* (pp. 3-26). Quito, Ecuador: ONU.
- Las normas sobre derechos humanos contenidas en Tratados Internacionales tienen rango constitucional, Contradicción de Tesis 293/2011. (Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación 2013).
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. México: CLACSO. Recuperado el 26 de mayo de 2015, de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/sesionesacad/asacristina/ImpactodelSeguroPopular.pdf>
- Leary, V. A. (1991). Justicia y más allá: procedimientos de quejas y el derecho a la salud. *Revista de la Comisión Internacional de Juristas*, (55), 91-110.
- Lema Añón, C. (2010). *El derecho a la salud, Concepto y fundamento*. Madrid, España: Ministerio de Educación de España.
- Lions Signoret, M. (s/f). "Los derechos individuales en la historia y en la doctrina". Boletín del Instituto de Derecho Comparado, 33-60. Recuperado el 25 de octubre de 2014, de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/indercom/cont/28/dtr/dtr2.pdf>
- Maoño, C. (2000). Organización Mundial de la Salud. En C. Pérez de Armiño, *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*. Bilbao, España: Icaia/Hegoa. Recuperado el 26 de octubre de 2014, de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/>
- OIT/AISS/KHOSA. (2008). Declaración de Seúl sobre Seguridad y Salud en el Trabajo, XVIII Congreso Mundial sobre Seguridad y Salud en el Trabajo. Seúl.
- OMS. (19 junio-22 de julio de julio de 1946). Constitución de la OMS. Recuperado el 26 de octubre de 2014, de Conferencia Sanitaria Internacional: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa.
- (1988). *II Conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud: Políticas Públicas para la Salud Declaración de la Conferencia Recomendaciones de Adelaide*. Políticas Públicas para la Salud Declaración de la Conferencia Recomendaciones de Adelaide. Adelaide Australia.
- (noviembre de 2013). *Derecho a la salud*. Obtenido de Nota descriptiva N° 323: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- (26 de Octubre de 2014). *Acerca de la OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/about/es/>
- ONU. (1959). *Declaración de los Derechos del Niño*. ONU Doc. A/4354. ONU.
- (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Nueva York. Recuperado el 11 de NOVIEMBRE de 2014, de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D50.pdf>
- (1975). *Declaración de los Derechos de los Impedidos*. Declaración de los Derechos de los Impedidos Proclamada por la Asamblea General en su resolución 3447 (XXX), de 9 de diciembre de 1975.
- ONU, A. G. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Asamblea General en su Resolución 217 A (III). París. Recuperado el 5 de noviembre de 2014, de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0013>
- OPS. (2010). *La Salud y los Derechos Humanos*. Documento conceptual. CD50/12. Washington. Recuperado el 27 de octubre de 2014, de <http://www.un.org/spanish/disabilities/documents/CD50-12-s.pdf>
- Ortiz Ahlf, L. (2004). "Fuentes del «Derecho internacional de los derechos humanos»" . En C. R. Martín, *Derecho internacional de los derechos humanos* (pp. 23-47). México: UIA-LAW-Fontamara.
- Picazzo Palencia, E. (enero-junio de 2011). La teoría del desarrollo humano y sustentable: Hacia un reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *Estudios Sociales*, 19(37), 253-279. Recuperado el 27 de mayo de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-45572011000100010&script=sci_arttext
- Pregno, E. (2009). El derecho de la salud. Como nueva rama del mundo jurídico. Una respuesta jurídica justa. (F. d. Rosario, Ed.) *Revista del Centro de Investigaciones de Filosofía Juri-*

