



REVISTA  
**BIOÉTICA**  
LATINOAMERICANA

Publicación de La Universidad de los Andes - Venezuela  
Vol. 29, Número 1, 2024. ISSN: 2244-7482



**M E D I C I N A**  
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
MÉRIDA VENEZUELA



**LA REVISTA DE BIOETICA LATINOAMERICANA POSEEE  
ACREDITACIÓN DEL CONSEJO DE DESARROLLO CIENTÍFICO,  
HUMANÍSTICO, TECNOLÓGICO Y DE LAS ARTES (CDCHTA-ULA).**

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES-VENEZUELA.**



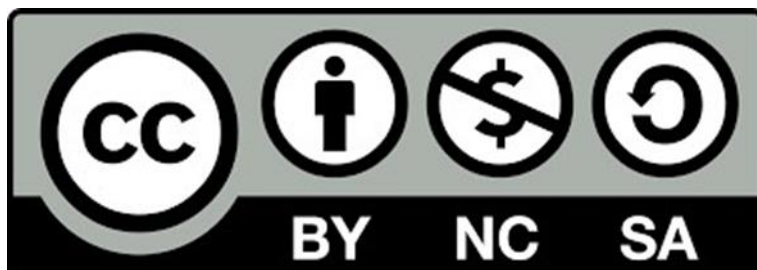
LA **REVISTA DE BIOÉTICA LATINOAMERICANA**, ASEGURA QUE LOS EDITORES, AUTORES Y ÁRBITROS CUMPLEN CON LAS NORMAS ÉTICAS INTERNACIONALES DURANTE EL PROCESO DE ARBITRAJE Y PUBLICACIÓN. DEL MISMO MODO APLICA LOS PRINCIPIOS ESTABLECIDOS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN PUBLICACIONES CIENTÍFICAS (COPE).

IGUALMENTE, TODOS LOS TRABAJOS ESTÁN SOMETIDOS A UN PROCESO DE ARBITRAJE Y DE VERIFICACIÓN POR PLAGIO.



Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una **Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional**.

Por lo que el envío, procesamiento y publicación de artículos en la revista es totalmente gratuito.





## **Editorial: Relevancia de la Bioética en un Mundo en Conflicto**

En la actualidad, la humanidad enfrenta una encrucijada moral sin precedentes. En un mundo caracterizado por conflictos sociales, políticos y medioambientales, la bioética emerge como una disciplina esencial para guiar nuestras decisiones y acciones. Es una reflexión que necesita convertirse en acción sobre la vida misma. El contexto latinoamericano, con su rica diversidad cultural y desafíos particulares, ofrece un terreno fértil para el desarrollo de una cultura robusta de bioética y derechos humanos.

La bioética, como campo interdisciplinario, nos obliga a reflexionar sobre cuestiones fundamentales que afectan la vida y la dignidad humana. Según el Informe Mundial sobre Bioética y Derechos Humanos de 2023, el 65% de las decisiones clínicas en América Latina están influidas por consideraciones bioéticas, lo que subraya la relevancia de esta disciplina en el ámbito de la salud pública. Es muy importante comprender que su impacto va más allá de los hospitales y laboratorios.

Los derechos humanos, que están intrínsecamente ligados a la bioética, requieren ser duplicados y comprendidos masivamente en la población para poder hacer frente a las nuevas realidades. En 2023, se reportaron más de 2,500 casos de violaciones a los derechos humanos en América Latina, muchos de los cuales involucraron dilemas bioéticos complejos, como el acceso desigual a tratamientos médicos y la explotación de recursos naturales en detrimento de comunidades vulnerables.

Desarrollar una cultura bioética implica promover la educación y el diálogo en todos los niveles de la sociedad. Según datos de la UNESCO, solo el 30% de las instituciones educativas en América Latina incorporan la bioética en sus currículos, lo cual es insuficiente para enfrentar los desafíos actuales. Es crucial que las universidades y centros de investigación lideren este esfuerzo, creando programas que integren la bioética y los derechos humanos como pilares fundamentales.

En este volumen de la **Revista de Bioética Latinoamericana**, exploramos diversos temas que ilustran la intersección entre la bioética y los derechos humanos en nuestra región. Desde el análisis profundo e indispensable del fecundo profesor Carlos Eduardo de Jesús

Sierra Cuartas sobre la crisis civilizatoria actual, hasta las investigaciones sobre el estrés laboral de las profesoras Liliana Varela y Magaly Ortunio; el principio de justicia en la relación médico-paciente de los doctores Álvaro Sanz Rubiales, Francisco Barón y María Luisa del Valle, así como también el análisis comparativo de la Dietoterapia China y sus implicaciones de las profesoras Milaidi García, Gauciry Bruce, Anatty Rojas, Verónica Gómez y Leidy Altamiranda. A todos los autores nuestro agradecimiento por contribuir a expandir el conocimiento.

La importancia de la bioética en tiempos de conflicto no puede ser subestimada. En un mundo donde las decisiones que tomamos hoy definirán el futuro de las próximas generaciones, es imperativo que adoptemos una perspectiva bioética que priorice la dignidad humana, la justicia y la igualdad de oportunidades. Invito a nuestros lectores a reflexionar sobre estas cuestiones y a participar activamente en la construcción de una sociedad más ética y justa.

Estamos haciendo un gran esfuerzo por mantener, en medio de nuestra situación social, esta valiosa ventana académica del repositorio institucional de la Universidad de los Andes. En adelante la Revista de Bioética Latinoamericana será publicada con un volumen anual, y dos números en cada año, un número en cada semestre, el número 1 entre enero - junio y el número 2 entre julio – diciembre.

Invitamos a todos los lectores, docentes, investigadores y pensadores en el campo de la Ética, Bioética y Derechos Humanos a participar en las ediciones con sus artículos inéditos o no, revisiones, ensayos, reporte de caso o reseñas de libros.

Construyamos una cultura de la Bioética, una cultura por la vida.

Con gratitud y esperanza,

**Jose Luis Martinez Manzano**  
Editor en Jefe  
**Revista Latinoamericana de Bioética**



## LA ESCISIÓN DE LA HUMANIDAD EN DOS: UN OBSTÁCULO EPISTEMOLÓGICO Y AXIOLÓGICO QUE PROFUNDIZA LA CRISIS ÉTICA CONTEMPORÁNEA<sup>1</sup>

### THE SPLIT OF HUMANITY IN TWO: AN EPISTEMOLOGICAL AND AXIOLOGICAL OBSTACLE THAT DEEPENS THE CONTEMPORARY ETHICAL CRISIS

Carlos Eduardo de Jesús Sierra Cuartas<sup>2</sup>

#### Resumen:

Lo relativo a la crisis civilizatoria actual es un tema sobre el que suele decirse mucho y escribirse más bien poco, una cuestión delicada por cuanto tal crisis reclama su debida comprensión de cara a afrontarla. En esta perspectiva, este artículo se ocupa de un gran problema que forma parte de tal crisis, la escisión de la humanidad en dos sectores, a saber: una mayoría con unas dotes intelectuales empobrecidas fruto de una crisis educativa profunda frente a una minoría de nuevos individuos monásticos que, contra viento y marea, procuran salvaguardar lo mejor de la ciencia y la cultura. He aquí un gran problema que profundiza la crisis ética contemporánea, crisis que, de paso, presupone una seria amenaza para el talante ecuménico de la bioética global y radical. De aquí la necesidad de recuperar la dimensión luminosa de la Ilustración, un reto que implica sobrellevar la correspondiente dialéctica.

**Palabras claves:** Bioética global, crisis civilizatoria, crisis ética, crisis educativa, principio de responsabilidad, pandemia.

---

<sup>1</sup> Artículo basado en el seguimiento detenido y constante hecho por el autor a lo largo de muchos años en lo concerniente a los signos de la actual crisis civilizatoria.

<sup>2</sup> Magíster en Educación Superior de la Pontificia Universidad Javeriana e Ingeniero Químico de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor Asociado con Tenencia del Cargo de la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Minas. Miembro de *The New York Academy of Sciences*, *The History of Science Society*, *The British Society for the History of Science*, *The Newcomen Society for the Study of the History of Engineering and Technology* y *The International Committee for the History of Technology*. Así mismo, fue miembro del Consejo Editorial de la Circular de la Red de Astronomía de Colombia (RAC) hasta el momento de su repentina extinción a comienzos de 2019. Además, ha sido *Biographee* de *Marquis Who's Who*, *American Biographical Institute* e *International Biographical Centre*. De otra parte, ex miembro del grupo de investigación Bioethicsgroup, línea Bioética global y complejidad, coordinado desde la Universidad Militar Nueva Granada, Colombia; y ex miembro del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín. Correo electrónico: cesierra@hotmail.com.

**Abstract:**

The current civilizational crisis is a subject about which much is usually said and rather little written, a delicate issue because such a crisis demands its due understanding in order to face it. In this perspective, this article deals with a major problem that is part of such a crisis, the division of humanity into two sectors, namely: a majority with impoverished intellectual gifts as a result of a profound educational crisis in the face of a minority of new monastic individuals who, against all odds, seek to safeguard the best of science and culture. This is a great problem that deepens the contemporary ethical crisis, a crisis that, incidentally, presupposes a serious threat to the ecumenical character of global and radical bioethics. Hence the need to recover the luminous dimension of the Enlightenment, a challenge that implies enduring the corresponding dialectic.

**Keywords:** Global bioethics, civilizational crisis, ethical crisis, education crisis, principle of responsibility, pandemic.

**Exordio: La involución de la mente moderna**

Sin la menor sombra de duda, la dimensión pragmática de la ética en general, y de la bioética en particular, requiere del protagonismo ineludible de seres humanos autónomos como los que más, esto es, seres humanos que han dejado atrás su minoría de edad mental, que hacen gala de un pensamiento crítico sólido y genuino, que aborrecen la machaconería y el achabacanamiento propio de la cultura de masas. En otras palabras, seres humanos que son conscientes de la dialéctica de la Ilustración, esto es, que tienen plena claridad en cuanto a que la herencia del Siglo de las Luces, el siglo XVIII, tiene tanto luces como sombras, por lo que es menester apuntalar aquellas mientras se capean éstas. Sencillamente, los seres humanos heterónomos no están en posición de ser sujetos éticos. Después de todo, como señala con tino Jorge Wagensberg, la ética, por una parte, es la estética del comportamiento y, por otra, implica acordar fronteras nítidas ideales con el fin de no pisar las difusas fronteras reales (Wagensberg, 2003: 96-97).

Ahora bien, esto se dice con facilidad. Empero, el ser humano tiene una naturaleza bifronte que lo vertebra, de coexistencia entre doctor Jekyll y señor Hyde por así decirlo. Es la sempiterna naturaleza humana, que connota algo así como la combinación nefasta de ángel y demonio; de lo sim-bólico, esto es, aquello que une, reúne, y hace converger,



con lo día-bólico, o sea, lo que disgrega, desune, separa, opone y desconcierta, lo cual hace de los humanos unos seres complejos y contradictorios, históricos y utópicos, prosaicos y poéticos como los que más, algo que suele recordarnos con frecuencia Leonardo Boff (9 de diciembre de 2020, 14 de abril de 2023), el ilustre filósofo, teólogo, ecólogo y escritor brasileño, quien ha tenido que ver con la redacción de la Carta de la Tierra. Dicho de otra manera, esto refleja la existencia, en la estructura del cerebro humano, del llamado complejo R, o cerebro reptiliano, justo la sede de la territorialidad y la agresividad. Esto quiere decir que, por así decirlo, en el cerebro humano está contenido el cerebro de un cocodrilo. Sencillamente, esto forma parte de la historia evolutiva de la especie humana. De aquí que, pese a esta naturaleza bifronte, sea notorio que el ser humano haya sido capaz de forjar a lo largo del tiempo dos grandes obras dignas de encomio: la ciencia y el arte. De resto, según afirmaba con suma lucidez Santiago Felipe Ramón y Cajal, máxima gloria científica por antonomasia del mundo hispano, el hombre sigue siendo el último animal de presa aparecido, una conclusión que decantó a causa de sus reflexiones a propósito de las terribles consecuencias de la Primera Guerra Mundial.

Por desgracia, el mundo contemporáneo, sumido en una honda crisis civilizatoria que implica la posible extinción de la especie humana, demuestra una insensata inconsciencia con respecto a su situación, máxime que la crisis civilizatoria incluye otras crisis, entre las que cabe destacar la crisis ética y la crisis educativa. En particular, la filósofa estadounidense Martha Nussbaum denomina a ésta como la crisis silenciosa, una denominación certera que, a juicio de quien esto escribe, refleja bien la insensatez en cuestión. Más aún, la crisis ética, que, por supuesto, abarca también la dimensión bioética, es otra crisis que tiende a ser silenciosa, incluso dentro del mundo académico.

Ahora bien, la búsqueda de una solución para tamaña problemática pasa, en parte, por la debida consolidación del modo científico de comprender el mundo, condición indispensable tanto para participar en debates de índole bioética como para poner en práctica las medidas de gran alcance exigidas para tratar de superar esta crisis de civilización, una de cuyas dimensiones insoslayables es el cambio climático. Y no resulta para nada exagerado afirmar que es posible la extinción de la especie humana como

consecuencia de esta crisis. Vaya aquí un dato espeluznante: al finalizar este siglo XXI en el que estamos inmersos, el aumento medio de la temperatura del planeta podría llegar a los 4,8 °C, con la posible destrucción del 100% del producto interno bruto (PIB). En otras palabras, la posibilidad de un colapso de la economía a gran escala. Empero, la consolidación del modo científico de comprender el mundo requiere necesariamente de mentes consolidadas con fortaleza como fruto de una educación emancipadora. Por ende, de una educación que vaya en contravía con lo que, en la actualidad, solemos ver en el mundo, una educación basura según la denomina con tino el filósofo español José Sánchez Tortosa (2018), una educación de tres al cuarto que ha sumido a la mente moderna en un nefasto estado de involución, una educación que no emancipa a la gente y que la condena a quedar como seres heterónomos, atrapados dentro de la caverna platónica, sin posibilidad de ser sujetos éticos. Éste es su terrible hado.

### **Cautelas metodológicas**

En lo relativo a la definición básica de crisis, más allá del reduccionismo inherente a la idea de una situación mala o difícil, idea que no dice mucho en realidad, conviene tener muy en mente una definición que permita un tratamiento práctico de la situación. Así las cosas, nada como la definición de crisis brindada por el filósofo español José Ortega y Gasset, que, desde que comencé a interesarme en la bioética, me ha sido bastante útil: crisis es que no sabemos lo que nos pasa, y eso es lo que nos pasa. Por ende, el primer paso hacia la búsqueda de soluciones implica ganar en comprensión todo lo más posible acerca de lo que nos pasa. Ahora bien, dada la naturaleza compleja de esta gran problemática, que posee múltiples dimensiones, si de ganar en comprensión se trata, es menester una disciplina intelectual por fuera de lo común, disciplina que va de la mano con el abordaje de un diapasón variopinto de autores y fuentes. Más aún, se impone la necesidad de acudir a autores y fuentes que no suelen ser parte de la corriente principal que favorecen las sociedades industriales dominantes. Esto es, resulta bastante aconsejable estar siempre atentos a la búsqueda permanente de autores y fuentes que suelen estar enmarcados en lo que Iván Illich, el crítico más lúcido de las contradicciones de las sociedades industriales, denomina ciencia convivencial, o sea, ciencia promotora de valores de uso y ámbitos de comunidad, no de los valores de cambio propios del



mercado. Así mismo, esto sintoniza bien con el principio de humildad científica de Umberto Eco, esto es, la conveniencia de no pasar por alto autores y fuentes que puedan tener algo para decirnos por humildes que puedan ser. Hay que saber escuchar voces de otras culturas y otros tiempos. En otras palabras, este principio de Eco implica una puesta en práctica de la alteridad y la imaginación narrativa. Ésta es la esencia profunda de la interdisciplinariedad, justo el sustrato metodológico mismo de la bioética.

### **La atinada anticipación de la ciencia ficción**

En el campo de la bioética, no suele ser muy frecuente encontrar bioeticistas que hayan incorporado en su quehacer el diapasón variopinto de recursos que brinda la ciencia ficción, un diapasón que vale todo un Potosí habida cuenta de que es un género que brinda el análisis de una miríada de escenarios a propósito de las consecuencias, positivas y negativas, de la tecnociencia. Más todavía, es un género que se ocupa casi siempre del futuro, sin excluir el presente y el pasado. Sobre todo, el filósofo alemán Hans Jonas dedica unas líneas al respecto, menos de una página, en su obra *El principio de responsabilidad* (2004). Empero, cabe decir mucho más en lo que a esto concierne habida cuenta de la gran producción de obras inherente a la ciencia ficción, con escritores lúcidos que nos han regalado montañas de reflexiones de carácter ético y bioético. De facto, si lo pensamos con sumo cuidado, según advierte con tino uno de los escritores colombianos de este género, René Rebetz Cortés (1996), vivimos inmersos en un mundo de ciencia ficción. En cualquier caso, los autores del género han solido ocuparse de múltiples problemas éticos con mucha anticipación con respecto a lo hecho tiempo después por parte de los filósofos y eticistas. Para muestra un botón, una serie televisiva clásica como *Star Trek* constituye una excelente muestra sobre este punto, como cabe apreciar en los filmes más recientes (Abrams, 2009, 2013; Lin, 2016), los que mantienen la esencia de la serie original creada por Gene Roddenberry. En cuanto a producciones más recientes, cabe señalar por su fuerte trasfondo bioético un largometraje japonés de animación de ciencia ficción steampunk producido en 2004 por Katsuhiro Ōtomo, el filme de animación más costoso de la historia del anime hasta ahora

con motivo de la exigencia constante de Ótomo hecha al correspondiente departamento de arte para lograr los más detallados dibujos sin límite alguno de tiempo, lo que repercutió en los detalles de cada escena y en el largo periodo de producción de esta película, 10 años (“Steamboy”, 2024). Es un magnífico largometraje ambientado en la Gran Bretaña del siglo XIX, inmersa en plena revolución industrial, si bien con el planteamiento de una gran extrapolación de las posibilidades de la tecnología del vapor y sus consecuencias éticas. Propiamente, su protagonista es un muchacho de trece años, James Ray Steam, todo un inventor en potencia con un talento innato para la mecánica, quien es un idealista y considera que la tecnología debe usarse para propósitos pacíficos. En marcado contraste, está una corporación estadounidense, la Fundación O’Hara, con su ímpetu tecnológico orientado hacia la guerra. He aquí un motivo principal llamativo de este filme considerando que los idealistas escasean en nuestro mundo hoy por hoy, lo que permite entender porque se encuentra sumido en una gran crisis ética que aúpa una crisis civilizatoria.

En especial, a propósito de la involución de la mente moderna a la que el mundo asiste desde hace muchos años, en sintonía con lo dicho por don Santiago Felipe Ramón y Cajal sobre lo terrible de la naturaleza humana, cabe tomar en consideración el pensamiento de uno de los padres de la moderna ciencia ficción, el británico Herbert George Wells, cuyos conocimientos científicos, que incluían lo tocante a la evolución de las especies, le enseñaron con creces que la raza humana estaba condenada (Carey, 2009: 161-181). Lo típico en sus obras literarias, no sólo las dedicadas a la ciencia ficción, es un tono pesimista tanto en lo relativo a las masas como en lo tocante a las personas que cuentan con un elevado nivel educativo y socioeconómico. En suma, nadie sale bien parado en las obras de Wells. Incluso, en sentido estricto, sus obras famosas de ciencia ficción, tales como *La máquina del tiempo*, *La isla del doctor Moreau*, *El hombre invisible* y *La guerra de los mundos*, están pensadas para la categoría de lectores que no pueden pretender contar con formación, ser científicos o interesarse por las ideas, si bien ansían una buena lectura y les gusta que los asombren y entretengan.

En todo caso, a la luz del legado de Wells, no cabe esperar que los héroes puedan aparecer de entre las masas a causa de la tragedia inevitable del individuo devorado por éstas de manera irremisible. De hecho, la gente que suele figurar en las utopías y



distopías concebidas por Wells corresponden a lo que se conoce como personajes representativos, por el estilo de las personas que aparecen en anuncios (Carey, 2009: 174). Así, al no perder de vista la naturaleza humana, si se desea promover la conciencia ética, hemos de tratar en el mejor de los casos con un óptimo sometido a muy fuertes restricciones. Y el mundo educativo no se escapa a este respecto al no ser una excepción a la crisis contemporánea. Para muestra un botón, piénsese en la crisis profunda por la que pasa la Universidad Nacional de Colombia desde marzo del 2024, institución que se precia de contar con los académicos que, de acuerdo con las cifras disponibles, son los que más producen intelectualmente en Colombia, pero que no son capaces de dialogar y superar el conflicto (El Observatorio de la Universidad Colombiana, 22 de abril de 2024). Con este dramático ejemplo, salta a la vista que la involución de la mente moderna no afecta de manera exclusiva a los sectores sociales con bajo nivel de escolaridad, por lo que adquiere una mayor relevancia la propuesta de Morris Berman (2011) de crear con urgencia zonas de inteligencia con el fin de evitar que colapse lo mejor de la ciencia y la cultura. Y, eso sí, las zonas de inteligencia ya no suelen coincidir con los ámbitos universitarios, sino con personas y espacios de índole convivencial por excelencia las más de las veces.