- dica y Filosofía Social*, (32), 95-110. Recuperado el 28 de octubre de 2014, de <http://www.centrodefilosofia.org.ar/revistacentro32.htm>
- Ríos Zamudio, J. L. (enero-junio de 2011). Generaciones de derechos humanos y desarrollo. Reflexiones para el caso mexicano. (G. y. Centro de Estudios sobre Derecho, Ed.), *Letras Jurídicas*, (23), 81-97. Recuperado el 27 de octubre de 2014, de <http://www.letrasjuridicas.com/Volumen23.html>
- Santos de los, M. Á. (diciembre de 2008). Derechos humanos: Compromisos internacionales, obligaciones nacionales. (I. d. Jurídicas, Ed.) Reforma Judicial. *Revista Mexicana de Justicia*, (12), 249-276. Recuperado el 10 de noviembre de 2014, de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/refjud/cont/12/cle/cle13.htm#N6>
- Secretaría de Salud. (15 de octubre de 2005). Obtenido de Sistema de Protección Social en Salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf>
- Sentencia T-379/14, T-379/14 (Corte Constitucional de Colombia, 2014).
- Soto Estrada, G. e. (2012). *Rasgos generales del sistema de salud en México*. Obtenido de Facultad de Medicina UNAM: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/15.pdf>
- Téllez Castilla, M. D. (2014). *Políticas Públicas de participación ciudadana como factor potenciador de la equidad en salud en Nusvo León*. 2 ° Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Ciencias Políticas (AMECIP). Toluca. Recuperado el 26 de mayo de 2015, de http://amecip.org.mx/ponencias2014/12V_RiveraYT%C3%A9llez_Equidad.pdf
- UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Obtenido de http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- World Medical Association. (1949). *Código Internacional de Ética Médica*. Tercera Asamblea General de la AMM. Londres, Reino Unido.
- (1964). *Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Declaración de Helsinki 18ª Asamblea Gneeral Médica Mundial. Helsinki, Finlandia.
- (1975). *Declaración de Tokio de la AMM Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas*. A. Declaración de Tokio sobre Normas Médicas con respecto a la Tortura y otros Tratos Cruelles, Inhumanos o Degradantes, o Castigos Impuestos sobre Personas Detenidas o Encarceladas. Tokio, Japón.
- Yáñez Campero, V. H. (2000). *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*. México: Instituto Nacional de Admnistración Pública (INAP).

Hacia una sociedad sostenible en el contexto del cambio climático: revisión de los modelos energético, sanitario y educativo en la España actual

Andrés J. Ursa Herguedas, Instituto de Medicina Integrativa, España
Sandra Ursa Bartolomé, Centro de Salud Potosí, España

Resumen: Una revisión de los modelos energético, educativo y sanitario en España muestra serias deficiencias que repercuten negativamente en el medio ambiente, la economía y la educación de los jóvenes. Aportaciones dentro de la lógica más evidente y su implementación pretenden reducir las emisiones de CO₂ a la atmósfera, mejorar la eficiencia y eficacia energética, adecuar la educación no universitaria y universitaria a los tiempos actuales y dotar al sistema sanitario español de sostenibilidad económica y medioambiental, restaurando la deshumanización de la medicina.

Palabras clave: cambio climático, energías renovables, pacto educativo, medicina integrativa, sociedad sostenible

Abstract: A review of the energy, education and health models in Spain shows serious deficiencies that adversely affect the environment, the economy and education of young people. Contributions within the obvious logic and its implementation aimed at reducing CO₂ emissions to the atmosphere, improve efficiency and energy efficiency, adapt non-university and university education with the times and give the Spanish health system of economic and environmental sustainability, restoring the dehumanization of medicine.

Keywords: Climate change, renewable energy, education pact, integrative medicine, sustainable society

Si partimos de la frase, compartida por todos los expertos mundiales en politología de que “la energía es la base del estado de bienestar y de la economía”, en España habría que llevar a cabo numerosos ajustes para que se hiciera realidad. Esta afirmación se justifica porque el modelo energético español está basado fundamentalmente en el uso de los combustibles fósiles (petróleo, gas natural y carbón) y energía nuclear (1). Para hacer frente a estos recursos España ha de importar petróleo y gas natural, así como tecnología y combustible nuclear, contribuyendo año tras año a desequilibrar la balanza comercial y a aumentar la deuda española.

Los combustibles fósiles, aunque son eficaces energéticamente, contribuyen con sus emisiones al Cambio climático (CC), que es actualmente el problema medioambiental más grave al que se enfrenta la Humanidad. Hasta tal punto es cierta esta afirmación que una de las frases que más se oyen en el ámbito medioambiental es “invertir en petróleo, gas natural y carbón es inmoral”.

En los últimos años el estamento político español ha realizado esfuerzos por revertir esta situación de dependencia, al implementar otras fuentes de energía, las Energías Renovables (ER), como la eólica, solar, geotérmica, minihidráulica, bioenergía, etc. (2), siguiendo las directrices del Parlamento Europeo y del Consejo (3). Incluso dispone de centros de investigación de Energías renovables, como el Centro Nacional de Energías Renovables (CENER) (4), de prestigio nacional e internacional.

El Congreso de los Diputados, a través de la Subcomisión de Análisis de la Estrategia Energética Española para los Próximos 25 años (5), elaboró un documento donde se recogía la problemática del sector energético, su eficiencia, problemática ambiental y posibles soluciones.

Aunque estos esfuerzos por implementar las ER son loables, no dejan de ser insuficientes, ya que año tras año incumplimos la cuota de CO₂ asignada.

Al poseer la Península Ibérica unas características excepcionales para las ER, sería deseable que se implementara progresivamente estas energías con la idea de ir sustituyendo progresivamente la



procedente de combustibles fósiles y energía nuclear, con el fin de actuar a favor del medio ambiente y reducir la factura energética.

Para obtener un modelo energético sostenible la Asociación de Ciencias Ambientales (ACA) propone entre otros puntos (6), la reducción de la dependencia energética, la descarbonización de la economía (reducción del consumo de energías fósiles, que son el responsable de la emisión de la mayor parte de los gases efecto invernadero, principal factor del cambio climático), la eficiencia energética, la promoción de un modelo energético menos contaminante que minimice la contaminación, etc.

Otras líneas de actuación de la ACA se recogen en cuadro nº 1

Tabla 1:

Modelo energético sostenible Actuación sobre la pobreza energética* Ciudades de futuro Movilidad urbana sostenible Ahorro y eficiencia energética
*Es la incapacidad de un hogar de satisfacer una cantidad mínima de servicios de la energía para sus necesidades básicas, como mantener la vivienda en unas condiciones de climatización adecuadas para la salud (18 a 20° C en invierno y 25° C en verano). Las causas que generan esta precariedad energética son diversas: bajos ingresos del hogar, calidad insuficiente de la vivienda, precios elevados de la energía, precios elevados de la vivienda, etc

Respecto a las ciudades de futuro, hoy sabemos que más del 50% de las emisiones mundiales de gases efecto invernadero (GEI) se generan en las urbes, donde se estima que vive más de la mitad de la población mundial. Aunque las ciudades ocupan el 2,8% de la superficie terrestre, demandan el 75% de los recursos naturales. En España el 85% del territorio es rural y el 70% de la población vive en las ciudades. Es evidente la necesidad de aplicar políticas a nivel global y bien coordinadas para solventar esta realidad.

Volviendo a la situación española, parece que en este país se hace lo contrario de lo que se debería en cuestiones energéticas, ya que las propuestas para una estrategia energética van en el sentido de incrementar la energía nuclear, aumentar las prospecciones petrolíferas y disminuir la fuente de energía procedente del sol.

La alimentación de gran parte de la humanidad está centrada en la proteína animal, procedente de tierra (bóvidos, caprino, porcino, aves de corral, caza, etc.), piscifactorías, y mar. La mayor parte de los grandes caladeros de pesca marítima están a punto de agotarse por la sobreexplotación de las últimas décadas. A esto se suma el empleo de artes controvertidas, como la pesca de arrastre que acaba con los fondos marinos. Durante años se ha arrojado todos los residuos al mar y las cadenas tróficas han ido acumulando estos residuos, siendo algunos peligrosos como los radiactivos o los metales pesados (mercurio, etc.), que en última estancia acaban en nuestra mesa.

Los piensos que alimentan al ganado bovino están confeccionados con cereales y soja, siendo el rendimiento energético pésimo (una tonelada de carne precisa 10 toneladas de estos vegetales). Si se empleara directamente el consumo de cereales y soja para alimentar a la humanidad desaparecería el hambre en el mundo. Además los bóvidos generan en sus panzas metano que emiten a la atmósfera. El metano es un GEI 20 veces más potente que el CO2. Como son decenas de millones de bóvidos los que satisfacen las necesidades de carne de la humanidad podemos afirmar que “nuestra forma de comer está cambiando el clima”.