En fin, un panorama dantesco y tenebroso como el descrito por Herbert George Wells permanece incólume y enhiesto, lo que cabe corroborar con creces al revisar con detenimiento lo que brinda el buen cine de ciencia ficción. Sin buscar demasiado, un filme del año 2006, *Idiocracy*, o *Idiocracia* (Judge, 2006), una película que vaticinó en un ciento por ciento lo que venía pocos años después, nada menos que nuestro distópico e infausto presente. En esta película, que ya es de culto para periodistas y sociólogos, que está ambientada en el año 2505 en un mundo distópico en el cual la selección natural ya no favorece en modo alguno a los seres más inteligentes a causa de que se reproducen más los que tienen escasa o nula sabiduría, se muestra una humanidad idiota, ignorante y deficiente mental a más no poder, dando lugar así a una sociedad que quedó postrada en un estado de desidia, ineptitud e ignorancia, con una forma de gobierno controlada por completo por gente de bajo nivel intelectual. Toda una tragedia bioética. De facto, varios de los temas sociales abordados en esta película han adquirido

una dolorosa realidad en nuestra época, lo que coincide de forma precisa con el diagnóstico de generación idiota planteado por Agustín Laje Arrigoni en su reciente libro (Laje Arrigoni, 2023), a la que, de manera irónica, se ha llegado mucho tiempo antes del año 2505 sin necesidad alguna del concurso de la genética. En concreto, son temas tales como la banalización y el empobrecimiento del lenguaje, la tendencia de los grandes medios a comercializar y hacer dinero con la pornografía, la publicidad ubicua, la obsesión por el entretenimiento constante, el lenguaje soez en la publicidad, la obesidad, las avalanchas de basura, el apagado remoto de vehículos por parte de autoridades y hackers, la incapacidad del grueso de las personas para usar e interpretar un mapa en papel para dirigirse a cualquier lugar y la popularización de espectáculos pedestres basados en gente que se golpea en pantalla. En resumidas cuentas, ya estamos viviendo en pleno en una distópica idiocracia de hombres hipermasificados, incluido, por desgracia, el mundo universitario. Sin duda, aquí cabe aplicar el principio, o navaja, de Robert J. Hanlon: Nunca atribuyas a la maldad lo que puede explicarse por la estupidez. Por consiguiente, urge promover con energía la creación de zonas de inteligencia cual contraveneno para salirle al paso a la presente crisis civilizatoria, pues, estamos sumidos en una nueva era de oscurantismo desde hace varias décadas según diagnosticó de manera atinada el inolvidable Carl Edward Sagan (1997), un oscurantismo tal que la humanidad se está escindiendo a todas luces en dos sectores a la manera de los descritos por Herbert George Wells en *La máquina del tiempo*, con los Eloi y los Morlocks. Los dos sectores que cabe apreciar en la actualidad son, por una parte, una gran mayoría de personas con sus capacidades intelectuales empobrecidas en grado sumo, seres heterónomos en consecuencia, y una minoría de seres humanos que, contra viento y marea, insisten en cultivar su inteligencia y no dejar apagar la llama del conocimiento y la cultura de alto signo, individuos que procuran mantener el listón bien alto en tal sentido, con lo cual logran preservar de una manera u otra su autonomía de juicio, su mayoría de edad mental, justo la condición indispensable para poner en práctica la dimensión luminosa del legado de la Ilustración. Estos individuos valiosos por lo dicho corresponden a lo que Morris Berman (2011) denomina nuevos individuos monásticos, esto es, individuos sacroseculares que constituyen justo el almendrón mismo de las zonas de inteligencia, expresión misma en cuanto a que la bioética, una bioética global y radical, debe impregnar a fondo el mundo de la vida sin ir más lejos,



que no puede quedar recluida en los cenáculos académicos, lo cual resulta en extremo indeseable. Ante todo, la ética en general es la estética del comportamiento, por lo que no excluye a nadie en principio. La bioética no puede quedar escriturada de ninguna manera. No tiene dueños. Y, ni que decir tiene, esto resulta todavía más relevante en nuestras malhadadas repúblicas bananeras.

En general, el género de la ciencia ficción abunda en obras que reflejan la crisis inherente a la actual civilización. Tan sólo añadiré otra muestra memorable en lo que a esto concierne, de una novela relevante de los hermanos rusos Boris y Arkadi Strugatski, titulada *Qué difícil es ser dios*, cuya trama transcurre en el futuro en un planeta extrasolar, habitado por humanos en una fase de desarrollo cultural comparable a lo más oscuro de la Edad Media terrestre. En tal planeta, está una misión científica de la Tierra dedicada a la historia experimental, por lo que observan la vida de dicha sociedad, pero con órdenes expresas de no intervenir ni influir en los acontecimientos de su propia evolución cultural. El protagonista, uno de los científicos allí destacados, historiador, Don Rumata de Estor, aprecia que es una sociedad cruel y que castiga la cultura y la inquietud intelectual, lo cual considera casi imposible pasar por alto. Esta novela brinda diversos pasajes significativos a este respecto, como el siguiente (Strugatski y Strugatski, 2016):

Ningún Estado puede desarrollarse sin el apoyo de la ciencia, porque sería destruido por los Estados vecinos. Sin el arte y la cultura general el Estado pierde el sentido de la autocrítica y comienza a estimular tendencias erróneas, engendra a cada paso hipócritas y deshechos sociales, fomenta en los ciudadanos el utilitarismo y la presunción y, en definitiva, acaba también siendo víctima de sus vecinos más cuerdos. Se puede perseguir cuanto se quiera a los intelectuales, prohibir la ciencia, destruir el arte, pero más tarde o más temprano hay que hacer marcha atrás y, aunque sea a regañadientes, abrir paso a todo aquello que tanto odian los zoquetes ignorantes que ansían el poder. Y por mucho que desprecien el saber, esa gente gris que detenta el poder no podrá hacer nada frente a la objetividad histórica, mejor dicho, podrá frenarla, pero no detenerla. Aunque desprecien y teman el saber, no tendrán más remedio que llegar a estimularlo para poder mantenerse en el poder. Y entonces tendrán que permitir las universidades y las sociedades científicas, tendrán que crear centros de investigación, observatorios y laboratorios, tendrán que formar cuadros de hombres inteligentes y sabios,

hombres que quedarán fuera de su control, hombres que tendrán una psicología completamente distinta y unas necesidades totalmente diferentes, y estos hombres no podrán existir y mucho menos obrar en el antiguo ambiente de baja codicia, chismes de cocina, presunción estúpida y necesidades puramente carnales, sino que necesitarán un ambiente nuevo, un ambiente con conocimientos generales y universales empapado de afán creador, necesitarán escritores, pintores, músicos, y la gente gris que esté en el poder tendrá que hacer estas concesiones. Y si alguno se resiste será barrido por un oponente más astuto en la lucha por el poder. Pero, el que haga estas concesiones cavará su propia sepultura, en contra de su voluntad, pero, inevitable y paradójicamente, puesto que no hay nada tan mortal para los egoístas ignorantes y fanáticos como el desarrollo cultural del pueblo en todos los terrenos, desde la investigación en el campo de las ciencias naturales hasta las aptitudes para comprender y deleitarse con la buena música. Y después viene la época de las grandes conmociones sociales, acompañadas de un desarrollo inusitado de la ciencia y de un proceso amplísimo de intelectualización de la sociedad, una época en que la incultura presenta su última batalla, que por su crueldad hace retroceder a la humanidad hasta la Edad Media, pero en la que es derrotada y desaparece para siempre como fuerza real en el seno de la nueva sociedad, libre de la opresión de clase.

Cualquier parecido con la distópica realidad de nuestro tiempo es más que mera coincidencia. En fin, repárese en el fuerte trasfondo bioético de la obra de los hermanos Strugatski dada su crítica a los regímenes totalitarios. Por lo demás, esta obra magistral de la ciencia ficción soviética cuenta con una bien lograda versión cinematográfica, un filme del año 2013, toda una película de culto, la obra maestra de Aleksei Yuryevich German, su director, el más conspicuo cineasta ruso desde Andréi Arsénievich Tarkovski, película vetada por el régimen soviético, lo cual postergó su realización por un par de décadas (German, 2013).

### **La sempiterna contraproductividad de las sociedades industriales**

En la historia intelectual latinoamericana, existe una notable figura mal conocida: Iván Illich, considerado por quienes lo han conocido como el crítico más lúcido de las contradicciones de las sociedades industriales. Nació en Viena el 4 de septiembre de 1926 y falleció en Bremen el 2 de diciembre de 2002. En lo esencial, su legado pertinente para el ámbito de la bioética global y radical quedó plasmado en un buen conjunto de



libros (Illich, 2006, 2008), los cuales tuvieron sus raíces en la ciudad de Cuernavaca, México, en el seno de las actividades adelantadas desde el Centro Intercultural de Documentación (CIDOC), fundado por Illich en 1966 y que tuvo vida hasta 1976. No funcionaba a la manera de una universidad, pues, Illich sostenía con sensatez que el aprendizaje debe tener lugar en total libertad, sin cortapisas. Propiamente, el CIDOC fue un lugar de encuentro para humanistas interesados en profundizar en las consecuencias derivadas del funcionamiento de las sociedades industriales. Por allí pasaron figuras intelectuales de fuste como la ensayista y novelista norteamericana Susan Sontag en su juventud, el pedagogo Paulo Freire, el sociólogo de religiones Peter L. Berger y el filósofo de la tecnología Carl Mitcham. Así, cabe apreciar que fue un escenario de una rica y fructífera efervescencia intelectual que aportó en grado sumo, con una orientación interdisciplinar como la que más, a la elucidación de las contradicciones y paradojas inherentes a las sociedades industriales, las que han terminado por colonizar el mundo de la vida.

En la actualidad, el legado del CIDOC mantiene su vigencia de cara a entender mejor la crisis civilizatoria para tratar de vislumbrar posibles soluciones. Al fin y al cabo, se trata de la crisis sistémica del capitalismo tardío, cuya base, bien conocida desde el siglo XIX merced a la obra de Karl Marx, es la organización en torno a la propiedad de los medios de producción por parte de la clase capitalista, la cual extrae en rigor sus plusvalías del salario de los trabajadores. En suma, el capitalismo, a fuer de sus mismas dinámicas, es un modo de producción que provoca sus propias crisis. De facto, resulta inevitable una disminución progresiva de la tasa de beneficios dada su necesidad continua de acumular capital con el fin de adquirir o reemplazar la maquinaria o las materias primas en aras de mantener la competitividad, problema que, de todos modos, no queda resuelto con la disminución de los salarios. Es como una serpiente que muerde su cola. En otras palabras, dicho a la manera de Illich, es un modo de producción contraproducente, máxime al estar cimentado en el paradigma baconiano de conquista de la naturaleza, es decir, de la orientación perversa de la tecnociencia para fines crematísticos por obra y gracia de la explotación de la naturaleza.

Precisamente, el concepto de contraproduktividad está entre las valiosas ideas fuerza decantadas por Iván Illich, con lo que quiere decir que las instituciones propias de las sociedades industriales exhiben una contradicción patente entre sus fines declarados y los resultados que se obtienen en realidad. Por ejemplo, los sistemas de transporte pretenden estar concebidos para agilizar la movilidad de las personas gracias a las velocidades alcanzadas. Pero, en la práctica, como bien lo sabemos, los trancones son inevitables, con las consecuentes pérdidas de tiempo para sus usuarios. Por su parte, los sistemas de salud manifiestan su contraproduktividad en la forma de las enfermedades iatrogénicas, mientras que los sistemas educativos terminan por aniquilar en las personas el gusto por el aprendizaje autodidacta, una cuestión en extremo crucial por lo dicho más arriba: el empobrecimiento de las habilidades intelectuales en el grueso de la población mundial y su condena a la heteronomía, excluyéndola así de la opción de estar constituida por sujetos éticos dignos del legado luminoso de la Ilustración, legado que precisa de individuos que hagan gala de su *logos*, de sus dotes de razonamiento. En fin, de forma harto lamentable, el conocimiento ha tendido a dejar de ser una apasionante aventura intelectual para pasar a ser una mercancía de tres al cuarto. Así las cosas, la contraproduktividad típica de las instituciones de las sociedades industriales ha contribuido de manera significativa a escindir a la humanidad en los dos sectores señalados con anterioridad. Más aún, los años recientes asociados con la pandemia del coronavirus han magnificado la contraproduktividad en cuestión.

Iván Illich no se conformó con diagnosticar la contraproduktividad de marras, basada en una tecnociencia dominante cimentada en el paradigma baconiano de dominio de la naturaleza que emascula la autonomía de los seres humanos al reducirlos a la mera categoría de usuarios, sino que ofreció una solución bastante sugestiva, toda una alternativa, a saber: la ciencia convivencial, cuyo almendrán radica en el fomento de los valores de uso propios de las comunidades, no de los valores de cambio propios del mercado. Así las cosas, la ciencia convivencial tiene que ver con el fomento de los ámbitos de comunidad y el enriquecimiento del mundo de la vida por excelencia. En una frase corta e ilustrativa por demás, Illich resume como sigue la esencia de la ciencia convivencial: *science by people*, la cual contrasta sobremanera con la *science for people*, siendo ésta la frase que resulta aplicable al modelo de ciencia propio de las sociedades



dominantes, el antedicho paradigma baconiano, un paradigma que queda más que bien ilustrado por la tecnociencia desplegada en los Estados Unidos a lo largo de su historia. En otras palabras, mientras la *science by people* presupone que las personas que habitan las comunidades participan en las investigaciones orientadas a la promoción de valores de uso, la *science for people* las reduce al papel de simples usuarios de los servicios ofrecidos por expertos en virtud de un monopolio radical del saber tecnocientífico. Es decir, en el paradigma de la *science by people*, las personas despliegan su *logos*, son seres autónomos, justo la condición indispensable para ser sujetos éticos, por lo que este paradigma promueve la dimensión pragmática de la ética, incluida la bioética global. En esta perspectiva, si algo caracteriza por excelencia a una ciencia realmente buena es el hecho de ser ecuménica, no esotérica, algo de lo cual advirtió con insistencia el inolvidable Carl Edward Sagan (1997), al punto de considerar que una ciencia tal es la única luz con la que contamos para poder sobrellevar el infausto oscurantismo que caracteriza a este tiempo en el que sobrevivimos mal que bien. Estos no son tiempos para dejar recluida a la bioética en los cenáculos académicos. Debe impregnar *per se* al mundo de la vida y a las zonas de inteligencia.

Además, sostener la pertinencia del paradigma de la ciencia convivencial no implica en modo alguno desterrar al ámbito de la industrialización, sino, más bien, hacerlo más humano e integrado a la trama de la vida, a un tipo de sociedad biocéntrica. Al fin y al cabo, los seres humanos precisan de la transformación de materias primas para obtener bienes que requieren, pero, eso sí, bienes realmente necesarios, no bienes suntuarios. Ante todo, Iván Illich, con su concepción de las sociedades convivenciales, pensaba en sociedades basadas en la abundancia de la frugalidad, en la sensatez en el uso de los recursos naturales sin sobreexplotar inmisericordemente a la naturaleza, incluida la naturaleza humana. A juicio de quien esto escribe, en esto radica la esencia de la dimensión práctica de la bioética global y radical.

### **El replanteamiento imperioso del legado de la Ilustración**

El historiador cultural y crítico social Morris Berman presenta la actual crisis civilizatoria en tanto culminación lógica e inevitable de un proceso que comenzó en Europa al fenecer la Edad Media, que, más tarde, se extendió durante las revoluciones científica e industrial para alcanzar su clímax en nuestro tiempo, cuyo resultado no es más que el triunfo de la hegemonía corporativa global, la superautopista de la información y la cultura de McWorld, una cultura de tres al cuarto en la cual todo queda inmerso en la machaconería y el achabacanamiento, el maremágnum del kitsch y el consumismo (Berman, 2011: 30-31). Claro está, Berman no es el único pensador en ubicar esta crisis civilizatoria a partir de la Historia. En todo caso, no debe causar sorpresa la ubicación temporal que hace Berman en la Edad Media como punto inicial, puesto que, como he insistido a lo largo de años en conferencias y clases, el conocimiento del Medioevo permite entender mejor el distópico mundo actual. Algo parecido ha hecho la artista española Atxe (2019) en un llamativo libro sobre la evolución del modo de producción capitalista, un libro que incluye la historia de la ciencia y la tecnología, amén de combinar con acierto la historieta con la economía y su historia. De facto, en la Baja Edad Media comenzó el extravío de la ciencia cuando entraron en escena en los siglos XIII y XIV los monjes nórdicos, como Alberto Magno, Roger Bacon y Guillermo de Occam, quienes la replantearon en la óptica de conquista de la naturaleza.

Así mismo, Berman considera el colapso del Imperio Romano Occidental, máxime porque no se vino a pique por las invasiones bárbaras, sino que estaba estructuralmente fracturado en el siglo III. En realidad, al llegar el siglo V, Roma tenía de imperio tan sólo el nombre. Sencillamente, eran inevitables los colapsos espiritual e intelectual en un contexto de desmoralización, sobre todo porque la vida económica de las ciudades estaba casi destruida (Berman, 2011: 98-99). Repárese en el enorme parecido de esto con lo que pasa en el mundo de hoy. Peor todavía, conforme progresaba la crisis económica, surgió entre las masas una mentalidad hostil hacia los logros de la alta cultura (Berman, 2011: 99), algo que puede apreciarse en el filme español *Ágora*, dirigido por Alejandro Amenábar (2009), centrado en la vida y obra de Hipatia de Alejandría, en el que sobresale la violencia de la plebe jalonada por los parabolanos. Así, las formas de vida primitivas ahogaron finalmente a las más excelsas. Sin duda, no es posible la civilización si está ausente una jerarquía de calidad, que no tenga que ver con



un vulgar fenómeno de masas, puesto que, cuando éste domina, los días de la civilización están contados. Así las cosas, tuvo lugar la barbarización del mundo antiguo (Berman, 2011: 99). De nuevo, esto se parece a lo que vemos hoy día. Recuérdese lo dicho por Herbert George Wells visto con anterioridad. En fin, en el campo del conocimiento por entonces, el siglo III, muchos cristianos pensaban que la educación no era relevante para la salvación de sus almas y que la ignorancia tenía un valor espiritual positivo. Por ende, antes del siglo VI, dominó una mentalidad supersticiosa al carecer la gente de la capacidad para manipular abstracciones lógicas (Berman, 2011: 100). Fueron tiempos aciagos para el avance de la ciencia al quedar perdidas para los lectores de la Alta Edad Media las disciplinas intelectuales de distinción, definición y dialéctica. Será menester aguardar, para un primer repunte, a la llegada del Renacimiento carolingio a fines del siglo VIII y comienzos del siglo IX, y, de manera especial, a la iniciativa del papa Silvestre II, el Papa del año mil, si bien fue todavía un repunte débil y tímido. Pero, con alternancias entre períodos de renacimiento y oscurantismo, la Europa cristiana salió de modo paulatino de la situación absurda y desastrada que distinguió el final del Imperio Romano de Occidente. En la actualidad, Berman estima que el oscurantismo en curso podría durar como una centuria, siempre y cuando los nuevos individuos monásticos persistan en el mantenimiento de las zonas de inteligencia. De lo contrario, sería más prolongado.

Ahora bien, si se rastrea la Historia con detenimiento, cabe encontrar otros indicios altamente significativos en cuanto a que, desde los días antiguos, cabe apreciar el fenómeno aquí señalado: la escisión de una sociedad en dos sectores marcadamente contrapuestos. Para esto, resulta oportuno acudir al excelente curso sobre teoría política del profesor Fernando Vallespín Oña en la plataforma de educación virtual Coursera (Vallespín Oña, 2024). En primera instancia, con Sócrates da inicio la escisión entre polis y filosofía, plasmada en la necesidad perentoria de reconstruir los saberes convencionales mediante la búsqueda de la verdad. Es la tensión entre verdad y opinión. De aquí su afirmación acerca de que la única vida digna de vivirse es una vida filosófica, de autoexamen. Por su parte, Platón, al proponer que los filósofos son los que deben gobernar, partía de lo que no funcionaba en la democracia griega, como el conflicto y

las disensiones internas, a lo que opone la capacidad de la filosofía para afianzar el control racional sobre las pasiones; y la inadecuación e incapacidad de los gobernantes, frente a los que los filósofos demuestran poseer capacidad para el autocontrol y la aprehensión del bien y la justicia. Incluso, no han faltado quienes consideran que su obra *La República* tiene como objetivo básico el control del alma humana, al punto de considerar que la regeneración política comienza por el yo individual de los mejores. Más tarde, Aristóteles, creador del sistema filosófico más influyente de todos los tiempos, introduce la idea de la educación liberal, esto es, la propia de los hombres libres, para fomentar la capacidad de pensar por uno mismo. Siglos después, Agustín de Hipona, cuya obra representa el tránsito del mundo antiguo a la Edad Media, escinde al ser humano en dos ciudades: La *Ciudad de Dios* y la *Ciudad de los hombres*, una distinción alegórica que hace la distinción entre los hombres que se inclinan hacia el egoísmo, el amor de sí y los bienes terrenales, y los que se realizan en el amor a Dios y la práctica de las virtudes, los elegidos para la gracia. Además, considera que el Estado no es una comunidad moral al ser el resultado del pecado, aunque su existencia responde al plan de Dios para el mundo, pues, su función es garantizar un mínimo de paz y orden social, con lo que se anticipó a Thomas Hobbes. Con mayor precisión, sostiene que la paz de las comunidades políticas es la paz de Babilonia, que los Estados son *magna latrocinia*, o sea, “grandes bandas de ladrones”, cuyo fin es evitar el mal mayor: la violencia y la muerte. Dicha frase latina está contenida en una de sus frases célebres: “Si la justicia desaparece, ¿qué son los reinos sino un vasto pillaje?” (en latín, *Remota itaque iustitia, ¿quid sunt regna nisi magna latrocinia?*). En fin, como se ve, la historia política del mundo es algo así como *Game of Thrones*, serie que muestra así mismo la escisión que constituye el motivo principal de este artículo. Repárese justamente en el final de la serie, con Brandon «Bran» Stark, poseedor de una gran sabiduría acopiada tras convertirse en el cuervo de tres ojos, como rey de los seis reinos de Westeros.