En esta situación de cambio planetario en la que estamos inmersos, provocada por la actuación del hombre, deberíamos centrar todos los esfuerzos en intentar revertir, aminorar o paliar, en la medida de lo posible, este daño inflingido a los ecosistemas, según palabras de Luis Jiménez Herro, director del Observatorio de Sostenibilidad en España (7). En el futuro inmediato habría que trabajar en el sentido de sensibilizar a la clase política en que la estrategia energética en España no es sostenible ni económica y medioambientalmente a corto plazo.

Otro de los puntos en que adolecemos de grandes problemas es el de la educación. Desde la Ley General de Educación de 1970 hasta el presente se han sucedido numerosas leyes de educación al ritmo del partido político de turno (Cuadro nº 2).

Tabla 2:

<i>Nombre</i>	<i>Sigla</i>	<i>Año</i>
Ley Orgánica reguladora del Derecho a la Educación	LODE	1983
Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo de España	LOGSE	1990
Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre	LOPEG	1995
Ley Orgánica de Calidad de la Educación	LOCE	2002
Ley Orgánica de Educación	LOE	2006
Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa	LOMCE	2013

La ley promulgada por el partido del gobierno en una legislatura era modificada o derogada por el gobierno de signo contrario de la siguiente legislatura. Este problema, no resuelto al día de hoy, ha tenido como consecuencia, entre otras, que los alumnos españoles ocupen puestos inferiores en el ranking europeo y mundial. Se habla de la necesidad de crear un pacto de estado de educación pero al día de hoy la dinámica anterior sigue vigente.

Estos vaivenes políticos repercuten negativamente en la calidad de la enseñanza no universitaria, permitiendo el incremento de alumnos a la Formación Profesional Básica (antigua Garantía Social), incremento en la afluencia de alumnos en Educación de Adultos para obtener el certificado de formación exigido para trabajar, impidiendo la afluencia de estudiantes a la Universidad, mermando la competitividad y reduciendo las posibilidades de un trabajo cualificado bien remunerado.

Volviendo al tema de referencia, en los últimos años se ha observado en la ESO y Bachillerato una merma en conocimientos en materia medioambiental, en concreto en Educación Ambiental, como afirma Federico Velázquez, Presidente de la Asociación Española de Educación Ambiental, en el transcurso del V Congreso de Educación Ambiental celebrado en Madrid en 2015 (8). Como apunta Velázquez en los resúmenes de ponencias del citado evento, la materia de educación ambiental ha desaparecido prácticamente de la formación escolar o como mucho ocupa los últimos capítulos del libro de texto y habitualmente no se imparte a no ser que el profesor esté sensibilizado en estas cuestiones.

La Universidad española tampoco se salva de este despropósito. Si la aplicación del Plan Bolonia ha sido polémico desde antes de su implantación, los recortes presupuestarios, las escasas salidas profesionales de determinados títulos, la distante adaptación a la realidad laboral y la irrupción de las universidades privadas, han sumido a la Universidad pública en una crisis sin precedentes. En los rankings mundiales de universidades más prestigiosas de todo el Planeta, la primera universidad española que aparece es la Universidad de Barcelona con el número 166 (9). El posicionamiento en este ranking de las 10 universidades más prestigiosas del mundo y el lugar que ocupan las primeras 10 universidades españolas figura en los cuadros nº 3 y nº 4 respectivamente.

Tabla 3: Ranking de universidades a nivel mundial

<i>Nº</i>	<i>Universidad</i>	<i>Nación</i>
1	Massachusetts Institute of Technology	EEUU
2	University of Cambridge	Inglaterra
3	Imperial College London	Inglaterra
4	Harvard University	EEUU
5	University of Oxford	Inglaterra
6	University College London	Inglaterra
7	Stanford University	EEUU
8	California Institute of Technology	EEUU
9	Princeton University	EEUU
10	Yale University	EEUU

Tabla 4: Ranking de universidades en España

<i>Nº</i>	<i>Universidad</i>	<i>Ciudad</i>
166	Universidad de Barcelona	Barcelona
173	Universidad Autónoma de Barcelona	Barcelona
178	Universidad Autónoma de Madrid	Madrid
212	Universidad Complutense de Madrid	Madrid
254	Universidad de Navarra (privada)	Pamplona
298	Universidad de Pompeu Fabra	Barcelona
337	Universidad Politécnica de Cataluña	Barcelona
355	Universidad Carlos III	Madrid
385	Universidad Politécnica de Madrid	Madrid
426	Universidad Politécnica de Valencia	Valencia

Las últimas medidas adoptadas por el Gobierno español de reducir la duración de los títulos y aumentar los postgrados, se presenta como algo discriminatorio y no favorece a todas las estratos sociales.