Ahora bien, la época actual está caracterizada porque esta escisión afecta no sólo a una sociedad en particular, sino al planeta entero. Por algo estamos sumidos en una crisis civilizatoria, que Leonardo Boff (20 de junio de 2024) compendia de forma dramática como sigue:



Como pocas veces en la historia general de la humanidad, la crisis sistémica y generalizada se presenta con pronósticos apocalípticos que vienen bajo el nombre de antropoceno (el ser humano es el gran meteoro amenazador de la vida), necroceno (muerte masiva de especies de vida) y últimamente de piroceno (grandes incendios en varias regiones de la Tierra), todo por la irresponsable acción humana. Además, esos pronósticos son consecuencia del nuevo régimen climático, dado como irreversible, y, no en último lugar, del peligro de una hecatombe nuclear que podría exterminar toda la vida humana en relación con la guerra Rusia-Ucrania y las potencias occidentales. Putin ya avisó que, si despliegan fuerzas militares occidentales en Ucrania, podría usar armas nucleares tácticas. Destruyen poco, pero dejan la atmosfera muy contaminada.

La situación general del mundo no suscita optimismo, sino abatimiento e incluso pesimismo y una seria preocupación sobre el eventual fin de nuestra especie. Muchos jóvenes se dan cuenta de que, si se prolonga el curso actual de la historia, no tendrán un futuro apetecible. Algunos se resignan, como recientemente denunció en un impresionante libro Steven Rockfeller: buena parte de la juventud norteamericana se desinteresa de los valores tradicionales y democráticos de la nación (cf. *Spiritual Democracy and Our Schools*, 2022). Otros se comprometen valientemente en un movimiento que ya es planetario para salvaguardar la vida y el futuro de nuestra Casa Común, como lo hace la joven Greta Thunberg.

No deja de sonar fuertemente la advertencia del Papa Francisco en su encíclica *Fratelli tutti* (2020): “Estamos todos en el mismo barco; o nos salvamos todos o nadie se salva” (n.32).

Ante este panorama dantesco, hórrido y distópico, adquiere todavía mayor sentido lo que he afirmado con anterioridad: la bioética no debe quedar recluida en los cenáculos académicos, sino que es menester que impregne a fondo el mundo de la vida, pues, nos estamos jugando la continuidad del ser humano sobre la Tierra. Y, para ello, es menester contar con una población que cuente con un intelecto suficiente como para poder decir que son seres humanos autónomos, que son herederos de la dimensión luminosa de la Ilustración. Por desgracia, la merma ostensible que se observa en el cociente intelectual de las generaciones más jóvenes desde el año 2004 no puede ser más que motivo de gran preocupación, algo de lo que se han ocupado autores diversos desde hace ya varios años, algunos con anterioridad al año 2004, tales como Gregorio Marañón y Posadillo (1956), José Ortega y Gasset (1957, 1960, 1966), Carl Sagan (1997), Giovanni Sartori

(1998), Jorge Wagensberg Lubinski (2003), Marcelino Cereijido y Laura Reinking (2004), Vicente Romano García (2004), Johan Huizinga (2007), Iván Illich (2006, 2008), Morris Berman (2011), Martha C. Nussbaum (2011), Jeremy Rifkin (2011), Nicholas Carr (2011), Carlos París (2012), Charles Percy Snow (2013), Nuccio Ordine (2014, 2017), Santiago Ramón y Cajal (2017), José Sánchez Tortosa (2008, 2018), Joseph Campbell (2019), Michel Desmurget (2020), Jonathan Haidt y Greg Lukianoff (2021), George Orwell (2022) y Agustín Laje Arrigoni (2023). Y cabe enriquecer esta lista con muchos más nombres en lo que a esto concierne, lo que significa sin ambages que al mundo no le han faltado pensadores a lo largo del tiempo acerca de esta infausta problemática, si bien se trata de una literatura que suele desconocer el grueso de las personas, incluso en el seno del mundo universitario. En particular, en lo que a Colombia concierne, una buena presentación de la crisis intelectual de las jóvenes generaciones la ofrece Juan Carlos Rincón en el canal de YouTube *La Pulla* (2024), un programa colombiano de periodismo político, satírico y de opinión.

Por supuesto, no es éste un fenómeno exclusivo de nuestro tiempo, puesto que, en el siglo XVIII, el científico y escritor tudesco Georg Christoph Lichtenberg destacó básicamente lo mismo en aquellos días ya lejanos, en pleno Siglo de las Luces (Lichtenberg, 2006: 199):

Entre nosotros se va hoy en día demasiado lejos en el estudio de la historia natural, la mayoría sólo aprende lo que otros ya sabían, sin llegar a ver nada por sí misma. No niego en absoluto la importancia y la dignidad de este tipo de estudio, pero resulta triste ver cómo los jóvenes desatienden el conocimiento de sí mismos, de su cuerpo y de su alma, por ocuparse de la historia de un insecto cualquiera, y advertir que están mejor enterados de las características de una falena que de las de la sintaxis genitivi, y que saben hablar de un pez de las Indias orientales sin saber dónde se encuentra el propio estómago.

Ante este agudo aforismo de Lichtenberg, no debe sorprender de ningún modo que el celeberrimo Immanuel Kant diese a la prensa su famoso artículo intitulado *¿Qué es la Ilustración?* (Kant, 1784). En la actualidad, la crisis correspondiente es mucho peor, puesto que está extendida por todo el planeta para efectos prácticos, con una población con unas dotes intelectuales empobrecidas, máxime ante el abandono extendido de la cultura del libro. Empero, es menester no perder de vista la dialéctica de la Ilustración,



que posee tanto luces como sombras, por lo que el énfasis en relación con el rescate del legado del Siglo de las Luces debe radicar necesariamente en las luces, lo cual no significa que sea posible eludir por completo las sombras dada la sempiterna naturaleza humana, combinación de lo sim-bólico con lo dia-bólico según lo señalado más arriba. Recuérdese que la ética en general requiere de seres humanos autónomos para que funcione. De lo contrario, estamos ante seres humanos atrapados en la caverna platónica.

Dicho todo esto, se llega de manera inevitable en este derrotero de procurar entender lo mejor posible la crisis civilizatoria en curso a uno de los últimos grandes pensadores vivos: Jürgen Habermas, con 95 años, quien se ha visto siempre como un filósofo social, con el cual concluye el excelente curso sobre teoría política dado en la plataforma Coursera por el profesor Fernando Vallespín Oña (2024), de quien he extraído lo esencial de lo que sigue.

Sobre todo, la máxima aportación de Habermas a la teoría política estriba en la recuperación de los presupuestos ilustrados de crítica racional ajustados debidamente a las condiciones de nuestras sociedades complejas con el propósito de alcanzar un mayor despliegue de la democracia, para la cual Habermas propone el modelo de la democracia deliberativa cual máxima expresión de racionalidad comunicativa en las principales interacciones políticas. Repárese en lo importante que esto resulta para fines bioéticos habida cuenta de que este siglo XXI en el que estamos tiene que vérselas con intensos debates bioéticos en lo relativo con diversas tecnologías que nos rodean por doquier, con impactos inevitables, gústenos o no. No se olvide lo advertido por René Rebetez Cortés: vivimos en un mundo de ciencia ficción, la ciencia ficción nos rodea por doquier.

En la teoría elaborada por Habermas, el espacio público tiene un papel central para fines de comunicación democrática entre ciudadanos y poderes públicos. Por desgracia, en nuestra época, el espacio público ha dejado de estar ocupado por ciudadanos razonantes y ha quedado sometido a una cultura integradora y de mero consumo de noticias y entretenimiento. Esto es, el espacio público ha quedado reestructurado para fines expresivos y manipulativos, en el que las mentiras en 3D resultan más creíbles que

la verdad misma. En todo caso, la consolidación de una racionalidad comunicativa requiere *per se* un fuerte concurso del lenguaje, la expresión por excelencia de las facultades mentales superiores de acuerdo con lo que aseveraba décadas atrás Lev S. Vygotsky. Empero, el lenguaje al uso hoy por hoy posee las terribles características de una neolengua orwelliana, inclusive entre el grueso de los graduados universitarios. Al fin y al cabo, quien lee y escribe bien, piensa. Sólo así cabe potenciar el espacio público y el mundo de la vida con la finalidad de acceder a un consenso auténticamente racional a la hora de debatir, de suerte que pueda ser un contrapeso significativo frente a un consenso forzado, fruto de la manipulación, el engaño o la ideología. En esta perspectiva, sería posible vivir una forma de vida racional, una vida de examen dicho a la manera socrática, la única vida digna de vivirse. Empero, el mundo distópico de hoy va de la mano con la colonización del mundo de la vida por el sistema según lo denominaba Habermas, esto es, la invasión por parte de la racionalidad económico-administrativa de sectores como la política, la moral y el derecho que deberían estar sujetos a la racionalidad comunicativa. Así, peligran las instancias a cargo de la reproducción simbólica, tales como la transmisión cultural, la integración social y la socialización, justo las bases mismas de los valores de uso y los ámbitos de comunidad, de las sociedades convivenciales en general, en especial si procuran ser biocéntricas.

Obsérvese que lo anterior implica una seria amenaza para la característica ecuménica de la bioética global y radical, puesto que una ciudadanía con una precaria racionalidad comunicativa no está en posición de participar con idoneidad en los debates bioéticos, que son debates políticos al final de cuentas, a propósito de los impactos de las tecnologías dominantes en la actualidad. Así, una ciudadanía tal queda condenada al indigno y poco decoroso papel de consumidora de chirimbolos tecnológicos de diverso jaez, una ciudadanía atrapada en el papel de meros usuarios heterónomos que poco o nada tiene para hacer frente al monopolio radical de los expertos de las sociedades dominantes. Algo parecido a lo que eran los siervos de la gleba durante el Medioevo.

Con todo, la democracia tiene también sus riesgos, sus peligros, reflejo mismo de la sempiterna naturaleza humana. Y para caer en la cuenta de esto no hace falta acudir a los pensadores más recientes, puesto que un intelectual conspicuo del siglo XIX, Alexis de Tocqueville, célebre por su obra *La democracia en América*, compuesta en dos partes,



tan bien lograda que John Stuart Mill se refirió a ella como dos obras maestras, no dos partes de una misma obra (Vallespín Oña, 2024). Desde luego, Tocqueville no dejó de referirse a las ventajas de la democracia. Pero, tuvo un mayor cuidado en no perder de vista sus peligros, entre los que cabe destacar la dictadura de la mayoría, sobre todo porque su acción más sutil es la ejercida sobre la libertad de espíritu, cuyos efectos indeseables son desincentivar el pensamiento autónomo, el disenso y la originalidad, lo que viene a ser toda una andanada contra la línea de flotación del sustrato ético del ser humano. De aquí que Tocqueville afirmase que en los Estados Unidos no ha habido grandes escritores, si bien ha transcurrido mucho tiempo desde los días de Tocqueville y, en este siglo XXI, es posible señalar varios buenos escritores en la historia estadounidense. De todos modos, el despotismo democrático, a diferencia del despotismo absolutista, según apreciación de Tocqueville, deja el cuerpo y apunta al alma. Y este autor no se limitó a diagnosticar los peligros inherentes a la democracia, sino que identificó algunos remedios para aminorar la tiranía de la mayoría mediante el ejercicio local de la democracia, el asociacionismo y la libertad de prensa. En fin, la tiranía de la opinión pública, junto con la búsqueda del bienestar material como fin en sí mismo y la apatía política, termina por crear un individuo sin individualidad ni independencia genuina, un ser heterónimo que resulta ser una presa fácil para un Estado lejano y centralizado, lo mismo que para los poderes corporativos propios de las sociedades dominantes. En otras palabras, un individuo que no ha podido asimilar lo mejor, lo más luminoso, del legado de la Ilustración.

No resulta exagerado en modo alguno afirmar que, en los tiempos que corren, el pensamiento de Alexis de Tocqueville goza de un auge renovado habida cuenta de que ha dado muestras vigorosas de su pertinencia para el análisis de la crisis del marxismo, la crítica al totalitarismo y la reflexión moderna acerca de la democracia. De facto, su obra brinda respuestas a los desafíos políticos del mundo actual y todo un acicate para reflexionar sobre el hecho democrático. Cabe apreciar bien esto, por ejemplo, en una oportuna recopilación de ensayos de ocho prestigiosos pensadores franceses (Roldán, 2007).

Tras todo lo dicho, ¿será muy pesimista afirmar que la bioética global y radical enfrenta una seria amenaza para su debida consolidación en el mundo más allá de los cenáculos académicos? Al fin y al cabo, como decía Karl Marx, palabras grabadas en su tumba: “Los filósofos no han hecho más que interpretar de diversos modos el mundo, pero de lo que se trata es de transformarlo”. He aquí un pensamiento que bien puede aplicarse a la bioética con su debida contextualización. Por ser la más interdisciplinar de las ciencias, la bioética debería ser parte de la cosmovisión científica de todas las sociedades. Por desgracia, ni siquiera la nación con el mayor desarrollo tecnocientífico del planeta, los Estados Unidos, está en posición de garantizar que su población haya asimilado el modo científico de entender el mundo, el buen pensar a la científica, puesto que es una nación que tiene varias veces más astrólogos que astrónomos. Si esto sucede al norte del río Grande, ¿qué no decir sobre los países ubicados al sur, los que, en rigor, carecen de ciencia y que, como señalan Marcelino Cereijido y Laura Reinking (2004), así la tuvieran no sabrían qué hacer con ella? Sin duda alguna, como he solido insistir a lo largo de los años, el manejo idóneo de la bioética global y radical presupone conocer lo mejor posible la cultura tecnocientífica por antonomasia, incluida la visión de Iván Illich en lo relativo a la tecnociencia convivencial. Esto aunado al buen conocimiento de la Historia en general, incluida, claro está, la historia de la ciencia y la tecnología y la historia del pensamiento político. Sin ir muy lejos, tan sólo pensemos en la figura de Van Rensselaer Potter, fundador de la bioética global, quien supo conjugar bien en sí mismo al científico y al humanista. Ésta es una idea que vale todo un Potosí, que, si la rastreamos en el tiempo, la encontramos, para muestra un botón, en Miyamoto Musashi, un celeberrimo guerrero del Japón feudal del siglo XVII, autor del reconocido tratado sobre artes marciales titulado *El libro de los cinco anillos (Go-rin no sho)*, una obra que, dicho sea de paso, es el libro de cabecera de los capitanes de industria japoneses de este siglo XXI. En palabras de Musashi (2023: 37): “Estudia los caminos de todas las profesiones”. Esto lo llevó a buscar no sólo a grandes espadachines, sino también a sacerdotes, estrategas, artistas y artesanos, deseoso de ampliar siempre sus conocimientos. Jamás olvidemos que la bioética global es la más interdisciplinar de las ciencias, lo que armoniza bien con la dimensión luminosa de la Ilustración.



## **Conclusiones**

Ha llegado el momento de decantar algunas conclusiones significativas de lo abordado con algún detenimiento en este artículo, a saber:

1. A despecho de las declaraciones apresuradas por parte de los ideólogos de la postmodernidad en cuanto a que ya quedó dizque superada la Modernidad y su legado ilustrado, los hechos son tozudos para respaldar que la Ilustración es más necesaria hoy que nunca para encarar los retos de la presente crisis civilizatoria. Eso sí, sin perder de vista la dialéctica de la Ilustración para enfatizar su dimensión luminosa y procurar superar sus sombras.
2. La crisis civilizatoria en curso reclama con urgencia potenciar las zonas de inteligencia con el fin de preservar lo mejor de la ciencia y la cultura, lo cual está entre los grandes retos bioéticos globales de nuestro tiempo.
3. En el contexto latinoamericano en particular, el legado de Iván Illich a propósito de la alternativa de las sociedades convivenciales y su paradigma tecnocientífico asociado, la ciencia convivencial, no debe echarse en saco rato dada la gran magnitud adquirida por la crisis civilizatoria en curso. Ante todo, se trata de recobrar los valores de uso y los ámbitos de comunidad en sintonía con el fomento de las zonas de inteligencia.
4. No cabe abrigar esperanzas en cuanto a que cese con rapidez la escisión de la humanidad en los dos sectores aquí abordados, puesto que la crisis educativa que forma parte de la crisis civilizatoria, con su vacío ético innegable, no va a resolverse en cuestión de unos cuantos años, sino que cabe esperar que requiera el esfuerzo disciplinado de, al menos, dos generaciones, un esfuerzo que implica recobrar el legado ilustrado en su dimensión luminosa con el fin de cimentar una racionalidad comunicativa que supere las limitaciones de la racionalidad instrumental.

## **Fuentes**

ABRAMS, Jeffrey Jacob. (Director). (2009). *Star Trek: el futuro comienza* [Película]. Bad Robot Productions; Spyglass Media Group.

ABRAMS, Jeffrey Jacob. (Director). (2013). *Star Trek: En la oscuridad* [Película]. Bad Robot Productions; K/O Paper Products; Skydance Media.

AMENÁBAR, Alejandro. (Director). (2009). *Ágora* [Película]. Focus Features; Sogepaq; Telecinco Cinema.

ATXE. (2019). *Capitalismo: ¿Por qué?* Madrid: Akal.

BERMAN, Morris. (2011). *El crepúsculo de la cultura americana*. México: Sexto Piso.

BOFF, Leonardo. (9 de diciembre de 2020). *Lo cotidiano, la fantasía, el carisma*. <https://leonardoboff.org/2020/12/09/lo-cotidiano-la-fantasia-el-carisma/>.

BOFF, Leonardo. (14 de abril de 2023). *El odio y la violencia: el perverso legado del bolsonarismo*. <https://leonardoboff.org/2023/04/14/el-odio-y-la-violencia-el-perverso-legado-del-bolsonarismo/>.

BOFF, Leonardo. (20 de junio de 2024). *¿Del caos planetario actual es posible un orden nuevo?* <https://leonardoboff.org/2024/06/20/del-caos-planetario-actual-es-posible-un-orden-nuevo/>.

CAMPBELL, Joseph. (2019). *Los mitos: Su impacto en el mundo actual*. Barcelona: Kairós.

CANAL LA PULLA. (27 de junio de 2024). *¿Por qué la educación en Colombia está en crisis?* [Archivo de vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=5YZUQq2dJVE>.

CAREY, John. (2009). *Los intelectuales y las masas*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

CARR, Nicholas. (2011). *Superficiales: ¿Qué está haciendo Internet con nuestras mentes?* Bogotá: Taurus.

CEREIJIDO, Marcelino y REINKING, Laura. (2004). *La ignorancia debida*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

DESMURGET, Michel. (2020). *La fábrica de cretinos digitales: Los peligros de las pantallas para nuestros hijos*. Madrid: Ediciones Península.

EL OBSERVATORIO DE LA UNIVERSIDAD COLOMBIANA. (22 de abril de 2024). *La preocupante incapacidad de la Universidad Nacional de Colombia para poder solucionar*



su crisis. <https://www.universidad.edu.co/la-preocupante-incapacidad-de-la-universidad-nacional-de-colombia-para-poder-solucionar-su-crisis/>.

GERMAN, Aleksei Yuryevich. (Director). (2013). *Qué difícil es ser un dios* [Película]. Sever Studio; Lenfilm Studio; Telekanal Rossiya.

HAIDT, Jonathan y LUKIANOFF, Greg. (2021). *La transformación de la mente moderna: Cómo las buenas intenciones y las malas ideas están condenando a una generación al fracaso*. Bogotá: Ariel.

HUIZINGA, Johan. (2007). *Entre las sombras del mañana: Diagnóstico de la enfermedad cultural de nuestro tiempo*. Barcelona: Ediciones Península.

ILLICH, Iván. (2006). *Obras reunidas: Volumen I*. México: Fondo de Cultura Económica.

ILLICH, Iván. (2008). *Obras reunidas: Volumen II*. México: Fondo de Cultura Económica.

JONAS, Hans. (2004). *El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder.

JUDGE, M. C. (Director). (2006). *Idiocracy* [Película]. 20th Century Fox; Ternion Pictures.

KANT, Immanuel. (1784). *¿Qué es la Ilustración?* Recuperado de file:///C:/Users/cesie/Downloads/Dialnet-QueEsLallustracion-3171408.pdf.

LAJE ARRIGONI, Agustín. (2023). *Generación idiota: Una crítica al adolescentrismo*. México: Harper Collins.

LICHTENBERG, G. C. (2006). *Aforismos*. Barcelona: Edhasa.

LIN, Justin. (Director). (2016). *Star Trek: sin límites* [Película]. Bad Robot Productions; Skydance Media; Sneaky Shark; Perfect Storm Entertainment.

MARAÑÓN Y POSADILLO, Gregorio. (1956). *Vocación y ética*. Madrid: Espasa-Calpe.

MUSASHI, Miyamoto. (2023). *El libro de los cinco anillos*. Barcelona: Ediciones LU.

NUSSBAUM, Martha C. (2011). *Sin fines de lucro: Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Bogotá: Katz Editores.

ORDINE, Nuccio. (2014). *La utilidad de lo inútil: Manifiesto*. Barcelona: Acantilado.

ORDINE, Nuccio. (2017). *Clásicos para la vida: Una pequeña biblioteca ideal*. Barcelona: Acantilado.

ORTEGA Y GASSET, José. (1957). *Meditación de la técnica* (3ª ed.). Madrid: Editorial Revista de Occidente.

ORTEGA Y GASSET, José. (1960). *Misión de la Universidad* (3ª ed.). Madrid: Editorial Revista de Occidente.

ORTEGA Y GASSET, José. (1966). *Obras completas: Tomo I (1902-1916)*. Madrid: Editorial Revista de Occidente.