Para que la universidad española gane puestos en el ranking mundial debería implementar medidas como el sistema de acceso de los futuros docentes, valorando cuestiones como la inteligencia emocional, la capacidad innovadora, la vocación, disposición para investigar, la movilidad, idiomas, etc., con el fin de mejorar la calidad de la enseñanza. El acceso de los alumnos a la Universidad debería centrarse no solo en la capacidad memorística sino en otras cuestiones como la detección de habilidades y destrezas del estudio en concreto, elección por vocación más que por ser un estudio con mayor salida profesional, etc., además de los conocimientos relacionados con el estudio.

El modelo sanitario español es uno de los mejores de los países occidentales, pero se cuestiona de continuo su sostenibilidad económica. La universalidad de la asistencia sanitaria se vio afectada por la crisis económica de los últimos años. Se retiraron las cartillas sanitarias de aquellas personas en situación de irregularidad, se restringieron todo tipo de pruebas diagnósticas, se cerraron plantas de hospitalización, muchas plazas se amortizaron tras la jubilación del titular, se aplicó el copago y/o céntimo sanitario en algunas comunidades autónomas a pesar de su inconstitucionalidad, etc., todo ello obedeciendo a una drástica reducción del presupuesto asignado a la Sanidad.

El Sistema Nacional de Salud español, dispone de medios humanos y materiales, en sus niveles de organización, que han de permitir llevar a cabo las acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento de enfermedades y rehabilitación.

La Declaración de Alma-Ata (Kazajistán, 1978), a la que asistieron representantes españoles, subrayó la importancia de la Atención Primaria de Salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos (10). El gobierno español, en respuesta a esta recomendación, creó la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y legisló para que los ambulatorios de medicina general se transformaran en centros de salud o se crearan de nueva construcción, con una distribución adaptada según las características de cada comunidad autónoma.

La atención especializada en España, representada por la red de hospitales públicos y centros de especialidades, así como los conciertos con la medicina privada, se caracteriza por su alta especialización y complejidad tecnológica. Si bien los resultados obtenidos con estos medios son calificados en las encuestas de satisfacción de forma positiva, todo ello conlleva un alto precio debido al gasto en personal, dependencia tecnológica del exterior, gasto farmacéutico, mantenimiento, costes de producción, etc. Esto hace que el presupuesto dedicado a Sanidad se incremente año tras año, con la excepción de los últimos años de crisis económica.

En palabras de Iván Illich, hemos “medicalizado nuestra vida” en el sentido que se nace en los hospitales, acudimos a los hospitales en caso de enfermedad y morimos en los hospitales (11).

En el cuadro nº5 se recogen los problemas de la sanidad española según el Libro Blanco del Sistema Nacional de Salud (12).

Tabla 5:

<i>Alguno de los problemas del Sistema Sanitario español</i>
Insuficiencia financiera Dificultades para afrontar el envejecimiento de la población Medicalización de la sociedad Atención a inmigrantes Adaptación a los cambios culturales y familiares Dificultad para sostener financieramente los ritmos de la innovación tecnológica Etc.

Según un artículo sobre “Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España” aparecido en la revista Sedisa siglo XXI (13), el Dr. Carlos A. Arenas Díaz afirma que *“es necesario conseguir la adecuación del gasto sanitario a los resultados reales de salud para conseguir eficiencia y equidad incidiendo en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de actuaciones intersectoriales para mejorar los estilos de vida. Esto supondría políticas autonómicas nacionales e incluso supranacionales para promover hábitos saludables”*.

Se sabe desde los años 70 del siglo XX, a raíz del Informe Lalonde (14) y otros estudios similares, que la mayoría de las enfermedades tienen una base u origen marcadamente socioeconómico. Sin embargo, la mayor parte de los recursos financieros del ámbito sanitario se destinan al gasto farmacéutico, mantenimiento de centros sanitarios y servicios médicos. Concluye el informe que sería más rentable incidir en la promoción de la salud para conseguir mejorar el bienestar de la población.