ORWELL, George. (2022). *1984*. Barcelona: Austral.

PARÍS, Carlos. (2012). *Ética radical: Los abismos de la actual civilización*. Madrid: Editorial Tecnos.

RAMÓN Y CAJAL, Santiago. (2017). *Los tónicos de la voluntad: Reglas y consejos sobre investigación científica*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

REBETEZ CORTÉS, René. (1996). *Ellos lo llaman amanecer y otros relatos*. Bogotá: Tercer Mundo.

RIFKIN, Jeremy. (2011). *La Tercera Revolución Industrial: Cómo el poder lateral está transformando la energía, la economía y el mundo*. Barcelona: Paidós.

ROLDÁN, Darío (ed.). (2007). *Lecturas de Tocqueville*. Madrid: Siglo XXI.

ROMANO GARCÍA, Vicente. (2004). *La formación de la mentalidad sumisa*. Barcelona: Editorial El Viejo Topo.

SAGAN, Carl. (1997). *El mundo y sus demonios: la ciencia como una luz en la oscuridad*. Bogotá: Planeta.

SÁNCHEZ TORTOSA, José. (2008). *El profesor en la trinchera: La tiranía de los alumnos, la frustración de los profesores y la guerra en las aulas*. Madrid: La Esfera de los Libros.

SÁNCHEZ TORTOSA, José. (2018). *El culto pedagógico: Crítica del populismo educativo*. Madrid: Akal.

SARTORI, Giovanni. (1998). *Homo videns: La sociedad teledirigida*. Madrid: Taurus.

SNOW, Charles Percy y LEAVIS, Frank Raymond. (2013). *Las dos culturas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

STEAMBOY. (3 de mayo de 2024). En *Wikipedia*. <https://es.wikipedia.org/wiki/Steamboy>.

STRUGATSKI, Arkadi. y STRUGATSKI, Boris. (2016). *Qué difícil es ser dios* [Archivo PDF]. <https://vdocuments.site/a-strugatsky-que-dificil-es-ser-dios.html?page=1>.

VALLESPÍN OÑA, Fernando. (2024). Desde el mundo griego a la Edad Media. En Fernando Vallespín Oña (profesor), *Introducción a la teoría política*. Coursera. <https://www.coursera.org/programs/coursera-para-la-universidad-nacional-de-colombia-ji3sj/learn/introduccion-a-la-teoria-politica>.

WAGENSBERG, Jorge. (2003). *Si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál era la pregunta? Y otros quinientos pensamientos sobre la incertidumbre*. Barcelona: Tusquets.



## ESTRÉS LABORAL Y RESILIENCIA EN PERSONAL MÉDICO DURANTE EL PRIMER AÑO DE EJERCICIO PROFESIONAL CARABOBO, VENEZUELA 2022.

### WORK STRESS AND RESILIENCE IN MEDICAL PERSONNEL DURING THE FIRST YEAR OF PROFESSIONAL PRACTICE CARABOBO, VENEZUELA 2022.

Liliana Varela<sup>1</sup>, Magaly Ortunio C<sup>2</sup>

#### RESUMEN

**Introducción:** En los médicos se ha documentado elevada prevalencia de estrés laboral, que se atribuye al trabajo clínico y largas jornadas laborales, así como la confrontación con el sufrimiento y la muerte. **Objetivo:** analizar el estrés laboral y la resiliencia en médicos rurales de un distrito sanitario del estado Carabobo. **Sujetos y métodos:** Se realizó una investigación cuantitativa, correlacional, no experimental. La población estuvo constituida por todos los médicos rurales de un distrito sanitario del estado Carabobo y la muestra por 18 médicos que aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Los instrumentos de recolección de datos fueron: cuestionario para indagar características sociodemográficas, escala de estrés laboral OIT-OMS y versión reducida de la Connor-Davidson Resilience Scale. **Resultados y conclusiones:** La media de la edad fue 27,8 años y 55,6% pertenecía al sexo masculino. Más del 80% estaba soltero y no tenía hijos. La mayor proporción residía en el municipio Bejuma (33,4%), obtuvo el cargo mediante el concurso de credenciales (55,6%) y se trasladaba a su centro de trabajo en transporte público (50%). Dos tercios de los médicos presentaron bajo nivel de estrés y 61,1% presentaron nivel medio de resiliencia. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre edad, sexo, estado civil, forma de obtención del cargo y estrés laboral; así como tampoco entre la edad, sexo y resiliencia. Al correlacionar el estrés laboral con la resiliencia no hubo diferencias estadísticamente significativas.

**Palabras clave:** estrés, estrés laboral, médicos, resiliencia.

<sup>1</sup> Médico Cirujano. Especialista en Salud Ocupacional.

<sup>2</sup> Docente Titular de Pregrado y Postgrados de la Facultad de Ciencias de la Salud, desde 2005. Departamento de Salud Pública, Universidad de Carabobo – Venezuela. Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar y en Salud Ocupacional. Doctora en Ciencias Médicas. Investigador PPI Nivel I 2008-2010, PEI 2012-2014 Nivel 1 y A. OCTIUC. **Contacto:** Teléfono 0416-7342859. e-mail: magalyortunio@gmail.com.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** In doctors, a high prevalence of occupational stress has been documented, which is attributed to clinical work and long working hours, as well as confrontation with suffering and death. **Objective:** to analyze work stress and resilience in rural doctors from a health district in the state of Carabobo. **Subjects and methods:** A quantitative, correlational, non-experimental investigation was carried out. The population consisted of all the rural doctors of a health district in Carabobo state and the sample was made up of 18 doctors who voluntarily agreed to participate in the study. The data collection instruments were questionnaire to investigate sociodemographic characteristics, OIT-WHO occupational stress scale and reduced version of the Connor-Davidson Resilience Scale. **Results and conclusions:** The mean age was 27.8 years and 55.6% were male. More than 80% were single and had no children. The largest proportion resided in the Bejuma municipality (33.4%), obtained the position through the credentials contest (55.6%) and commuted to their workplace by public transport (50%). Two thirds of the doctors presented a low level of stress and 61.1% presented a medium level of resilience. No statistically significant association was found between age, sex, marital status, way of obtaining the position and occupational stress; nor between age, sex and resilience. When correlating work stress with resilience, there were no statistically significant differences.

**Keywords:** stress, occupational stress, physicians, resilience.

## **INTRODUCCIÓN**

La medicina es la ciencia que se dedica al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte (1); su ejercicio, consiste en la prestación, por parte de profesionales médicos, de servicios encaminados a promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, restitución de la salud y rehabilitación física o psicosocial de los individuos y de la colectividad; así como la determinación de las causas de muerte; el peritaje y asesoramiento médico-forense y la investigación y docencia en las ciencias médicas (2).

Lo anterior, pone en evidencia la gran responsabilidad y compromiso social del médico, pues desde su formación académica de pre-grado realiza actividades con un alto grado de responsabilidad durante su estancia o practica hospitalaria, además de la tan exigente y continua preparación para poder adquirir las competencias y habilidades para



el ejercicio de medicina según el perfil exigido por los empleadores de la salud y las necesidades de atención de la población (1,3).

Según el artículo 8 de la Ley del ejercicio de la medicina de la República Bolivariana de Venezuela, “para ejercer la profesión de médico en forma privada o en cargos públicos de índole asistencial, médico-administrativa, médico-docente, técnico-sanitaria o de investigación en poblaciones mayores de cinco mil habitantes, es requisito indispensable haber desempeñado por lo menos, durante un año, el cargo de médico rural o haber efectuado internado rotatorio de posgrado durante dos años, que incluya pasantía no menor de seis meses en el medio rural, de preferencia al final del internado”. Una vez cumplido lo establecido en este artículo, el Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de salud deberá otorgar al médico o médica la constancia correspondiente (2).

El estrés en los médicos suele iniciar durante el periodo formativo, siendo la etapa de transición de la universidad al mundo laboral una fuente importante de tensión entre los futuros profesionales sanitarios (4); la adaptación del nuevo médico a su medio y al ejercicio de sus funciones va a depender de la calidad de sus recursos de afrontamiento disponibles (competencias), conocimientos teóricos, capacidad instrumental (habilidades técnicas), y actitudes para establecer relaciones humanas cooperativas, lo cual de por sí ya constituye una agravio a la salud de este grupo de trabajadores (1,5).

Sumado a lo antes expuesto, resulta necesario mencionar la situación actual de la atención sanitaria en Venezuela, la cual se encuentra en una situación extremadamente crítica, como consecuencia de las condiciones de precariedad a las que han llegado los centros hospitalarios y ambulatorios de la salud pública, además del grave desabastecimiento de insumos y la baja operatividad de los servicios de laboratorios y demás pruebas diagnósticas, lo cual no sólo repercute de manera negativa en el paciente, sino también en el personal de salud quien debe lidiar día a día con dichas circunstancias a fin de tratar de garantizar la salud a los pacientes (6,7)

Según el Índice Global de Seguridad Sanitaria, el cual mide de forma comparada las capacidades de 195 países del mundo para prevenir y hacer frente a amenazas sanitarias, Venezuela en el 2021 obtuvo un puntaje de 20,9 puntos sobre 100, lo cual

coloca al país como el peor de América Latina y uno de los 10 peores países del mundo respecto a sus capacidades sanitarias (8).

Por otra parte, durante la última década en Venezuela, se ha venido produciendo un éxodo masivo del personal de salud capacitado debido, entre otros factores, a los bajos salarios, las difíciles condiciones de trabajo y la inseguridad reinante en los centros de salud; la Federación Médica Venezuela (FMV); refiere que para el año 2021, al menos 40.000 médicos venezolanos emigraron a otras naciones como consecuencia de la crisis hospitalaria y económica nunca vista en el país (9).

A pesar de ser una respuesta natural y automática del organismo a situaciones amenazadoras, la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera el estrés laboral como una epidemia global y un problema de salud pública, caracterizado por cansancio físico y mental secundario a la presión que se puede experimentar en el entorno laboral, siendo capaz de generar alteraciones en el organismo que conllevan a un deterioro progresivo de la salud, disminuyendo la productividad y el rendimiento individual de los afectados (10).

En cuanto a este último, el informe sobre estrés en el trabajo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) del año 2016, señala que existe un estimado de 40 millones de personas de la Unión Europea (UE), que sufren de estrés laboral, los sectores más afectados son el de la educación y la salud; afirmando que es México quien ocupa el primer lugar a nivel mundial en estrés laboral, con 75% de su fuerza laboral bajo esta condición, le siguen China (73%) y Estados Unidos (59%) (11).

Para el año 2019, un estudio realizado en seis países de Latinoamérica por Mejía encontró que el país con más nivel de estrés fue Venezuela (63%), seguido de Ecuador (54%) y Panamá (49%); mientras que los países con menor porcentajes de estrés fueron Perú (29%) y Colombia (26%) (12).

El estrés laboral resulta del desequilibrio mantenido entre las demandas que el ejercicio profesional exige y las capacidades de afrontamiento que posee el trabajador (13). Sin embargo, y a pesar de que todos los trabajadores experimentan presión en el trabajo, es a medida que el sujeto percibe que las demandas sobrepasan sus recursos para afrontarlas cuando puede sobrevenir estrés laboral y riesgo de síndrome de desgaste profesional o burnout (14).



Cuando la exposición a estrés laboral se mantiene en el tiempo, puede aparecer un amplio abanico de síntomas, tanto físicos como psicológicos, de difícil manejo y tratamiento. Entre los síntomas físicos destacan: cefalea, gastritis, aumento de la presión arterial, colon irritable, disminución de la eficacia del sistema inmune y alteraciones de la piel (acné, rosácea, urticaria); mientras que en la esfera psicológica puede aparecer disminución de la capacidad de concentración y de la memoria, preocupación en exceso, pensamiento catastrófico, disminución de deseo sexual, disminución de la autoestima y constantes cambios de humor que, si no son tratados a tiempo, pueden ser causa de depresión y labilidad emocional (4).

Vale la pena destacar que el estrés laboral no solo afecta negativamente al individuo, sino también a las organizaciones, donde se puede evidenciar baja productividad, ausentismo, aumento de los accidentes laborales, poco interés por el trabajo, desmotivación y baja satisfacción laboral; lo que se traduce en respuestas negativas en el lugar de trabajo causando mayores conflictos; en el caso de los médicos algunos autores describen también como consecuencia del estrés laboral crónico el abandono del ejercicio de la profesión, así como el impacto negativo en la atención de los pacientes (5,15).

En los médicos se ha documentado una elevada prevalencia de estrés laboral, Mingote describe varios factores condicionantes del mismo, muchas veces inherentes al trabajo clínico, tales como la comunicación con los enfermos y la confrontación con el sufrimiento y la muerte (5); a estos factores se le añade, según López la responsabilidad de la toma de decisiones relacionadas con la vida de las personas, el trato con pacientes difíciles y, a veces, no colaboradores, así como la excesiva carga hospitalaria y las largas jornadas laborales; por lo cual el estrés laboral puede considerarse como un efecto colateral al trabajo del personal de salud, que puede disminuir su productividad, provocar disfunción personal y deteriorar la calidad en el cuidado del paciente (16).

Debido a las repercusiones que el estrés laboral conlleva tanto en el personal de salud como en la sociedad en general se han realizado diversos estudios, entre los cuales se pueden mencionar el realizado por Robles y Arceo en médicos becarios de un Hospital de México en el año 2017, encontrando que 64,3% de los médicos estudiados presentaban estrés laboral (17).

López, Quimis y Cañizares en el año 2021 realizaron un estudio en médicos de un hospital público de Ecuador encontrando que más de la mitad de los médicos evaluados (57,14%) presentó alto nivel de estrés y evidenciando que existe un alto nivel de estrés en médicos jóvenes con edades entre 25-35 años (57,14%) (18).

Eslava en el año 2022, también reportó que más de la mitad (58,7%) de los médicos internos de un hospital de Perú presentaron estrés laboral crónico, con niveles altos de cansancio emocional y despersonalización, afirmando que la afectación de esta última dimensión se puede manifestar como una transformación nociva de actitudes en los médicos, que conllevará a un distanciamiento frente a los pacientes, considerando los pacientes que tratan como objetos, desgastando la relación médico paciente e influyendo negativamente en su formación académica (19).

Actualmente, los autores aseguran que más importante que la demanda ocupacional (agentes estresantes), son los recursos que se destinan a un afrontamiento eficaz del estrés, tanto a nivel individual como institucional, pues un afrontamiento eficiente de la demanda facilita el aprendizaje con mayor comprensión y desarrollo de nuevos recursos adaptativos, así como la capacidad control, mientras que un afrontamiento ineficaz suele estar orientado a la evitación o escape de las demandas, y origina desgaste personal y un mayor riesgo de alteraciones psicosomáticas (13).

En el estrés laboral del médico se han analizado no solo los estresores propios de la profesión, sino que también se han estudiado variables individuales de manejo y control de estrés, comprobándose la influencia positiva de los procesos motivacionales y cognitivos de la personalidad en la evaluación de los estresores como amenazantes, y por lo tanto, en la emisión de respuestas de afrontamiento más o menos adaptativas, estableciéndose variables individuales como la autoeficacia, el optimismo y la personalidad resistente como componentes de la personalidad positiva de afrontamiento al estrés y conductas saludables; siendo estas, competencias que el ser humano puede desarrollar y trabajar en su crecimiento personal (20).

Por tanto, la capacidad para afrontar de forma efectiva los eventos estresantes puede variar en función de la propia personalidad y capacidad resiliente de la persona. La resiliencia, expresa la adaptabilidad de los individuos o los grupos frente a los retos, amenazas o crisis y se ha definido como la capacidad para vivir, desarrollarse



positivamente o superarse frente al estrés o las adversidades que pueden normalmente ser causa de consecuencias negativas (21).

Según Ortunio y Guevara la resiliencia “está relacionada con la confianza, el optimismo ante la adversidad, el reconocimiento de las propias competencias y la capacidad para mantener la entereza en el manejo de las circunstancias conflictivas, donde es necesario actuar y preservar la calidad de vida” (22).

Se puede decir que las personas resilientes poseen capacidades para gestionar situaciones estresantes en los entornos de trabajo inestables, son más flexibles y muestran mayor estabilidad emocional para afrontar las posibles condiciones de crisis provocadas por exceso de trabajo o para actuar con rapidez y eficacia antes circunstancias extremas (13).

En los médicos, la resiliencia se relaciona con la personalidad, a través de una serie de rasgos que se asocian como componentes para mejorar el funcionamiento y bienestar de dichos profesionales, y se objetiva, que la mejora en la construcción de la propia resiliencia puede ayudar a reducir el estrés, así como el impacto que el trabajo puede tener sobre la persona, con el fin de mejorar su bienestar físico y mental (23)

En este orden de ideas, Eugenio en el año 2017 realizó un estudio en personal de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, donde encontró que 57% de la muestra estudiada presentó niveles altos de resiliencia, caracterizándose por ser profesionales capaces de resistir al estrés evitando la manifestación de síntomas disfuncionales o una interrupción en su funcionamiento normal (24).

A nivel nacional, Rodríguez y Ortunio realizaron en el año 2017 una investigación para evaluar la resiliencia en profesionales de la salud de una unidad de cuidados intensivos pediátricos, evidenciando que la mayor proporción de profesionales presentó niveles medios de resiliencia (45,5%), seguidos de aquellos con niveles altos y bajos, 30,3% y 24,2% respectivamente. En todas las dimensiones que evalúa la escala la mayor cantidad de profesionales mostraron niveles medios, excepto en la espiritualidad donde la mayoría de los profesionales mostraron niveles altos (23).

Para el año 2020, Rugel realizó un estudio en internos asistenciales de un Hospital básico de Perú, reportando correlación inversa entre las variables resiliencia y estrés laboral,

demostrando que, a mayor resiliencia del personal de salud, menor es el estrés laboral (25).

Posteriormente en el año 2021, Rosario realizó un estudio en médicos de un Hospital de Perú, donde también encontró correlación negativa moderada entre el estrés laboral y la resiliencia, afirmando que si la resiliencia es baja el estrés laboral aumenta y viceversa (26).

Es importante destacar que las consecuencias del estrés en los médicos son especialmente graves y visibles por la constante exposición pública de su trabajo y el factor añadido de su vocación de servicio; además, un médico tiene que saber establecer la distancia terapéutica necesaria con el paciente sin, por ello, perder empatía y compromiso. Siendo por ello, que la relación profesional con el paciente no es fácil y requiere una serie de herramientas, competencias, habilidades y actitudes, así como de estabilidad psicológica y emocional por parte del personal de salud, en la cual la resiliencia juega un papel estratégico que contribuye al desarrollo de competencias personales y laborales que permitan fortalecer a estos profesionales para que puedan hacer frente de manera positiva a la carga asistencial y responsabilidad social.

Visto lo antes expuesto, se llevó a cabo la presente investigación con la finalidad de analizar estrés laboral y resiliencia en personal médico durante el primer año de ejercicio profesional Carabobo, Venezuela 2022, siendo los objetivos específicos: caracterizar a los médicos en estudio según: edad, sexo, estado civil, número de hijos, lugar de residencia, forma de obtención del cargo y medio de traslado, identificar los proyectos a corto plazo de los médicos en estudio, determinar el nivel de estrés laboral, establecer el nivel de resiliencia, relacionar el estrés laboral con edad, sexo, estado civil y forma de obtención del cargo, relacionar la resiliencia con edad y sexo y asociar el estrés laboral con la resiliencia de los médicos en estudio.

### **SUJETOS Y MÉTODOS.**

Se trató de una investigación de campo insertada dentro el paradigma cuantitativo, nivel correlacional, diseño no experimental, de corte transversal. La población estuvo constituida por todos los médicos que se encontraban cumpliendo con el artículo 8 de la Ley de Ejercicio de Medicina de la República Bolivariana de Venezuela (médicos



rurales) de un distrito sanitario del Estado Carabobo. La muestra fue no probabilística y estuvo constituida por 18 médicos rurales que aceptaron voluntariamente participar en el estudio de acuerdo con la Declaración de Helsinki de 1983.

Se empleó el método de razonamiento inductivo, la técnica de recolección de los datos fue la encuesta autoadministrada y los instrumentos de recolección de datos fueron los siguientes:

1. Cuestionario elaborado por la investigadora para indagar las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, número de hijos, lugar de residencia, forma de obtención del cargo, medio de traslado y los proyectos a corto plazo de los médicos en estudio
2. Escala de estrés laboral de la OIT-OMS, elaborada por Ivancevichy Matteson; adaptada por Suarez. El instrumento cuenta con 25 ítems que se distribuyen en 7 dimensiones denominadas: clima organizacional (4 ítems), estructura organizacional (4 ítems), territorio organizacional (3 ítems), tecnología (3 ítems), influencia del líder (4 ítems), falta de cohesión (4 ítems) y respaldo del grupo (3 ítems). Las opciones de respuesta se presentan en una escala de Likert de 7 puntos, donde 1 significa nunca y 7 equivale a siempre. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach es 0.966. Los resultados se miden en niveles, según la puntuación global: bajo nivel de estrés (<90), nivel intermedio de estrés (91-117), presencia de estrés (118-153) y alto nivel de estrés (>154) (27).
3. Versión reducida de la Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC); adaptada al español por Notario. La escala consta de 10 ítems y las opciones de respuesta se presentan en una escala de Likert que va desde 0 hasta 4, donde 0 significa en absoluto y 4 casi siempre. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach es 0.881. Los resultados se miden en niveles, según la puntuación global, considerándose nivel bajo menor a 27 puntos y alto mayor a 36 puntos (28).

Una vez recolectados los datos fueron tabulados y procesados con el paquete estadístico PAST, versión libre 4.0, procediéndose al análisis descriptivo a través de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central. Se realizó la prueba de Kolmogorov-

Smirnov para constatar el ajuste de las variables numéricas a la distribución normal, empleándose la prueba de Pearson para asociación de variables cuantitativas que se ajustaron a la distribución normal y la prueba de Spearman para variables cuantitativas que no se ajustaron a la distribución normal, con un intervalo de confianza de 95% y nivel de significancia estadística  $p < 0,05$ ; para la asociación de variables cualitativas se empleó la prueba exacta de Fisher, los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos de acuerdo a la variable estudiada.

## RESULTADOS

**Tabla N°1: Distribución de los médicos de un Distrito Sanitario del estado Carabobo según características sociolaborales 2022.**

<b>Sexo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Masculino	10	55,6
Femenino	8	44,4
<b>Estado civil</b>		
Soltero	15	83,3
Casado	2	11,1
Concubinato	1	5,6
<b>Número de hijos</b>		
Sin hijos	16	88,8
1-2 hijos	1	5,6
3-4 hijos	1	5,6
<b>Lugar de residencia</b>		
Bejuma	6	33,4
Montalbán	5	27,8
Valencia	3	16,7
Naguanagua	3	16,7
Libertador	1	5,6
<b>Forma de obtención del cargo</b>		
Concurso de credenciales	10	55,6
Necesidad de servicio	8	44,4
<b>Medio de traslado a su centro de trabajo</b>		
Transporte público	9	50
Vehículo propio	5	27,8
Vehículo de un familiar	2	11,1
Vehículo de un compañero	2	11,1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

**Fuente:**Datos obtenidos en la investigación.



La media de la edad fue 27,8 años, con un valor mínimo de 26 años y un valor máximo de 36 años. No hubo diferencias estadísticamente significativas ( $Z=0,471$ ;  $p=0,319$ ) entre la proporción de médicos que eran del sexo masculino (55,6%) y las que pertenecían al sexo femenino (44,4%). Hubo predominio estadísticamente significativo de los médicos que se encontraban solteros (83,3%;  $Z=2,828$ ;  $p=0,002$ ) y de aquellos que no tenían hijos (88,8%;  $Z=3,300$ ;  $p<0,001$ ).

La mayor proporción residía en el Municipio Bejuma (33,4%), obtuvo el cargo de médico rural mediante el concurso de credenciales (55,6%) y se trasladaba a su centro de trabajo en transporte público (50%).

**Tabla N°2: Distribución de los médicos de un Distrito Sanitario del estado Carabobo según sus proyectos a corto plazo 2022.**

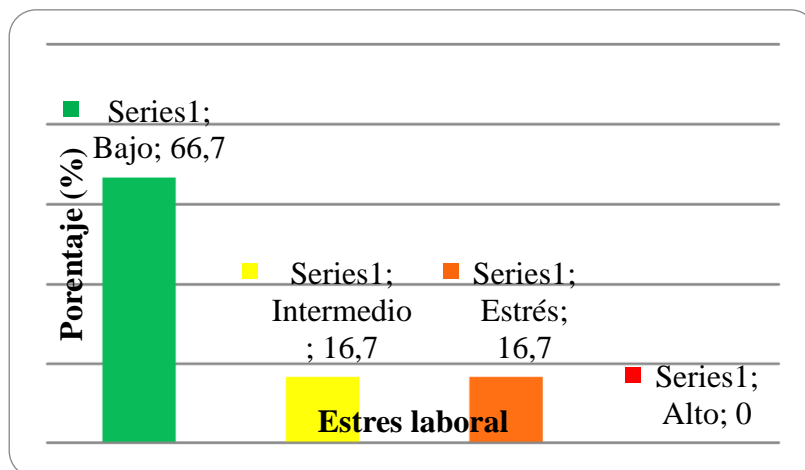
Proyectos a corto plazo	f	%
Estudios de postgrado	16	88,8
Ejercer la profesión	1	5,6
Migración	1	5,6
Emprendimiento comercial	0	0
<b>Forma de obtención del cargo</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Fuente:

Datos obtenidos en la investigación.

La proporción de médicos que refirió como proyecto a corto plazo realizar estudios de postgrado fue estadísticamente significativa (88,9%;  $Z=3,300$ ;  $p<0,001$ ).

**Gráfico N°1: Distribución de los médicos de un Distrito Sanitario del estado Carabobo según el nivel de estrés laboral 2022.**



Fuente: Datos obtenidos en la investigación.

La mayor proporción de los médicos tuvo un bajo nivel de estrés esto, sin significancia estadística (66,7%). Ningún profesional mostró alto nivel de estrés.

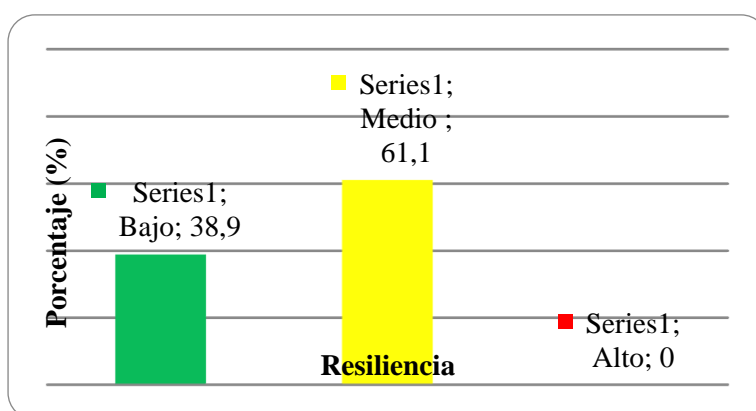
**Tabla N° 3: Distribución de los médicos de un Distrito Sanitario del estado Carabobo según las dimensiones de la escala de estrés laboral 2022.**

Dimensiones Estrés laboral	Nivel de estrés laboral			
	Bajo	Intermedio	Estrés	Alto
Clima organizacional	55,6	27,8	11,1	5,6
Estructura organizacional	66,7	27,8	5,6	0,0
Territorio organizacional	83,3	5,6	11,1	0,0
Tecnología	61,1	11,1	22,2	5,6
Influencia del líder	72,2	5,6	16,7	5,6
Falta de cohesión	61,1	27,8	5,6	5,6
Respaldo del grupo	83,3	0,0	11,1	5,6

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación

Los profesionales evaluados mostraron mayor proporción de nivel bajo en todas las dimensiones en la escala de estrés laboral.

**Gráfico N°2: Distribución de los médicos de un Distrito Sanitario del estado Carabobo según el nivel de resiliencia 2022.**

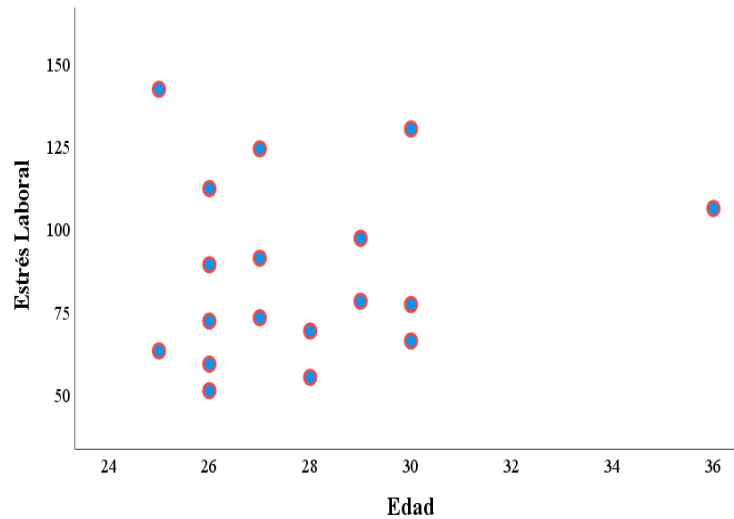


**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.

Aun cuando la mayor proporción de los médicos presentó nivel medio de resiliencia (61,1%), no hubo significancia estadística. El 38,9%, presentó nivel bajo y ningún profesional mostró niveles altos de resiliencia.



**Gráfico N° 3: Correlación entre estrés laboral y edad de los médicos de un Distrito Sanitario del estado Carabobo 2022.**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación.

No se encontró correlación estadísticamente significativa ( $r=0,131$ ;  $p=0,604$ ) entre el estrés laboral y la edad de los médicos estudiados.

**Tabla N° 4: Asociación entre estrés laboral y sexo de los médicos de un Distrito Sanitario del estado Carabobo 2022.**

Sexo	Nivel de Estrés laboral		Total
	Bajo/Intermedio	Estrés / Alto	
Masculino	10	0	<b>10</b>
Femenino	5	3	<b>8</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>18</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el estrés laboral y el sexo (Prueba exacta de Fisher  $p=0,068$ ).

**Tabla N° 5: Asociación entre estrés laboral y estado civil de los médicos de un Distrito Sanitario del estado Carabobo 2022.**

Estado Civil	Nivel de Estrés laboral		Total
	Bajo/Intermedio	Estrés / Alto	
Soltero	13	2	15
Casado / Concubinato	2	1	3
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>18</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación

Al asociar el estrés laboral con el estado civil de los profesionales en estudio no se encontró diferencias estadísticamente significativas (Prueba exacta de Fisher  $p=0,442$ )

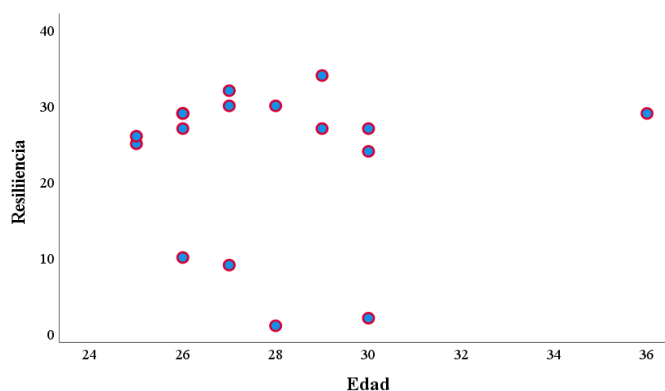
**Tabla N° 6: Asociación entre estrés laboral y forma de obtención del cargo de los médicos de un Distrito Sanitario del estado Carabobo 2022.**

Forma obtención del cargo	Nivel de Estrés laboral		Total
	Bajo/Intermedio	Estrés/Alto	
Concurso de credenciales	7	3	10
Necesidad de servicio	8	0	8
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>18</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el estrés laboral y forma de obtención del cargo de los médicos en estudio (Prueba exacta de Fischer  $p=0,215$ ).

**Gráfico N° 4: Correlación entre resiliencia y edad de los médicos de un Distrito Sanitario del estado Carabobo 2022.**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación



No se encontró correlación estadísticamente significativa ( $\rho=0,005$ ;  $p=0,985$ ) entre la resiliencia y la edad de los médicos estudiados.

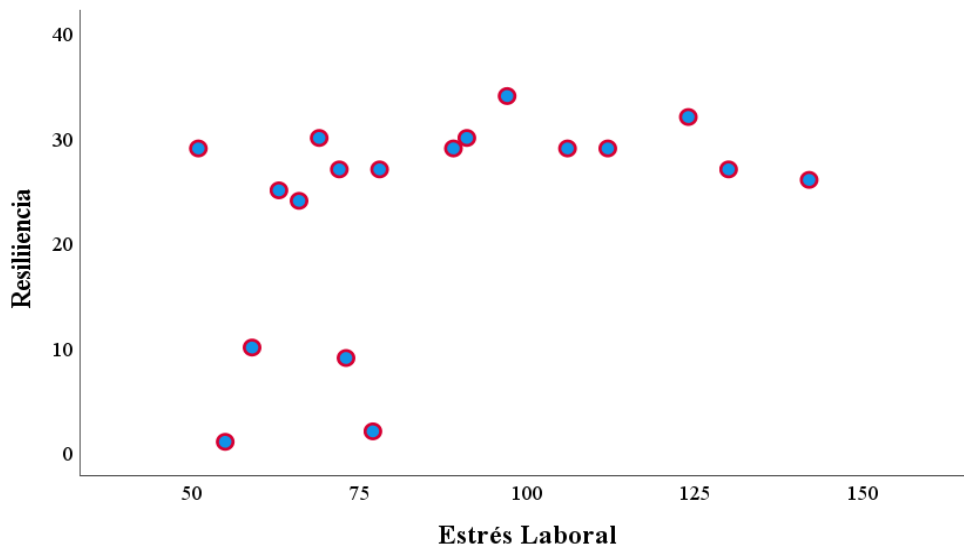
**Tabla N° 7: Asociación entre resiliencia y sexo de los médicos de un Distrito Sanitario del estado Carabobo 2022.**

Sexo	Resiliencia		Total
	Bajo	Medio	
Masculino	3	7	10
Femenino	4	4	8
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>18</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la resiliencia y el sexo (Prueba exacta de Fisher  $p=0,630$ ).

**Gráfico N° 5: Correlación entre resiliencia y estrés laboral de los médicos de un Distrito Sanitario del estado Carabobo 2022.**



**Fuente:** Datos obtenidos en la investigación

No se encontró correlación estadísticamente significativa ( $\rho=0,437$ ;  $p=0,070$ ) entre la resiliencia y el estrés laboral de los médicos estudiados.

## DISCUSIÓN.

De acuerdo a los resultados del presente estudio, la media de la edad de los médicos estudiados fue 27,8 años, con un valor mínimo de 26 años y un valor máximo de 36 años, lo cual es parcialmente similar a los hallazgos de Gómez, Saldaña, Orozco y Rivas (29), quienes reportaron una media de 31,5 años, edad mínima de 26 años y máxima de 41 años. Con respecto al sexo, tanto Gómez, Saldaña, Orozco y Rivas (29) como Poveda (30) describen predominio del sexo femenino en su muestra, contrario a lo encontrado en la presente investigación, donde la mayor proporción de médicos (55,6%) pertenecía al sexo masculino.

En cuanto al estado civil, predominaron los médicos que se encontraban solteros, seguidos de aquellos que estaban casados, coincidiendo con los hallazgos de Gómez, Saldaña, Orozco y Rivas (29) al igual que Pérez (31), quienes reportaron que la mayoría de los médicos estudiados pertenecía al grupo de los solteros, 75% y 50,2%, respectivamente.

Tanto Poveda (30) como Pérez (31) describieron que, en su población médica estudiada, la mayoría no tenía hijos, conforme a los hallazgos de la presente investigación donde 88,8% de los médicos refirió no tener hijos.

Según Poveda (30) a pesar de que las muestras están constituidas por adultos jóvenes en plena capacidad reproductiva, el predominio de médicos sin hijos, puede atribuirse a la postergación voluntaria de la maternidad/paternidad, para así alcanzar las metas académicas y laborales pautadas por el individuo; lo cual se puede evidenciar en los resultados de este estudio, donde la proporción de médicos que refirió como proyecto a corto plazo realizar estudios de postgrado fue estadísticamente significativa.

La mayor proporción de los médicos evaluados mostraron bajo nivel de estrés (66,7%), contrario a los hallazgos de Rodríguez (32), quien señaló un predominio de estrés laboral moderado (29,4%) y extremo (28,6%) en los médicos generales estudiados; mientras que Gómez, Saldaña, Orozco y Rivas (29) encontraron mayor proporción de estrés moderado (60%), seguido del estrés laboral mínimo (21,7%), destacando la ausencia de estrés laboral muy alto.



En relación a las dimensiones que evalúa la escala de estrés laboral, la mayor proporción de profesionales evaluados mostraron nivel bajo, similar a los resultados de Porta (33), quien refiere que el grupo mayoritario presentó un nivel bajo en todas las dimensiones. Se obtuvo predominio de nivel medio de resiliencia, lo cual difiere de los hallazgos obtenidos por Villalobos, Alfaro, Wiegering y Robles (34) y Gómez, Saldaña, Orozco y Rivas (29), quienes reportaron que la mayor proporción de los médicos evaluados mostraron puntuaciones catalogadas como resiliencia alta, mientras Pérez (31) reportó en su estudio realizado en médicos venezolanos en el año 2019 predominio de resiliencia baja (81%).

No se encontró relación estadísticamente significativa entre el estrés laboral y las variables edad, sexo y estado civil, contrario a lo descrito por Gómez, Saldaña, Orozco y Rivas (29) quienes consiguieron asociación significativa entre el estrés mínimo/moderado y la edad mayor a 30 años, el sexo femenino y el estado civil soltero; estos resultados a su vez coinciden parcialmente con lo encontrado por Rodríguez (32), quien destacó asociación significativa entre el estrés laboral, la edad y el estado civil, mientras que no halló relación entre el estrés y el género.

De igual manera Gómez, Saldaña, Orozco y Rivas (29) reportaron asociación significativa entre la resiliencia alta, sexo femenino y el estado civil soltero, contrarios a los hallazgos de la presente investigación, donde no se obtuvo relación entre la resiliencia y las variables sexo y estado civil.

No se encontró correlación estadísticamente significativa entre la resiliencia y el estrés laboral de los médicos estudiados, opuesto a los hallazgos de Salazar (35), quien obtuvo correlación negativa moderada entre el estrés laboral y la resiliencia del personal médico de un hospital de la Ciudad de Arequipa en Perú, afirmando que la resiliencia se vincula positivamente con la salud mental, pues tras el impacto de situaciones adversas esta permite favorecer el bienestar del individuo, estableciéndose una relación inversamente proporcional entre el estrés laboral y la resiliencia, es decir, a mayor estrés laboral, menor resiliencia y viceversa.

Al igual que Salazar (35), Gómez, Saldaña, Orozco y Rivas (29) encontraron correlación negativa débil, entre el estrés y la resiliencia en personal médico, refiriendo que tanto el estrés laboral como la resiliencia son estados, no atributos, por lo tanto son

potencialmente modificables mediante técnicas pedagógicas efectivas basadas en el empleo oportuno de intervenciones para la gestión del estrés, la capacidad de confrontación del mismo, así como el desarrollo y la práctica de la resiliencia.

### **CONCLUSIONES.**

Sobre la base de los resultados obtenidos en el presente estudio se concluye que hubo predominio estadísticamente no significativo del sexo masculino; la muestra estuvo representada por adultos jóvenes. Más del 80% de los médicos estaba soltero y no tenía hijos, siendo este predominio estadísticamente significativo.

Más de la tercera parte residía en el municipio Bejuma. Más de la mitad obtuvo el cargo de médico rural mediante el concurso de credenciales y exactamente la mitad de estos se trasladaba a su centro de trabajo en transporte público.

Hubo predominio estadísticamente significativo de la proporción de médicos que refirió como proyecto a corto plazo realizar estudios de postgrado.

Aun cuando no tuvo significancia estadística, dos tercios de los médicos presentaron bajo nivel de estrés, sin evidenciarse profesionales con estrés alto; la mayor proporción mostró nivel bajo en todas las dimensiones del estrés laboral.

Tampoco hubo significancia estadística, en los casi dos tercios que presentaron nivel medio de resiliencia, ningún profesional mostró nivel alto.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre edad, sexo, estado civil, forma de obtención del cargo y estrés laboral; así como tampoco entre la edad, sexo y resiliencia. Al correlacionar el estrés laboral con la resiliencia no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Se recomienda: garantizar el funcionamiento del servicio de seguridad y salud en el trabajo, que permita realizar evaluaciones médicas y psicológicas periódicas del personal de salud, con el objeto de prevenir o detectar precozmente la aparición de síntomas asociados al estrés laboral; capacitar al personal de salud en cuanto a manejo y afrontamiento adecuado del estrés, así como estrategias que incentiven el autocontrol y la regulación emocional; elaborar y ejecutar un programa de capacitación para fortalecer el nivel de resiliencia del personal de salud para mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida del profesional de salud; promover un clima



organizacional agradable que mejore las relaciones interpersonales entre el equipo de salud y los pacientes; mejorar las condiciones de trabajo para reducir los factores de riesgos que pueden conllevar a la aparición de estrés laboral así como; garantizar a los médicos una adecuada remuneración económica y salario emocional que contribuya a mejorar su calidad de vida y fortalezca las oportunidades de autodesarrollo y mejora tanto personal como profesionalmente.