A medida que envejece el organismo humano se enfrenta a deficiencias funcionales y/u orgánicas debido a múltiples fenómenos en parte conocidos y reflejados en el cuadro nº 6. Además, si el estilo de vida no ha sido muy saludable, el envejecimiento hace acto de presencia con antelación. Al margen de contingencias (accidentes, etc.) con la edad aparecen degeneraciones (articulares, nerviosas), enfermedades metabólicas (dislipemias, diabetes mellitus), accidente isquémicos por ateromatosis, etc.

Tabla 6:

<i>Causas de las deficiencias que acompañan al envejecimiento</i>
Errores en la replicación del ADN Alteraciones epigenéticas Proteínas mal plegadas Estrés oxidativo-acción de los radicales libres Acortamiento de telómeros Disfunciones mitocondriales Alteraciones en células madre Etc.

Se hace necesario, pues, incidir en los estilos de vida de la población para mejorar el estado de salud. Los estudios realizados en Estados Unidos y otras partes del mundo sobre Adventistas del Séptimo Día (ASD)¹, desde los años 50 del siglo XX hasta el presente arrojan resultados de gran interés en salud pública. Debido a la abstinencia de tabaco y alcohol y a sus hábitos dietéticos (del 40-50% son ovolactovegetarianos), este colectivo ha atraído la atención de científicos y otros grupos interesados en evaluar las relaciones entre el estilo de vida y las enfermedades (15). En general, estos estudios revelan una mortalidad por cáncer y una incidencia de la enfermedad más baja en los vegetarianos que en los no vegetarianos. En el cuadro nº 7 se indica el bajo riesgo de padecer alguna de las enfermedades de la civilización del colectivo vegetariano.

¹ Los ASD son una confesión cristiana conservadora que se organizó a mediados del siglo XIX en EEUU. Por convicción religiosa desautoriza el consumo de tabaco, de alcohol y de ciertas carnes (porcino). Recomienda la alimentación vegetariana

Tabla 7:

<i>Enfermedades con menor riesgo de padecerlas en el colectivo vegetariano</i>
Enfermedades crónicas degenerativas
Cáncer
Obesidad
Diabetes mellitus tipo 2
Dislipemia
Enfermedad coronaria

El avance tecnológico en el ámbito sanitario ha supuesto grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, aunque ha contribuido a deshumanizar la medicina. Es por esto, quizá, que surge con fuerza desde los años 90 del siglo XX el surgimiento de la Medicina Complementaria y Alternativa (MCA), cristalizado con el término Medicina Integrativa (MI). En palabras de Andrew Weil, uno de sus promotores² *“Tenemos la firme convicción de que la medicina integrativa es el camino del futuro. No sólo es la clase de medicina que la mayoría de nuestros pacientes reclaman, sino también la que desean ejercer cada vez más médicos, ya que restablece los valores esenciales de la profesión que tanto se han erosionado en esta época de administración asistencial. También creemos que ofrece la esperanza de rescatar un sistema de asistencia sanitaria que se halla al borde del desplome. Ello es posible porque la medicina integrativa puede ahorrar dinero al lograr que predominen los tratamientos de menor coste y a la vez mantener los resultados (o incluso mejorarlos)”*.

La inversión creciente en investigación en MCA en los EEUU desde 1993 ha permitido avanzar en este campo y hacer posible que más de 45 escuelas de medicina y sus correspondientes hospitales de Estados Unidos y Canadá, dispongan de un departamento de Medicina Integrativa (16). En el cuadro nº 8 figuran las modalidades de tratamiento de la MCA utilizados con más frecuencia según el Centro para la prevención y control de enfermedades en los EEUU en 2002.

Tabla 8:

<i>Modalidad de tratamiento</i>	<i>Uso de mayor a menor</i>
Oración para la propia salud	1º
La oración por parte de otras personas para la propia salud	2º
Los productos “naturales”	3º
Ejercicios de respiración profunda	4º
La participación en un grupo de oración para la propia salud	5º
Meditación	6º
Atención quiropráctica	7º
Yoga	8º
Masaje terapéutico	9º
Tratamientos mediante dietas	10º

En el siguiente cuadro se define la MI según los autores del libro Medicina Integrativa del Elsevier-Masson, traducido al español en 2009 (Cuadro nº 9)

Tabla 9:

<i>Definición de la medicina integrativa</i>
Asistencia centrada en la relación con el paciente
Integra métodos estándar y complementarios para el tratamiento y la prevención
Implica eliminar los obstáculos que puedan activar la respuesta curativa innata del organismo
Utiliza intervenciones naturales, menos agresivas, antes que las costosas e invasivas cuando es posible
Involucra mente, cuerpo, espíritu y a la sociedad para facilitar la restitución de la salud
La restitución de la salud siempre es posible, aunque no lo sea la curación

² Andrew Weil, MD. Director del Programa de Medicina Integrativa. Profesor de Medicina Clínica. Universidad de Arizona (Tucson)

Siguiendo a este autor, *“En medicina convencional, el restablecimiento de la salud ocurre fuera del cuerpo y la mente, y se percibe como algo que se realiza al paciente. En medicina integral, la restitución de la salud ocurre en el interior del cuerpo y la mente, y exige la participación activa del paciente”*.

Para concluir este artículo unas palabras de Julián Melgosa, decano de la Facultad de Educación y Psicología de Walla Walla University, en Washington (EEUU) (17): *“Aprender a vivir supone una buena comprensión de cómo alcanzar un desarrollo integral de la persona. La existencia humana tiene múltiples facetas (física, mental, social, espiritual) y todas ellas precisan un desarrollo equilibrado y armónico. El desarrollo desmesurado de una o dos facetas sin el acompañamiento de las otras, produce personas desequilibradas, con grandes problemas y/o dificultades para gozar de la vida”*.

REFERENCIAS

- (1) La energía en España 2013 (2014). Libro de la Energía. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Secretaría General Técnica. Madrid
 - (2) Plan de energías renovables 2011-2020 (2011). Ministerio de Industria, Energía y Turismo
 - (3) Directiva 2009/28/CE, de 23 de abril de 2009, relativa al fomento del uso de energía procedente de fuentes renovables
 - (4) Fundación CENER-CIEMAT. Centro Nacional de Energías Renovables (CENER). Ministerio de Economía y Competitividad, Ministerio de Industria, Energía y Turismo y Gobierno de Navarra.
 - (5) Boletín Oficial de las Cortes Generales N° 501. Congreso de los Diputados. 3 de diciembre de 2010
 - (6) Asociación de Ciencias Ambientales (ACA). Madrid
 - (7) Jiménez Herrero, L. Observatorio de Sostenibilidad en España (OSE). Universidad de Alcalá. Fundación General. Madrid
 - (8) Velázquez, F. (2015). V Congreso de Educación Ambiental, “Diálogos por un cambio social y propuestas para la acción”. Asociación Española de Educación Ambiental.
 - (9) QS World University Rankings 2014/15. Global University Rankings.
 - (10) Conferencia Internacional sobre atención Primaria de Salud de Almá-Atá en Kazajistán, 1978. Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud.
 - (11) Illich, I. (1975) Némesis médica. La expropiación de la salud. Editorial Barral. Barcelona
 - (12) Rubia Vila, F.J. (2011). Libro Blanco del Sistema Sanitario Español. Academia Europea de Ciencias y Artes
 - (13) Arenas Díaz, C.A. Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España. Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA siglo XXI). Madrid
 - (14) Lalonde, M. (1874). A new perspective on the Health of Canadiens
 - (15) Sabaté, J. (2005) Nutrición vegetariana. Editorial Safeliz S.L. Madrid
 - (16) Rakel, D (2009). Medicina Integrativa. 2ª edición. Elsevier-Masson. Barcelona
 - (17) Melgosa, J. (2007). Cómo tener una mente sana. Editorial Safeliz S.L. Madrid
- Linares, P. (2012). La sostenibilidad del modelo energético español. Diagnóstico y recomendaciones. Economics for energy. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre para la mejora de la calidad educativa (LOMCE). BOE n° 295 de 10 de diciembre de 2013.

GLOBAL  KNOWLEDGE
ACADEMICS