### Referencias

1. Tello-Arends A, Caguao M. La salud en el trabajo de quienes su trabajo es dar salud. Observatorio Laboral Revista Venezolana [revista en internet] 2011 [consultado 15 de Julio de 2022]; 4(8):73-87. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/lainet/lainetv4n8/art4.pdf>
2. Ley del Ejercicio de la medicina. Venezuela: Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela; 2011.
3. Fernández-Pontillo A, Vargas-Torrealba ML, Fuentes L. Percepción de las competencias adquiridas por los egresados de la escuela de medicina para el ejercicio como médico rural. Universidad de Carabobo, núcleo Valencia. Comunidad y salud [revista en internet] 2014 [consultado 17 de Julio de 2022]; 12(1). Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv12n1/art05.pdf>
4. García-Moran MC, Gil-Lacruz M. El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. Persona [revista en internet] 2016 [consultado 17 de Julio de 2022]; 019. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4131.pdf>
5. Mingote-Adam JC. Pérez-Corral F. El estrés del médico. Manual de Autoayuda. España: Ediciones Díaz de Santos, S. A.; 1999.
6. D'Elia J. Situación de la salud pública en Venezuela. El país político [revista en internet] 2014 [consultado 20 de Julio de 2022]; 769. Disponible en: [http://64.227.108.231/PDF/SIC2014769\\_388-391.pdf](http://64.227.108.231/PDF/SIC2014769_388-391.pdf)
7. Cardozo-Álvarez R La salud en Venezuela, en terapia intensiva. Actualidad [Periódico en Internet]. 30 de Junio de 2022 [Consultado 20 de Julio de 2022]. <https://www.dw.com/es/la-salud-en-venezuela-en-terapia-intensiva/a-62315621>

8. Bell JA, Nuzzo JB. Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis. [Libro electrónico] 2016 [consultado 15 de Julio de 2022] Disponible en: [https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2022/05/2021GHSindexABRIDGED\\_Spanish\\_Final.pdf](https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2022/05/2021GHSindexABRIDGED_Spanish_Final.pdf)
9. 40.000 médicos se han ido de Venezuela en los últimos años. El Estímulo [Periódico en Internet]. 25 de Agosto de 2021 [Consultado 27 de Julio de 2022]. Disponible en: <https://elestimulo.com/salud-el-estimulo/2021-08-25/40-000-medicos-venezolanos-han-emigrado-en-los-ultimos-anos/>
10. Organización Mundial de la Salud [página principal en internet]. Occupational health: Stress at the workplace. OMS; 2021 [consultado 22 de Julio de 2022] Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ccupational-health-stress-at-the-workplace>
11. International Labour Organization. Workplace stress: A collective challenge [libro electrónico]. Ginebra, Suiza; 2016 [consultado 15 de Julio de 2022] Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ccupational-health-stress-at-the-workplace>
12. Mejia C, Chacón J, Enamorado-Leiva O, Garnica LR, Chacón-Pedraza SA, García-Espinosa YA. Factores asociados al estrés laboral en trabajadores de seis países de Latinoamérica. Rev Asoc Esp Med Trab [revista en internet] 2019 [consultado 15 de Julio de 2022]; 28(3):176-235. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-62552019000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000300004)
13. Domínguez-Herrera N. Resiliencia y estrés laboral [tesis de grado en internet] España: Universidad de las Palmas de la Gran Canarias. Estructura de Teleformación; 2018 [consultado 20 de Julio de 2022] Disponible en: <https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/96103/1/nereidadominguezherrera2018tfg.pdf>
14. Navinés R, Olivé V, Fonseca F y Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. Med Clin (Barc) [revista en internet] 2021 [consultado 25 de Julio de 2022]; 157(3):130-140. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8101798/>
15. Lucena-Rollan C. Inteligencia emocional y resiliencia: El burnout en médicos de urgencias [tesis de maestría en internet] España: Universidad de Jaen; 2021 [consultado 20 de Julio de 2022] Disponible en: <https://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/16082>



16. López M, Rodríguez A, Fernández M, Marcos S, Martínón F, Martínón J. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. Anales de pediatría [revista en internet] 2004 [consultado 15 de Julio de 2016]; 62(3). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/16954033/62/3?sd=1>

17. Robles-Javey G, Arceo-Guzmán ME. La Resiliencia y su asociación con el Estrés laboral, en médicos becarios del Hospital Doctor Fernando Quiroz Gutiérrez, 2017. Academia Journals [revista en internet] 2018 [consultado 15 de Julio de 2016]; 10(6). Disponible en: <https://static1.squarespace.com/static/55564587e4b0d1d3fb1eda6b/t/6009ec0f662dbb2f5c6afdce/1611263007137/Memorias+Academia+Journals+CICS+Tuxpan+2018+-+Tomo+07.pdf>

18. López-Zambrano JY, Quimis-Coronel GC, Lopez-Zambrano MA, Cañizares-Mendoza PE. Estrés laboral en personal médico del área de emergencia de una institución hospitalaria pública en el Ecuador. Polo del conocimiento [revista en internet] 2021 [consultado 30 de Julio de 2016]; 6(1). Disponible en: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo3032935-estr%C3%A9s-laboral-en-personal-m%C3%A9dico-del-%C3%A1rea-de-emergencia-de-una-instituci%C3%B3n-hospitalaria-p%C3%BAblica-en-el-ecuador](https://redib.org/Record/oai_articulo3032935-estr%C3%A9s-laboral-en-personal-m%C3%A9dico-del-%C3%A1rea-de-emergencia-de-una-instituci%C3%B3n-hospitalaria-p%C3%BAblica-en-el-ecuador)

19. Eslava-Gálvez LA. Síndrome de burnout en internos de medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca período 2021: Prevalencia y factores personales, laborales y Educativos asociados [tesis de grado en internet] Perú: Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad de Medicina; 2022 [consultado 20 de Julio de 2022] Disponible en: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4832/T016\\_71959784\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4832/T016_71959784_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

20. Mingote-Adam JC, Galvez-Herrer M. El estrés del médico. Mas Dermatol [revista en internet] 2011 [consultado 2 de Julio de 2022]; 15:16-19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3768494.pdf>

21. Rodríguez A, Ortunio M. Resiliencia en trabajadores de la salud de una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Revista Venezolana de Salud Pública [revista en internet] 2022 [consultado 2 de Julio de 2022]; 7(1):27-33. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/234/234990004/index.html>

22. Ortunio MS, Guevara H. Resiliencia una herramienta para la calidad de vida. Revista ARJÉ [revista en internet] 2018 [consultado 20 de Junio de 2022]; 12(23):326-338. Disponible en: <http://arje.bc.uc.edu.ve/arje23/art36.pdf>

23. Rodríguez A. Síndrome de desgaste profesional y resiliencia en profesionales de la salud de una unidad de cuidados intensivos pediátricos del estado Aragua. 2017 [tesis de postgrado en internet] Venezuela: Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la salud; 2018 [consultado 25 de Julio de 2022] Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/5820/arodriguez.pdf?sequence=1>

24. Eugenio-Zumbana LC. La resiliencia y el síndrome de burnout en profesionales de la salud [tesis grado en internet] Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la salud; 2017 [consultado 25 de Julio de 2022] Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25243/2/EUGENIO%20ZUMBANA%20LIZBETH%20CAROLINA.%20PDF.pdf>

25. Rugel-Iñiques MF. Resiliencia y estrés laboral en tiempos de Covid 19 en usuarios internos asistenciales en el Hospital Básico de Salitre, 2020 [tesis de maestría en internet] Perú: Universidad Cesar Vallejo. Escuela de Postgrado; 2020 [consultado 25 de Julio de 2022] Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/56653>

26. Rosario-Quiroz FJ. Estrés laboral y resiliencia en tiempos de pandemia en personal médico de un hospital regional nivel III de la ciudad de Arequipa, 2021 [tesis de maestría en internet] Perú: Universidad Cesar Vallejo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2021 [consultado 15 de Julio de 2022] Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59131/Salazar\\_RJR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59131/Salazar_RJR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

28. Riveros-Munévar F, Bernal-Vargas L, Bohórquez-Borda D, Vinaccia-Alpi S, Quiceno JM. Análisis psicométrico del Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10) en población universitaria colombiana. Psicología desde el Caribe [revista en internet] 2017 [consultado 15 de Julio de 2022]; 34(3):161-171. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21356012001.pdf>

29. Gómez-Baños R, Saldaña-Barrientos S, Orozco-Arellano MA, Rivas-Vega BA. Correlación entre estrés laboral y resiliencia en los médicos residentes de medicina familiar. Rev. Mex. med. familiar [revista en internet] 2022 [consultado 20 de Marzo de 2023]; 9(3). Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2696-12962022000300078&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2696-12962022000300078&script=sci_arttext)

30. Poveda-Benítez A. Síndrome de Burnout y resiliencia en médicos residentes. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida-Venezuela 2018. Revista GICOS [revista en internet] 2017 [consultado 20 de Marzo de 2023]; 2(1):12-25.



Disponible en:  
<http://epublica.saber.ula.ve/index.php/gicos/article/view/13685/21921924766#>

31. Pérez-Ortiz JA. Síndrome de Burnout en médicos postgradistas de la Universidad Central y su capacidad de resiliencia durante sus años de formación, período noviembre 2018 - abril 2019. [tesis de postgrado en internet] Ecuador: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas; 2020 [consultado 23 de Marzo de 2023] Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20851>

32. Rodríguez-Paz LP. Estrés laboral, ansiedad y depresión durante la pandemia por covid-19 en médicos generales del Hospital IESS Quito Sur. 2020 [tesis de maestría en internet] Ecuador: Universidad Internacional SEK; 2021 [consultado 20 de Marzo de 2023] Disponible en: <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/4183>

33. Porta-Navincopa MA. Estrés laboral y resiliencia en el personal de enfermería del Hospital Regional de Moquegua, 2022 [tesis de grado en internet] Perú: Universidad Autónoma de ICA. Facultad de Ciencias de La Salud; 2022 [consultado 20 de Marzo de 2023] Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/1757>

34. Villalobos-Otayza A, Vela-Alfaro FM, Wiegeling-Gianoli D y Robles-Alfaro RA. Nivel de resiliencia y síntomas depresivos en el internado médico en el Perú. Educación médica [revista en internet] 2021 [consultado 20 de Marzo de 2023]; 22(2021):14-19. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1575181318303528&r=71>

35. Salazar-Ramírez JF. Estrés laboral y resiliencia en tiempos de pandemia en personal médico de un hospital regional nivel III de la ciudad de Arequipa, 2021 [tesis de grado en internet] Perú: Universidad Cesar Vallejo. Facultad de Ciencias de La Salud; 2021 [consultado 20 de Marzo de 2023] Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/59131>



## PRINCIPIO DE JUSTICIA: UN ELEMENTO SOCIAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

PRINCIPLE OF JUSTICE: A SOCIAL ELEMENT IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP.

Álvaro Sanz Rubiales<sup>1</sup>, Francisco Barón<sup>2</sup>, María Luisa del Valle<sup>3</sup>

### RESUMEN

La interacción entre médico y paciente es un elemento fundamental en la relación asistencial y se entiende como el eje alrededor del cual gira de la bioética clínica. Sin embargo, uno de los principios de la bioética, la justicia, hace que esta interacción no se limite a la mera relación entre dos individuos. La justicia sitúa esta relación en un contexto más amplio que se podría llamar *social*. Algo similar sucede si se analiza la relación con el paciente por parte de cualquiera de los integrantes del personal sanitario o incluso del propio sistema sanitario en la medida que afecta o interactúa con el paciente. Desde la perspectiva social de la justicia, estas relaciones superan el ámbito de la mera privacidad compartida. Las decisiones que se toman en ese núcleo aparentemente aislado o protegido por la confidencialidad y la autonomía dependen también, al menos en parte, de variables de perfil social como son las necesidades y los estándares de los demás pacientes, así como los recursos -de personal, de medios o incluso de tiempo-, generalmente limitados, y que es preciso distribuir de manera equitativa. De acuerdo con el principio de justicia, todas estas variables externas son elementos que es preciso tener en cuenta en la toma de decisiones que se lleva a cabo con cada paciente.

**Palabras clave:** Justicia, Principialismo, Social.

<sup>1</sup> Profesor Asociado, Universidad de Valladolid. Comisión de Bioética de Castilla y León. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España.

<sup>2</sup> Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado (CCD) de la Organización Médica Colegial de España. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. España.

<sup>3</sup> Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Correspondencia: Álvaro Sanz Rubiales, Oncología Médica, Hospital Universitario del Río Hortega. Calle Dulzaina 1. 47012 Valladolid, España. Teléfono: 983420400.

E-mail: [asrubiales@hotmail.com](mailto:asrubiales@hotmail.com)

## **ABSTRACT**

The interaction between doctor and patient is a fundamental element in the healthcare relationship and is understood as the axis around which clinical bioethics revolves. However, one of the principles of bioethics, justice, means that this relationship is not limited to the mere relationship between two individuals. Justice as a principle places this relationship between doctor and patient in a broader context that could be called social. And the same happens if we analyze the relationship with the patient by any of the members of the healthcare staff or even the healthcare system itself as it affects or interacts with the patient. From the social perspective of justice, these relationships go beyond the realm of mere privacy, albeit a shared privacy. The decisions that are made in this apparently isolated nucleus, protected by confidentiality and autonomy, also depend, at least in part, on variables of social profile such as the needs and standards of other patients as well as the resources - of personnel, means or even time – that are usually limited and that must be distributed equitably. All these external variables are elements that must be taken into account, in accordance with the principle of justice, in the decision-making that must be carried out in each patient.

**Keywords:** Justice, Principlism, Social.

## **INTRODUCCIÓN**

Solo con mencionar el concepto de bioética es fácil que vengan a la mente los cuatro principios que se sugirieron hace años y que -a pesar de sus evidentes limitaciones<sup>1</sup>- continúan siendo útiles como valores de referencia, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia son criterios válidos de lo que debería ser en el ámbito sanitario una buena práctica, una práctica ética, en relación con el paciente. Se podría decir que aplicar estos principios nos comprometen a buscar el bien del paciente, a permitir y promover que participe de manera activa en la toma decisiones y a intentar que todos y cada uno sean tratados y reciban lo que les corresponde. Estos principios recuerdan y refuerzan el valor intrínseco del paciente, de *cada* paciente, es decir, de cada persona.

En todos estos principios es posible descubrir una direccionalidad en la actuación: del médico hacia el paciente o del paciente hacia el médico. En concreto, el principio de



justicia se caracteriza por hacer que haya una influencia externa social, dentro del binomio cerrado que se genera en la relación entre médico y paciente.

## DIRECCIONALIDAD DE LOS PRINCIPIOS

En cada uno de los principios de la bioética es posible distinguir unos flujos con una dirección y un sentido que definen quién actúa para ponerlo en práctica y en quién repercute o, dicho de otra manera, a cuál de los actores le corresponde una actitud activa y a cuál pasiva.

- Beneficencia y no maleficencia. En el fondo, estos dos principios se pueden integrar en un compromiso global de actuar buscando “lo mejor” para del paciente, de velar por sus intereses. Hay que buscar su bien y evitar hacerle daño; este *primum non nocere* supone un compromiso de evitar cualquier perjuicio –físico, moral, financiero...- absurdo o desproporcionado. En cierto modo, el paciente o “el usuario”-si se despersonaliza al individuo que acude al sistema- delega su deber de (auto-)cuidado en las personas que lo atienden (médico o personal sanitario en general) o en el sistema. En un escenario así, es fácil apreciar que tanto la beneficencia como la no maleficencia se dirigen del médico o, más en general, del personal (o del sistema) hacia el paciente. La persona que atiende e incluso el propio sistema buscan y procuran el bien del paciente a la vez que intentan minimizar posibles riesgos y evitar que el paciente sufra un daño innecesario (generalmente provocado por ellos mismos).
- Autonomía. En este principio es posible ver una doble interacción. El sentido principal de la autonomía es la del paciente que al ejercerla actúa sobre el sistema, sobre el médico o sobre el personal que lo atiende y que tiene obligación de tener en cuenta sus decisiones o, al menos, sus valores en la toma de estas decisiones. Por otra parte, este principio se complementa con el papel del médico o del personal que lo atiende y, con cierta frecuencia, del sistema en sí, a los que les corresponde

el compromiso de no entorpecer (en pasivo) y de promover (en activo) la autonomía del paciente.

- Justicia. En este principio, el escenario cambia. Es de justicia dar a cada uno lo suyo. La parte inicial de la justicia se fundamenta en reconocer la dignidad propia del paciente, es decir, en apreciar su inmenso valor intrínseco como persona. Y, a partir de ahí, facilitar el ejercicio de los derechos que le han sido reconocidos y que enraízan en la propia dignidad. Una parte de la justicia es el ejercicio del médico que atiende al paciente y que reconoce lo que le corresponde y pone los medios para facilitarlos. En cierto modo, en el trato con el paciente, actuar por el bien del paciente y protegerlo y no producirle daños pueden ser también manifestaciones de la justicia. Y, al igual que la beneficencia y la no maleficencia, se trata de una actuación del médico sobre el paciente, aunque como respuesta al reconocimiento de la dignidad y de los derechos del paciente.

Otro componente de la justicia es la justicia distributiva que lleva a actuar con equidad. Este componente de la justicia no se refiere al paciente como un individuo aislado sino como “un paciente más” porque tiene en cuenta la referencia de cómo se actúa con “los demás”, cuál es la manera de actuar en general, para aplicarlo también en su caso. Esta equidad al tener como referencia al paciente como un miembro más de la sociedad está previniendo desde el principio el riesgo de exclusión que se asocia a los déficit de salud física o mental<sup>2</sup>. Los binomios de médico y paciente, de personal sanitario y paciente o de sistema y paciente siguen estando presentes. Pero con un componente diferente que influye desde fuera, un factor social. Se puede definir por tanto un vector de actuación que, desde el exterior, desde la sociedad, influye no tanto en el paciente sino en la propia relación entre el médico (o la persona o el sistema que atiende o cuida) y el propio paciente.

## **JUSTICIA: LA TERCERA PERSONA COMO PRINCIPIO ÉTICO**

De manera clásica se entiende que la justicia puede tener diferentes perfiles: justicia conmutativa (*do ut des*), justicia distributiva, justicia procesual, justicia retributiva o



justicia restaurativa. La justicia distributiva, en concreto, hace referencia a cómo se aplica a cada individuo la parte correspondiente de un bien común. En la práctica se puede entender que el criterio para llevar a cabo esta distribución, para asignar a cada uno una parte, puede ser la necesidad o el mérito: se da prioridad (para asignar antes, más o mejor) al que le hace más falta o se da prioridad al que se lo ganado. En un sistema sanitario público la práctica habitual es que esta justicia distributiva se entienda en función de la necesidad para poder dar a cada uno la atención sanitaria que precise, en personal y en medios. Una actuación así exige disponer de unos estándares que se puedan aplicar de manera general y que tengan en cuenta tanto las necesidades como los recursos para diseñar un uso prudente de estos recursos de manera que alcancen a todos aquellos que los precisen.

La referencia de la atención médica, de la atención sanitaria, es la de una relación entre dos personas, tanto es así que a veces se define como de “amistad”. Y este es el modelo que se aplica con más frecuencia. En ocasiones puede dar la impresión de que es una relación celular que gana en calidad cuanto más aislada y más privada sea y cuanto menos influenciado por otros procesos. Como si la confidencialidad por parte del médico -un compromiso personal en que no puede defraudar la confianza del paciente- combinada con la autonomía (en ocasiones *hiperautonomía*<sup>3</sup>) del paciente los convirtiesen en un mundo aparte. Y es un escenario así donde el principio de justicia pone en valor que esta relación aparentemente cerrada tiene, por decirlo así, una “hipoteca social”. Con otras palabras; que, aunque aparentemente se limite al ámbito privado de dos agentes, el resto de la sociedad también tiene algo que decir y, de hecho, tiene una influencia real en esta relación<sup>4</sup>.

La justicia recuerda que hay que evitar tanto que la relación médico-paciente se limite a la interacción de dos individualidades como que se entienda que todo su componente ético está restringido al espacio físico de una sala o de una consulta o al ámbito virtual de la relación de confianza entre dos personas. De otro modo se estaría dando carta de ciudadanía al aislamiento en la toma de decisiones, aunque sea el “aislamiento acompañado” propio de *una isla con dos naufragos*. Es importante entender que la

sociedad entera está integrada y forma parte de la atención al paciente e incluso de la relación con el paciente por parte del médico o de cualquier personal sanitario, incluido el personal administrativo. Igual que el médico tiene obligación de tener como principio de su actuación con el paciente la beneficencia, de buscar su bien, lo mejor, también tiene el compromiso -como lo tenemos todos en tantos ámbitos- de buscar el bien común, incluso en las decisiones que tienen que ver con el paciente concreto. Y en esa búsqueda del bien común –que se lleva a cabo en las decisiones generales y también en las particulares- se ejerce el principio de justicia.

Con otras palabras: si una relación entre médico y paciente quiere ser buena, si quiere ser ética, debe tener algún tipo de supervisión social. Lo mismo sucede si lo que se tiene en cuenta es la relación con el paciente de cualquier miembro del personal sanitario o, incluso, la relación o interacción del propio sistema sanitario con el paciente (o usuario). No se trata tan solo de una persona que atiende, un médico, que busca lo mejor y de un paciente que decide o que opta, ambos con el legítimo objetivo de “curar”, “prevenir” o “aliviar”. La buena praxis, la praxis ética y virtuosa no se limita a una mera cuestión individual. La legitimidad de este trato exige que se pueda superar la esfera del contrato privado, del vínculo excluyente, para entrar en un escenario más global. Se podría decir que la justicia tiene un componente horizontal, es decir, de igualdad o, mejor dicho, equidad entre las personas, junto con un componente vertical referido al compromiso de conceder lo que corresponde a cada uno por parte de la persona o el estamento que tiene el compromiso y la capacidad para hacerlo<sup>2</sup>.

## **EL ACTO MÉDICO: INTERINDIVIDUAL Y SOCIAL**

Vivimos en una sociedad que no solo es marcadamente individualista, sino que nos presenta el individualismo como un valor. En este escenario, la relación médico paciente se entiende como poco más que una interacción de dos individuos bienintencionados pero aislados. Incluso, se pudiera llegar a pensar que la *pureza* del acto médico exige aislamiento, evitar que la relación entre médico y paciente sufra ningún tipo de influencia del medio que pudiera desvirtuarlo. Es el principio de justicia el que exige



dejar abierta una mirada al exterior en el aislamiento que se crea en esta relación interindividual cerrada.

Las referencias clínicas, el saber médico protocolizado y aplicado de manera ordenada, se toman de la experiencia clínica con pacientes y se orientan al conjunto de los enfermos<sup>5</sup>. Hay una interacción virtual, también en la adquisición de experiencia y en el respaldo de la evidencia clínica, entre los pacientes a lo largo del tiempo. Aunque la atención al paciente es eminentemente personal, es esta referencia global la que se aplica de manera individualizada en este trato personal. Aunque haya que individualizarla, la atención a cada enfermo nunca es un arte aislado de todo el conocimiento global y de la experiencia previa.

Buscar el bien en una persona supone tener la referencia del bien que se debe buscar en las demás personas. Este bien y los medios para conseguirlo puede ser los mismos para todos y con ello estar limitados. Es cierto que la obligación de disponer de los recursos y de los medios necesarios es un deber que corresponde antes al sistema y a los gestores que al personal sanitario que atiende directamente. Sin embargo, el empleo inmediato de otros recursos, su aplicación individualizada sí que puede corresponder al que está más cercano al paciente que al menos debe tener conciencia de la disponibilidad y de la conveniencia de optimizar su uso pensando en los demás posibles beneficiarios. En esta línea, las decisiones del médico se ven influidas por los principios de beneficencia y no maleficencia no solo de cara al paciente presente sino hacia toda la sociedad. No ser consciente de este dato puede ser un acto maleficente, puede llevar a que el paciente sufra un daño innecesario al generar unas expectativas irreales o al darle la sensación de recibir una atención médica incompleta. Por otra parte, en términos generales, la autonomía tiene una función de elección, es decir, de aceptación, de rechazo o, incluso de modulación entre diferentes opciones. Se podría decir que la autonomía está limitada a la oferta del menú de la *lex artis* y de la disponibilidad dentro de esta *lex artis* (una disponibilidad que depende también de circunstancias sociales). Esta limitación tiene también un componente de justicia, de equidad, porque lo que se ofrece a un paciente se debería poder ofrecer a los demás en las mismas circunstancias<sup>6</sup>.

La relación entre médico y paciente, entre cualquier componente del personal sanitario en cuanto tal y paciente, tiene el requisito de la discreción, del secreto profesional<sup>7</sup>. Pero este compromiso de confidencialidad no se puede entender de manera adecuada si se identifica con la privacidad y el aislamiento que se asocian al concepto anglosajón de “*privacy*”. Esta *privacy* individualista lo primero que pretende es el aislamiento del individuo, la ausencia de influencias y de un control externo y una opacidad que impida que nadie pueda apreciar lo que pasa. Sin embargo, la buena práctica exige conocer cómo se actúa con el conjunto de los pacientes, cómo se les atiende, cuál es el estándar, la referencia, y de qué medios se dispone para hacerlo. Todos estos datos globales (o “sociales”) influyen en las decisiones sobre cada paciente.

## **ALGUNOS EJEMPLOS**

Es posible encontrar ejemplos de cómo las decisiones individuales o bien tienen un impacto en la sociedad o bien es la propia sociedad la que influye sobre estas decisiones.

- En nuestro medio, durante la primera ola de la pandemia COVID-19 se planteó y se vivió con angustia el problema de la limitación de recursos<sup>8</sup>. Era preciso seleccionar para optimizar el empleo de estos recursos. Ante el dilema de *tabula unius capax*, de la madera que solo puede servir de tabla de salvación a un naufrago, decidir a favor de un paciente supone, indirectamente, decidir también de manera pasiva en contra de otro. Es cierto que el médico no debería limitar el uso de recursos cuando hay indicación y que si lo hace debería por delegación o imposición del gestor que administra y que es a quien correspondería que estos recursos estuvieran disponibles para todos los que los precisaran de acuerdo con su situación clínica<sup>9</sup>. En todo caso, en un escenario de recursos limitados como el que pudimos vivir la situación del estrés del sistema afecta a las decisiones individuales y, a la vez, toda decisión clínica tiene una repercusión inmediata y evidente sobre terceros.
- Es reciente el caso de la administración de vacunas contra la COVID-19<sup>10</sup>. Si la vacuna solo se entendiera como un acto médico, un acto sanitario que realiza una persona para procurar el bien del paciente (su inmunización frente a un proceso infeccioso



grave), la decisión sobre la vacuna quedaría siempre limitada a ese ámbito de privacidad. Sin embargo, muchas vacunas –y, en concreto la de la COVID-19- tienen una repercusión social evidente. Cada persona vacunada que genera una inmunidad suficiente es un pequeño dique que bloquea o retrasa la transmisión del virus. Cada persona con inmunidad es un paso más para llegar a la esperada inmunidad de rebaño o inmunidad de grupo que limita la diseminación del virus al reducir la población susceptible en el entorno de los posibles infectados. En la decisión personal de vacunar sería preciso, por tanto, tener en cuenta el impacto social positivo del acto.

- Adecuar la intensidad terapéutica tiene también un componente de justicia, una adecuación que no solo se refiere a los tratamientos sino también a las técnicas y procesos diagnósticos e incluso a las medidas preventivas. Los tratamientos, los estudios diagnósticos, las medidas preventivas que se usan de manera obstinada o solo por inercia suponen una ocupación o un consumo de recursos que repercute de manera negativa en los demás usuarios reales o potenciales. Saber indicar (un tratamiento, una técnica diagnóstica o una medida preventiva) es, por tanto, también un acto de justicia. Y, por ello, no estaría mal que el criterio de justicia se tuviera presente en las situaciones donde no hay una clara indicación<sup>11</sup>.
- El gasto derivado de cualquier tratamiento tiene una repercusión social. Esto es aún más evidente si se trata de un tratamiento de alto gasto y con un impacto real pero limitado<sup>12</sup>. ¿Cuánto puede sacar la sociedad de la hucha común para facilitar el tratamiento en un cáncer avanzado que se prevé que consiga, de promedio, unos pocos meses de prolongación de la supervivencia? Cada euro aplicado con este fin no se va a poder dedicar a otras necesidades sociales, algunas de ellas realmente acuciantes. La responsabilidad de esta distribución y asignación global no puede corresponder al personal asistencial que trata al paciente. Pero la racionalización del gasto y del uso de recursos es normal que se traduzcan en medidas políticas –a veces impopulares- que limitan al médico y al paciente las opciones terapéuticas que es más evidente la desproporción entre coste y beneficio<sup>13</sup>.

- El empleo sin criterio suficiente de tratamientos experimentales o con evidencia escasa, fuera de indicación (*off label*) o pendientes de aprobación puede llevar a una situación de falta de equidad. Cuando las reglas del juego, que consisten en administrar los tratamientos o realizar los estudios con un nivel de evidencia suficiente que hace que se consideren estándar se modifica en algunos pacientes para facilitarles por un aparente criterio de justicia opciones que no cumplen estos criterios se genera un problema de inequidad. Cualquier opción de tratamientos fuera de líneas comunes debería ser accesible (o inaccesible) en igualdad de condiciones a todos los pacientes con el mismo perfil.
  
- El tiempo dedicado a un paciente se orienta a atender adecuadamente las necesidades de cada paciente, pero está limitado por el tiempo que es preciso dedicar al siguiente. Ni se le puede restringir sin motivos si hay necesidad ni se puede prolongar indefinidamente sin dañar o al menos molestar (*no maleficencia*) al siguiente, al que está esperando.
  
- La lista de espera es un mal necesario que se enmarca en la relación entre el sistema y el paciente como consecuencia de la existencia de recursos –materiales y de personal- limitados. Es evidente que a nadie le gusta esperar y que es necesario racionalizar la oferta para adaptarla en lo que sea factible a la demanda. Pero es imposible poder atender a todos siempre y cuando quieran. Por eso se plantea actuar de acuerdo con el criterio clásico de *prior in tempore, potior in iure*, aunque con matices ya que toda lista de espera debe estar matizada y supervisada por criterios de selección en función de urgencia y de necesidad. El puesto en la lista de espera no es un dato inamovible; al contrario, siempre debería estar supeditado a criterios de prioridad clínica. Por tanto, la espera de cada paciente tiene de fondo también un motivo social, de bien común.
  
- Por último, un ejemplo inverso: el médico, el personal sanitario y el sistema deben evitar cualquier tipo de discriminación en la atención en función no solo de las condiciones del paciente (sexo, edad, origen) sino también de la etiología de la aparición del problema o por el modo en que recibe el tratamiento (ensayo clínico, medicina pública o privada). El médico puede sentir reparos ante ciertas situaciones



o pensar que el paciente “se lo ha buscado” o, al menos, ha cooperado activamente en la generación de la enfermedad o del proceso y que, por ello, hay que priorizar a los demás por delante de él. Aun así, el compromiso de buscar el bien (beneficencia) trasciende las circunstancias personales<sup>14</sup>. Un médico puede tender a tender de manera diferente al paciente en función del pago (según lo atienda dentro del ejercicio de una medicina pública, pagada por el estado, o privada, pagada por el propio paciente) o incluso en función de que el paciente haya entrado en algún tipo de ensayo clínico: mayor interés y control en el que participa en el estudio en relación con una cierta despreocupación *rutinaria* con el paciente *habitual*. En estos casos el criterio de justicia recuerda la obligación de atender de manera equitativa - que no es mera igualdad- evitando diferencias en la atención que no se justifican en criterios clínicos.

## CONCLUSIÓN

La relación entre médico y paciente es fundamental en la atención sanitaria y se puede entender como el eje alrededor del cual gira de la bioética clínica. Sin embargo, es posible una visión excesivamente reduccionista nos lleve a entender esta relación como algo aislado, independiente: una mera interacción entre individuos al margen del flujo social. Se corre el riesgo de asumir la relación con el paciente como un individualismo compartido por un paciente que se caracteriza por su autonomía (la posibilidad de dirigirse a sí mismo) y un médico comprometido con la atención personalizada y la discreción y confidencialidad que llevan a que la atención de cada paciente se quede aislada en una torre de marfil. En este escenario, la justicia como principio de la bioética recuerda que esta relación entre el médico (o el personal sanitario en general o el propio sistema) y el paciente se sitúa de hecho en un contexto más amplio que se podría llamar *social*.

Desde esta perspectiva, la relación entre médico y paciente supera el ámbito de la mera privacidad, aunque sea una privacidad compartida, y entra en uno más amplio ya que

las decisiones que se tomen en ese núcleo aparentemente cerrado dependen, en parte, de variables que hacen referencia a los demás pacientes y tienen también una influencia social hacia el exterior. De hecho, las necesidades, el trato, los estándares de los demás pacientes, así como los recursos -de personal, de medios o incluso de tiempo- son factores que influyen en la toma de decisiones que se lleva a cabo en cada paciente. Y las decisiones con cada paciente se pueden tomar como puntos de referencia que influyen en las que se puedan tomar con pacientes sucesivos.

## REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Requena Meana P. Sobre la aplicabilidad del principialismo norteamericano. *Cuad Bioet.* 2008;19:11-27.
- <sup>2</sup> Ricoeur P. *Lo justo*. Madrid: Caparrós Editores; 2003.
- <sup>3</sup> Martínez Otero JM. La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético. *Cuad Bioet.* 2017; 28:329-40.
- <sup>4</sup> Bhugra D. All medicine is social. *J R Soc Med.* 2014; 107:183-6.
- <sup>5</sup> Mathew R. Rammya Mathew: Three questions I ask before using a guideline. *BMJ.* 2019;364:l358.
- <sup>6</sup> World Health Organization. Social determinants of health: Key concepts. [Consultado 29 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/social-determinants-of-health-key-concepts>
- <sup>7</sup> Rubin R. How sharing clinical notes affects the patient-physician relationship. *JAMA.* 2021; 325:1596-8.
- <sup>8</sup> Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med.* 2020; 21;382:2049-55.
- <sup>9</sup> Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML, Flores Pérez LA, Orozco Belinchón M. Adecuar el esfuerzo terapéutico: ¿ética o clínica? *Rev Bioet Latinoam.* 2019; 23: 60-71.



- 
- <sup>10</sup> González-Melado FJ, Di Pietro ML. La vacuna frente a la COVID-19 y la confianza institucional. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. DOI : 10.1016/j.eimc.2020.08.001
- <sup>11</sup> DeStefano CB. Second chances. *J Clin Oncol*. 2020; 38:100-1.
- <sup>12</sup> Wilkinson D, Savulescu J. After Charlie Gard: ethically ensuring access to innovative treatment. *Lancet*. 2017;390:540-2.
- <sup>13</sup> Red de Consejos, Comisiones y Comités Autonómicos de Bioética y del Comité de Bioética de España (Redecabe). Declaración sobre ética y responsabilidad en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. *Cuad Bioet*. 2019; 30:79-88.
- <sup>14</sup> Fernandez Lynch H. Discrimination at the Doctor's Office. *N Engl J Med*. 2013;368:1668-70.



## DIETOTERAPIA TRADICIONAL CHINA Y DIETOTERAPIA MODERNA DESDE EL ÁMBITO DE LA NUTRIGENÓMICA Y NUTRIGÉNICA: *DEFINICIONES Y DISCREPANCIAS.*

TRADITIONAL CHINESE DIET THERAPY AND MODERN DIET THERAPY FROM THE FIELD OF NUTRIGENOMICS AND NUTRIGENETICS: DEFINITIONS AND DISCREPANCIES.

Milaidi García<sup>1</sup>, Gauciry Bruce<sup>2</sup>, Anatty Rojas<sup>3</sup>, Verónica Gómez<sup>4</sup>, Leidy Altamiranda<sup>5</sup>.

### RESUMEN

Es un hecho inminente que la alimentación humana ha constituido desde la antigüedad un elemento fundamental no sólo para la vida, sino que, además, ha determinado la formación y progreso de las sociedades. La conformación y estructura de la dieta está condicionada a la cultura, al entorno y a la disponibilidad de recursos del lugar y momento histórico en el que se encuentran los grupos poblacionales, de allí, que cada grupo cultural, establezca sus propias creencias alimentarias y pautas dietéticas, basadas en sus experiencias vividas según su consumo alimentario. En este trabajo, se hace una revisión reflexiva de las definiciones y principios que rigen tanto a la dietoterapia tradicional china como a la dietoterapia moderna, ésta última, visualizada desde el ámbito de la nutrigenómica y nutrigenética, de modo, que se pueda entender en qué consiste cada una de ellas y establecer diferencias entre sus principios. Existen claras diferencias entre ambos enfoques, el moderno de la cultura occidental está fundamentado en la biomedicina, genoma y genética y sus acciones están avocadas en la aplicabilidad de los alimentos para la disminución de los síntomas y prevención de las enfermedades crónicas mientras que la medicina tradicional oriental, se caracteriza por su orientación holística en la que se visualiza al hombre como un ser completo que no

<sup>1</sup> Licenciada en Nutrición y Dietética (ULA). Magíster en Nutrición (Universidad de Carabobo). Candidata a Doctora en Antropología (ULA). Metodólogo (ULA). Profesor Escuela de Nutrición y Dietética (ULA). ORCID: 0009-0005-4594-5619

<sup>2</sup> Licenciada en Nutrición y Dietética (ULA). Magister en Desarrollo Agrario (CERA/ULA). Doctoranda en Antropología (ULA). Profesor Escuela de Nutrición y Dietética (ULA) . ORCID: 0000-0003-3297-8428.

<sup>3</sup> Licenciada en Nutrición y Dietética (ULA). Licenciada en Educación Integral (ULA). Maestrante en Desarrollo Agrario (CERA/ULA). Profesor Escuela de Nutrición y Dietética (ULA). Consejera en Lactancia Materna (UNICEF-PROINAPSA). Coach Ontológico. Conferencista/investigador.

<sup>4</sup> Licenciada en Nutrición y Dietética (ULA). Especialista en Nutrición Clínica (ULA). Doctora en Ciencias del Deporte (ULA). Profesor Escuela de Nutrición y Dietética (ULA). Coach Deportivo. Conferencista/investigador.

<sup>5</sup> Licenciada en Nutrición y Dietética (ULA). Especialista en Nutrición Clínica (ULA). Profesor Escuela de Nutrición y Dietética (ULA). Profesor Postgrado de Nutrición Clínica (ULA). Conferencista/investigador. Código ORCID: 0000-0002-7879-0415.

**Correspondencia:** Teléfonos: +58 0274- 240.30.77. Correos: milaidigarciabravo@gmail.com, milaidi@ula.ve

sólo vive de los alimentos (que le aportan la energía terrestre), sino que requiere de otros tipos de energía como la celeste (nutre el espíritu) y la energía humana (la obtenida de la respiración). Los conocimientos de ambas vertientes podrían ayudar a los nutricionistas a brindar tratamientos alternativos para los pacientes, en los que se fomenten nuevas prácticas alimentarias, se divulguen la importancia de los elementos nutritivos contenidos en los alimentos y de los principios de la medicina nutricional para el tratamiento de las dolencias no físicas.

**Palabras claves:** dietoterapia tradicional china, dietoterapia moderna, nutrigenómica, nutrigenética.

### **ABSTRACT**

It is an imminent fact that human nutrition has constituted since ancient times a fundamental element not only for life, but also has determined the formation and progress of societies. The conformation and structure of the diet is conditioned by the culture, the environment and the availability of resources of the place and historical moment in which the population groups are found, hence, each cultural group establishes its own food beliefs and dietary guidelines based on their lived experiences according to their food consumption. This work is a reflective review about the definitions and principles that govern both traditional Chinese and modern diet therapies, the latter, visualized from the field of nutrigenomics and nutrigenetic. Our purposed is to describe the principles of each diet therapy. There are clear differences between the two approaches, the modern one of Western culture is based on biomedicine, genome and genetics and its actions are focused on the applicability of food for the reduction of symptoms and prevention of chronic diseases while traditional medicine oriental, is characterized by its holistic orientation in which man is viewed as a complete being who not only lives on food (which provides terrestrial energy), but also requires other types of energy such as celestial energy (nourishes the spirit ) and human energy (that obtained from breathing). The knowledge of both aspects could help nutritionists to offer alternative treatments for patients, in which new eating practices are promoted, the importance of the nutritional elements contained in food and the principles of nutritional medicine for treatment are disseminated. of non-physical ailments.

**Keywords:** traditional Chinese diet therapy, modern diet therapy, nutrigenomics, nutrigenetics.



## INTRODUCCIÓN

Los alimentos son y serán por siempre elementos esenciales para la vida, sin ellos, sería impensable la subsistencia del hombre en el mundo. La alimentación ha constituido a lo largo de la historia del hombre una de las necesidades y preocupaciones más fundamentales, llegando a dictaminar la formación y progreso de las sociedades. Ha sido bien documentado, que los hombres primitivos dependían de la caza, de la pesca y de la recolección de productos vegetales silvestres para su alimentación, vivían en forma nómada y organizados en pequeños grupos para poder efectuar con mayor eficacia esas actividades. Al respecto (Icaza & Béhar, 1981, pág. 1), han señalado:

“Las primeras organizaciones sociales sedentarias fueron posibles cuando el hombre aprendió a domesticar animales y a cultivar plantas para la obtención de sus alimentos; de ahí se ha progresado hasta la constitución de las grandes ciudades y naciones de millones de habitantes, tales como se conocen ahora gracias a los adelantos en los sistemas de producción, conservación y distribución de alimentos” (pág. 1).

De acuerdo con Sanchez y Mejia (2004, pág. 11) la escogencia de los alimentos se hizo primero con el propósito de satisfacer el hambre y estuvo condicionada por la existencia de ellos. Sin embargo, con la obtención de los alimentos surgió también la inquietud por conocer el contenido nutritivo de los mismos, esta interrogante comenzó desde antes del inicio de la civilización y ha permanecido vigente de manera progresiva en todas las épocas.

Aunque pudiera decirse que la nutrición es tan antigua como la búsqueda de alimentos por parte del hombre, como ciencia, es más nueva, data sólo de dos siglos de existencia. Su precursor fue el químico francés Lavoisier (1743-1794) quien comparó la respiración animal con una combustión llegando a establecer que los alimentos son combustibles, es decir, son sustancias que al ser oxidadas por el organismo suministran la energía necesaria para su mantenimiento (Grande-Covian, 1983)

Los estudios en nutrición continuaron efectuándose durante la segunda mitad del siglo XIX en Alemania y Norteamérica principalmente; permitiendo establecer el “concepto

energético de la nutrición", el cual indica que los alimentos o más precisamente, sus componentes orgánicos, son fuente de energía oxidativa y los cambios de energía que se verifican en el organismo vivo obedecen a los principios termodinámicos que gobiernan los cambios de energía en el universo. Max Rubner (1854-1932) en 1894 proporcionaría una de las grandes contribuciones a los estudios de nutrición, ya que como soporta Lehninger: "*No hay vitalismo ni magia negra capaz de hacer que los organismos vivos puedan evadirse de la naturaleza inexorable de los principios termodinámicos*" (Grande-Covian, 1983).

Es entonces en el siglo XX, bajo la luz de estos descubrimientos, cuando surge la historia de la nutriología como ciencia especializada. Durante los últimos 100 años, el hombre ha llegado a poseer conocimientos que le han permitido: producir alimentos, seleccionarlos y realizar combinaciones de ellos para nutrir su cuerpo en forma adecuada y suficiente; evitar o contrarrestar los efectos de determinadas patologías (González, 2011). Más, sin embargo, estos conocimientos necesitan ser más aplicados en la práctica cotidiana a cargo de los responsables de prescribir dietas y deben buscarse mecanismos de difusión de estos conocimientos dirigidos a las personas encargadas del cuidado de grupos sociales y familiares.

Estos siglos de estudio han permitido generar conocimientos científicos acerca de los alimentos con conceptos y aplicaciones; llegándose a saber incluso cómo deben emplearse los alimentos para nutrir al organismo. Es allí cuando surge la palabra "Dietoterapia", cuyo propósito radicó en el uso de los alimentos para fines diversos como llevar una vida sana; evitar o mejorar condiciones de salud existentes (diabetes, hipertensión); abordar defectos de nacimiento referidos con los alimentos (galactosemia, esprúe tropical) o alcanzar un ideal físico (cuerpo fitness o musculoso).

Se evidencia entonces, que existen marcadas diferencias en el propósito de uso de los alimentos, tanto, por las personas como por la cultura o tiempo histórico en el que se ejecuta. Por ello, surge este artículo de revisión, en el cual, pretende comparar la Dietoterapia ancestral china con las nuevas vertientes de la Dietoterapia, como son la nutrigenómica y la nutrigenética para describir sus características y reconocer sus diferencias, al tratarse de dos vertientes del conocimiento de siglos y culturas diferentes,



pero que persiguen un fin común, como es el bienestar de los individuos. Como objetivos secundarios se plantearon: 1) Definir el marco teórico de dietoterapia, dietoterapia ancestral china y dietoterapia moderna: nutrigenómica y nutrigenética, 2) Describir los principios fundamentales de la dietoterapia china y dietoterapia moderna y 3) Diferenciar la dietoterapia ancestral de la dietoterapia moderna.

### ***DIETOTERAPIA. Definición y principios fundamentales***

La dietética como ciencia está compuesta por dos ramas, la dietología (estudio de la dieta) referida a la alimentación normal, es decir, aquella que reúne los requisitos de una alimentación equilibrada y balanceada y que está dirigida a personas supuestamente sanas con el fin de mantener un adecuado estado nutricional y prevenir enfermedades crónicas. Y por otra parte se encuentra la dietoterapia (tratamiento por la dieta) rama que se encarga de velar por el régimen alimentario de aquellas personas que cursan o padecen de alguna enfermedad (Martín & González, 2008).

Según González (2011), la dietoterapia se entiende como “aquella terapia que se basa en la prevención y curación de las enfermedades o en la supresión de sus síntomas a través de los alimentos que se ingieren o eliminan de la dieta” (párr.1). En la dietoterapia, además de tomarse en cuenta las propiedades de los alimentos considera su manipulación, procesos, tipo de cultivo o crianza de las plantas o animales que se ingieren.

El objetivo primordial de la Dietoterapia es la realización de modificaciones a la alimentación habitual de las personas, capaces de responder a sus necesidades particulares, es decir, acorde a sus características físicas, nutricionales, psicológicas y sociales. Otro de sus objetivos, son: ajustar la dieta a las capacidades del organismo de digerir, absorber y tolerar determinados alimentos, así como su capacidad de metabolizar los nutrientes; contribuir a compensar estados de deficiencia nutricional; estimular o dar reposo a determinados organismos; educar a los pacientes y a sus

familiares para la adopción de hábitos alimentarios compatibles con la salud y estilos de vida. (Portal Educacao, 2012).

La palabra dieta, se emplea generalmente para indicar todo plan alimentario diario de un individuo o una comunidad; sin embargo, este término suele restringir al plan alimentario prescrito a un enfermo (régimen dietético). La selección de los alimentos que componen el menú de los pacientes va de acuerdo con su cultura, estación del año, condiciones sociales, disponibilidad de alimentos en el medio circundante, así como del conocimiento y pericia de quien la planifica. (Martín & González, 2008).

Como se evidencia, la Dietoterapia es de suma importancia para el profesional de la nutrición, al dictaminar el curso a seguir para el cuidado del paciente. Las dietas pueden ser de diversos tipos como: *esenciales* (base de tratamiento para las enfermedades), *dietas profilácticas* (las prescritas en obesidad, dislipidemias y otros) y *las paliativas*, cuyo fin mismo es la curación o disminuir el efecto de enfermedades, como es el caso de la úlcera péptica u alergias alimentarias. La planificación de la dieta será tan verosímil como patologías u dolencias sean encontradas en los pacientes (ibid.; pág.2).

#### **DIETOTERAPIA TRADICIONAL: China**

La alimentación tiene un rol importante dentro de la medicina tradicional china. Sun Simiao, famoso médico de la dinastía Tang dijo que *“cuando una persona está enferma, primero se debe regular su dieta y el estilo de vida, y si ello no es suficiente, se harán otro tipo de intervenciones.”* (Centro China, 2016, parr.1).

Al respecto, en la Dietoterapia China, se indica que todos los alimentos poseen una naturaleza bioenergética que según su sabor, color, naturaleza y cocción se transfiere a los diferentes meridianos (canales energéticos en el cuerpo) para ejercer su función en los órganos afines ayudando a restituir por completo sus funciones vitales alteradas por la enfermedad y a realinear cualquier desarmonía potencial.

Desde el ámbito de la Medicina Tradicional China (MTC), el concepto de una dieta balanceada es diferente del concepto occidental, ya que este no se refiere a los



alimentos de acuerdo con sus cualidades químicas como lo son calorías, macronutrientes y/o micronutrientes. Por el contrario, la clasificación china de los alimentos se hace basada en la calidad de estos, bajo la perspectiva del yin-yang y los cinco elementos en forma similar a la fitoterapia, teniendo en cuenta sus características como lo son los sabores (salado, agrio, amargo, dulce, picante), colores (negro, verde, rojo, amarillo, blanco) y naturaleza (caliente, tibio, neutro, fresco y frío) (ibid., párr.3).

Además, desde el ámbito de MTC, se ha indicado que el ser humano se alimenta de tres tipos de energía: la celeste, la humana y la terrestre. *La energía celeste* nutre el espíritu; *la energía humana* es obtenida por la respiración y *la energía terrestre* es brindada por la energía sutil de los alimentos. Esta última hace referencia a la energía *Ying Qi* (energía nutricia) y *Wei Qi* (energía defensiva). La energía Yin Qi produce la sangre y nutre el organismo y la energía Wei Qi tiene como función proteger el cuerpo, controlar la superficie y calentar el ser. Una nutrición adecuada dependerá del mantenimiento y armonización de estas energías.

Por otro lado, en la MTC se entiende que la alimentación inicia desde los sentidos de la vista, el olfato, el oído, el tacto y el gusto; y además depende de las condiciones climáticas y en sí del entorno, de aquí que ésta contribuya a los estados intelectual, emocional y biológico del individuo proporcionando energía vital (Qi), sangre (Xue) y preservación de la vida. A su vez, en la dietética China se manejan los sistemas cardiorrespiratorio, digestivo y urogenital a través de la influencia en tres fogones o calderos principales que manejan el metabolismo a nivel energético.

Dentro de la MTC los alimentos pueden tener tres efectos principalmente: el efecto caliente que tiene que ver con potencializar la energía yang en el ser; el efecto neutro que armoniza y mantiene el equilibrio en el cuerpo; y el efecto frío que es el que consigue fortalecer el yin.

No obstante, la manera en que el alimento es preparado: crudo, germinado, hervido, al vapor, salteado, a la brasa, o frito, también influye -potenciando o suavizando- en la acción yin o yang de los alimentos. Este efecto también puede hacerse a través del uso

de especias. Por esta razón, la Cocina China comprende un área importante dentro de la Nutrición y Dietoterapia China.

### **DIETOTERAPIA MODERNA: Nutrigenética y Nutrigenómica**

La aplicación de las técnicas de la biología molecular y el éxito del proyecto Genoma Humano han iniciado una nueva para la medicina y la nutrición. En la ciencia de la nutrición, se está realizando la inclusión de lo que se ha denominado como “ciencias ómicas”, es decir, aquellas relacionadas con las revelaciones del proyecto Genoma Humano y los desarrollos tecnológicos asociados, el genotipado, la transcriptómica, la proteómica y la metabolómica ahora están disponibles para utilizarlos en la investigación en nutrición. (Gómez-Ayala, 2007)

Esta nueva era de la nutrición molecular (interacciones genes-nutrientes) puede crecer en diversas direcciones, aunque hay 2 esenciales. Por un lado, el estudio de la influencia de los nutrientes en la expresión de genes (nutrigenómica), y del otro, conocer la influencia de las variaciones genéticas en la respuesta del organismo a los nutrientes (nutrigenética) (ibid.; pag.83) En este campo de estudio se ha señalado que los componentes de la dieta pueden alterar la expresión genómica de manera directa o indirecta. La genómica nutricional está compuesta por dos ramas como son la nutrigenética y la nutrigenómica, las cuales serán abordadas próximamente,

#### **Nutrigenética**

Como se enuncio anteriormente, el proyecto del Genoma Humano ha abierto un nuevo camino en la integración de la genética y la nutrición para fomentar el cuidado de la salud. Esta relación, pretende dar explicación a la recurrente aparición de determinadas patologías relacionadas con la nutrición. Al respecto, se ha documentado que, al noroeste de Europa, la frecuencia de fenilcetonuria es aproximadamente 1/10.000 nacidos vivos, pero es mucho menor en africanos e indios americanos. La enfermedad



celíaca ocurre en 1/3.000 nacidos vivos en Estados Unidos, sin embargo, en Irlanda se presenta con una frecuencia de 1/200 (Gómez-Ayala, 2007).

Por ello, podría decirse que la nutrigenética, analiza las variaciones genéticas entre individuos y su respuesta clínica a nutrientes específicos; surgió como una rama de la nutrición y de la genética encargada de estudiar las variantes genéticas que causan una determinada enfermedad y su riesgo. Ahonda su labor en el genoma particular de un individuo o de un grupo de individuos y a partir de los resultados predice el riesgo que tiene una determinada población para desarrollar y padecer una enfermedad. Con la nutrigenética se puede recomendar un tipo de dieta capaz de minimizar el riesgo a contraer una determinada enfermedad (Instituto de Nutrigenómica, 2017).

Se ha indicado, que en el genoma humano existen alrededor de 35.500 genes, entre los que hay varios alelos y millones de pares de bases diferentes entre individuos; algunas de estas diferencias pueden afectar la respuesta individual frente al ambiente nutricional. Las diferencias fenotípicas del ser humano en salud y enfermedad se deben principalmente a esta diversidad e individualidad genética propia de todos los miembros de la especie, y de forma también importante a las diferentes experiencias ambientales de cada uno (Gómez-Ayala, 2007, pág. 82).

La nutrigenética pretende establecer recomendaciones nutricionales cónsonas con la predisposición genética de cada paciente. Aportando de esta manera al nutricionista una herramienta muy útil con la que elaborar una dieta personalizada a sus pacientes. (Instituto de Nutrigenómica , 2017)

### **Nutrigenómica**

La nutrigenómica es una rama de la genómica que pretende proporcionar un conocimiento molecular (genético) en los componentes de la dieta que contribuyen a la salud mediante la alteración de la expresión y/o estructuras según la constitución genética individual, por ello, estudia la interacción de los alimentos con el genoma para

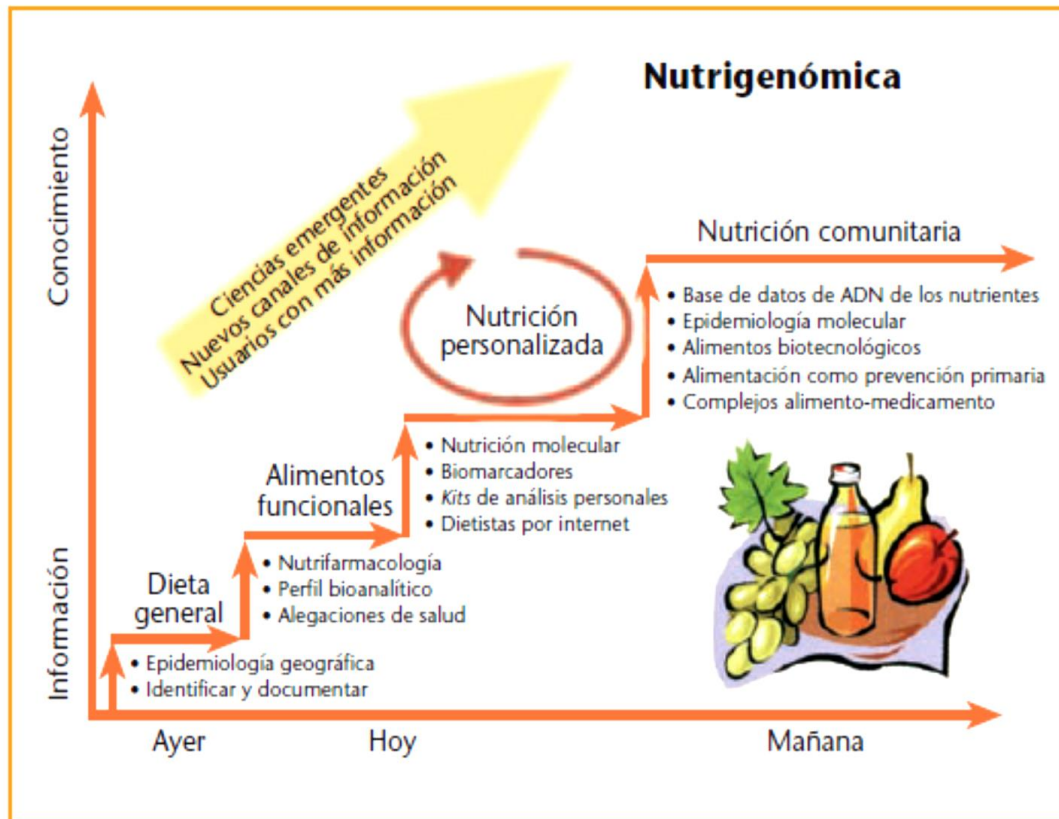
así hacer una interpretación determinada del material genético, de los distintos tipos de dietas sin olvidar la variabilidad individual (Gómez-Ayala, 2007).

Un concepto básico de esta área es que la progresión desde un fenotipo sano a un fenotipo de disfunción crónica puede explicarse por cambios en la expresión genética o por diferencias en las actividades de proteínas y enzimas y que los componentes de la dieta directa o indirectamente regulan la expresión de la información genética (Gómez-Ayala, 2007).

En la actualidad, las líneas generales de investigación de nutrigenómica que más peso tienen son aquellas que trabajan en prevenir la obesidad, así como enfermedades de carácter cardiovascular. La nutrigenómica es una rama muy joven de la genética que actualmente está en “sus comienzos” y de la cual queda mucho camino por descubrir. (Instituto de Nutrigenómica, 2017). En la Figura 1, se muestra la evolución de las ciencias nutricionales respecto a las ramas modernas de la dietoterapia,



Figura 1. Evolución de las ciencias nutricionales.



Fuente: (Gomez-Ayala, 2007, pág. 84)

Tabla 1. Comparación de la dietoterapia tradicional china con la dietoterapia moderna.

Aspecto	Dietoterapia Tradicional China		Dietoterapia Moderna	
			Nutrigenómica	Nutrigenética
	Oriente		Occidente	
Origen	Medico Sun Simiao, Dinastía Tang (Años 618-907)		Siglo XXI, en mayor auge desde el año 2003	
Propósito de la dieta	Señala que el ser humano se alimenta de distintas formas de energía: la celeste, la humana y la terrestre. <i>La energía celeste</i> nutre el espíritu; <i>la energía humana</i> es obtenida por la respiración y <i>la energía terrestre</i> es brindada por la energía sutil de los alimentos. Todo ello pretendiendo buscar el equilibrio del ser humano, es decir, mantener la armonía del yin-yang.		En estas ciencias de la nutrición la prescripción de los alimentos de la dieta se hace de acuerdo con sus cualidades químicas como lo son calorías, macronutrientes (proteínas, lípidos y carbohidratos) y/o micronutrientes (vitaminas y minerales)	
Fundamentación de la dieta	La planificación de la dieta se hace por las características de los alimentos, por su sabor (salado, agrio, amargo, dulce, picante); color (negro, verde, rojo, amarillo, blanco) y naturaleza (caliente, tibio, neutro, fresco y frío).		Se encarga de abordar la interacción de los alimentos con el genoma, es decir, indaga acerca de qué manera los nutrientes y otros componentes de los alimentos interaccionan o incluso modulan el material genético	
Inicio de la alimentación	Para esta vertiente la alimentación inicia desde los sentidos de la vista, el olfato, el oído, el tacto y el gusto. Depende también, de las condiciones climáticas y del entorno, ésta contribuye con los estados intelectual, emocional y biológico del individuo proporcionando energía vital (Qi), sangre (Xue) y preservación de la vida		Vigila todo el proceso de alimentación cuidando de sobremanera la interacción nutriente-nutriente. Consideran que el estado nutricional es un fenotipo resultado de la interacción entre la información genética de cada persona, su medio físico, biológico, emocional y social. Los factores ambientales involucrados en la homeostasis de los organismos son varios, entre los que destaca la dieta, que influye en la incidencia de enfermedades crónicas comunes.	

Fuente: Elaboración propia.

## CONCLUSIONES



La alimentación es un hecho trascendental en la vida del hombre, ya que su vida no sería posible si éste ingiriese los principios necesarios para su subsistencia. Sin embargo, la nutrición como ciencia y sus vertientes no cobran relevancia en occidente hasta el siglo XIX, a diferencia de oriente, cuya importancia ha sido descrita desde la dinastía Tang.

A diferencia de la cultura occidental, que solo se basa en los principios dictaminados por la biomedicina, al hablar del genoma, genética y como los alimentos pueden ayudar a atenuar los síntomas o prevenir enfermedades como se ha vislumbrado en la nutrigenómica y nutrigenética; la medicina tradicional, o en este particular la dietoterapia nutricional china señala que el hombre no solo requiere de los alimentos para su existencia (energía terrestre o de la tierra) sino de otros tipos de energía como son la celeste y la humana.

Los nutricionistas deben poseer conocimientos tanto de las vertientes antiguas como modernas en el área de nutriología y dietoterapia, para poder incluir sus principios en la práctica profesional y poder brindar tratamientos alternativos para los pacientes, en los que se fomenten nuevas prácticas alimentarias y se divulguen la importancia de los elementos nutritivos contenidos en los alimentos y de los principios de la medicina nutricional para el tratamiento de las dolencias no físicas.

Es crucial tomar los mejores elementos de ambas vertientes del conocimiento para lograr el beneficio de los pacientes acorde a sus necesidades y creencias individuales.

### **TRABAJOS CITADOS**

Centro China. (2016). *Nutrición y Dietoterapia China*. Recuperado el 6 de Junio de 2022, de <http://www.centrochina.org/nutricionydietoterapiachina.html>

Gómez-Ayala, A. (Abril de 2007). Nutrigenómica y y nutrigenética: La relación entre la alimentación, la salud y la genómica. *Ambito Farmaceutico*, 26(4), 78-85.

González, F. (30 de junio de 2011). *Dietoterapia*. Recuperado el 8 de Junio de 2022, de SaludTerapia: <https://www.saludterapia.com/glosario/d/20-dietoterapia.html>

Grande-Covian, F. (08 de junio de 1983). El Progreso de la Ciencia de la Nutrición. *El País*, pág. [https://elpais.com/diario/1983/06/08/sociedad/423871203\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1983/06/08/sociedad/423871203_850215.html).

Icaza, S., & Béhar, M. (1981). *Nutrición* (Vol. 2da. Ed. ). D.F, México: Nueva Editorial Interamericana S.A.

Instituto de Nutrigenomica . (2017). *Nutrigenómica y Nutrigenética. Diferencias y significado de ambos términos*. Recuperado el 10 de Junio de 2018, de <https://institutonutrigenomica.com/noticias-nutrigenomica/nutrigenomica-nutrigenetica-diferencias-y-significado-de-ambos-terminos/>

Martín, I., & González, T. (2008). Dietoterapia. En M. Hernandez, *Dietoterapia* (págs. 1-5). La Habana, Cuba : Ciencias Medicas.

Portal Educacao. (2012). *Objetivos-da-dietoterapia*. Recuperado el 8 de Junio de 2022, de <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/nutricao/objetivos-da-dietoterapia/11659>

Sanchez, M., & Mejia, N. (2004). *Historia de la Nutrición*. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala.



## Eventos Bioética

- 16th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law. Brazilian Federal Council; of Medicine. Brasilia July 24,26, 2024.  
<https://www.bioethi,Ccsbrasil2024.com/>
- II Congreso Internacional Ética y Bioética “Susana Vidal” . 19, 20 y 21 de Octubre 2024. Ciudad de México. <https://www.gob.mx/salud/conbioetica/articulos/ii-congreso-internacional-etica-y-bioetica>
- V Congreso Internacional de Derecho Medico y Bioderecho. 7 y 8 de Noviembre 2024. Bogotá. <https://congresoderechomedico.com/>
- Máster Universitario en Bioética de la Universidad Católica de Valencia. Inicio 17/09/2024.<https://www.ucv.es/oferta-academica/facultades/facultad-de-medicina-y-ciencias-de-la-salud/master-universitario-en-bioetica#presentacion>
- Congreso Internacional de Ética Universidad Católica del Norte 2024 y III congreso ICYTEC Comité Iberoamericano de Ética y Bioética. Del 09 al 11 de octubre de 2024. Universidad Católica del Norte en Antofagasta, Chile. <https://congreso Chile2024.ucn.cl>
- Segundo Conversatorio 2024 de la Red Bioética - Ignacio Maglio. <https://redbioetica.com.ar/segundo-conversatorio-2024-de-la-redbioetica-ignacio-maglio/>
- XI Congreso Internacional de Bioética, Universidad Militar Nueva Granada. 13, 14 y 15 de Noviembre 2024. Cartagena, Colombia.  
<https://congresobioetica.umng.edu.co/>
- I Congreso de Bioética San Juan de Dios España, “Ética, Humanización y Hospitalidad”. La Orden Hospitalaria San Juan de Dios España, Del 1 al 3 de octubre de 2024. Madrid, España.  
<https://congresobioetica.es/BIOETICA2024/bienvenida>



*Revista de Bioética Latinoamericana / 2024 / volumen 29 (número 1)*

*ISSN: 2244-7482*

***Rev Bioet Latinoam 2024; vol 29 (1)***

---

ESTA VERSIÓN DIGITAL DE LA  
***REVISTA DE BIOETICA LATINOAMERICANA,***  
SE REALIZÓ CUMPLIENDO CON LOS CRITERIOS Y LINEAMIENTOS  
ESTABLECIDOS PARA LA EDICIÓN ELECTRÓNICA  
EN EL AÑO 2024 (volumen 29, número 1). PUBLICADA EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL SABERULA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
– VENEZUELA

[www.saber.ula.ve](http://www.saber.ula.ve)

[info@saber.ula.ve](mailto:info@saber.ula.ve)