

## **Enfermedad, infección y exclusión social en España: hechos y deliberación moral**

### **Carlos Pose**

Doctor por la Universidad Pontificia de Salamanca y Máster por la UCM. Profesor del Dpto. de Humanidades de la Universidad de La Coruña.

La situación social presente en España y las restricciones tanto de presupuesto como de asistencia afectan muy particularmente a los pacientes con exclusión social. En Patología Infecciosa estos problemas repercuten de forma muy particular porque además de la dimensión individual de las enfermedades infecciosas, hay con frecuencia terceras personas implicadas y una potencial repercusión social. La Jornada celebrada en Zaragoza el 26 de noviembre de 2013 abordó algunos de estos temas, y tuvo interés para las personas del ámbito sanitario, muy particularmente para las que trabajan en el área de la patología infecciosa.

La Jornada se organizó en torno a dos mesas redondas. La Primera Mesa, moderada por el profesor D. Emilio Bouza y el doctor D. Pedro Montilla, se articuló en torno a la exclusión social e infección en España, y en ella participaron como ponentes D. Pedro Fuentes (Cáritas España) y el doctor D. Sergio Minué (Médico de familia, Escuela Andaluza de Salud Pública). La Segunda Mesa se centró en el análisis y discusión de algunos casos o conflictos ético-clínicos en el día a día de la atención al paciente con enfermedades infecciosas. Fue moderada por el profesor D. Diego Gracia y el doctor D. Juan García-Lechuz, y la presentación de los casos clínicos estuvo a cargo del doctor D. Pedro Montilla (Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas. Unidad de Seguimiento Cercano y Cuidados Domiciliarios de Madrid) y D. Javier Barbero (Psicólogo. Servicio de Hematología. Hospital Universitario de La Paz de Madrid).

### **La salud como factor de exclusión social**

"La situación ya no era buena, y en la actualidad las cosas no han mejorado sino empeorado". Así comenzó D. Pedro Montilla la presentación de la Primera Mesa. Según un estudio de Caritas, en 1998 la pobreza afectaba en España al 19,40% de la población, muy repartida, sorprendentemente, entre jóvenes, además de entre inmigrantes, personas marginadas, etc. En particular, en 1995 en Madrid la pobreza llegaba a 130.000 personas, de las cuales 59.000 estaban en situación de pobreza severa. Por distribución, según algunos criterios: el 70% vivía en la periferia sur y este de Madrid; la edad media estaba entre 22 (pobreza extrema) y 26 años (pobreza grave); la tasa de analfabetismo rondaba el 42-45%; los parados constituían el 30%; y, con frecuencia, enfermos, el 30% (1/3 minusválidos). Aterrorizados por este último dato, cuando algunos especialistas del área de salud de la Comunidad de Madrid se aproximaron a este fenómeno, hallaron que superponiendo los mapas de la pobreza, la heroína, el sida y la tuberculosis, había una gran coincidencia territorial: en 10 de los más de 50 distritos de la Comunidad de Madrid se acumulaban la mayor parte de los

afectados. Por consiguiente, parece clara la relación entre pobreza, enfermedad y exclusión social.

Asumiendo este diagnóstico, el primer ponente, D. Pedro Fuentes, se centró en el análisis del concepto de pobreza y su impacto en la actualidad. La pobreza parece equivaler, de modo inmediato, a escasez de recursos. Sin embargo, en 1989, la Unión Europea, dentro de su Programa Pobreza 3, definió la pobreza como "la situación de personas, familias y grupos, cuyos recursos económicos, sociales y culturales son tan limitados que les excluyen del modo de vida que se considera aceptable en la sociedad en que viven". Por lo tanto, y ante todo, la pobreza va más allá de una situación personal; puede afectar a familias, barrios o comunidades. En segundo lugar, la pobreza es algo más que ausencia de recursos económicos o medios materiales. En tercer lugar, la pobreza es algo relativo a la sociedad en la que se vive; de ahí que no se puedan comparar las tasas o niveles de pobreza entre países de modo absoluto. Por último, la pobreza lleva a la exclusión social. Y entra dentro del eje de la exclusión – según el sociólogo francés, Robert Castel, citado por D. Pedro Fuentes –, aquel individuo que vive en situación de subsistencia, mantiene relaciones endogámicas inestables y posee una gran insignificancia para sí. Por otro lado, y en términos estadísticos, el umbral de la pobreza relativa estaría por debajo del 60 % de la renta mediana; la pobreza severa, la que queda por debajo de la mitad, es decir, del 30%. Aunque se trata, en este caso, de cifras siempre discutibles entre los expertos.

Según los datos que presentó D. Pedro Fuentes, ha habido un aumento de la precariedad y de la exclusión social, como ya anticipaba en su presentación D. Pedro Montilla. En 2008, según los datos de Cáritas, la tasa de pobreza moderada era del 19,6%. Si a ello sumamos el 3,1% que vivía en situación de pobreza severa, estamos hablando del 23,7% de la población. Había, por otro lado, un 46,3% de personas en situación de integración precaria. Según el INE, cuyos datos difieren escasamente de los anteriores, la exclusión social es un fenómeno intensivo (afecta a un gran abanico de personas), multidimensional y relacional (falta de empleo, falta de recursos, etc.), y estructural y agravado por la crisis (aunque la crisis ha empeorado las cosas, la exclusión social tiene un origen anterior a la crisis).

Dentro del área de salud – continuó exponiendo D. Pedro Fuentes – los indicadores que definen la exclusión social son seis: (1) alguien sin cobertura sanitaria; (2) que ha pasado hambre en los 10 últimos años con frecuencia o la está pasando en la actualidad; (3) todos los adultos con minusvalía, enfermedad crónica o problemas graves de salud que les generan limitaciones para las actividades de la vida diaria; (4) hogares con personas dependientes (que necesitan ayuda o cuidados de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria y que no la reciben) hogares con enfermos que no han usado los servicios sanitarios en un año; (5) y hogares que han dejado de comprar medicinas, seguir tratamientos o dietas por problemas económicos.

Por último, D. Pedro Fuentes concluyó su ponencia refiriéndose al último Informe elaborado por Caritas, para conocer el impacto de la reforma sanitaria, que dejó sin cobertura una franja de la población. Como es sabido, la reforma sanitaria posee tres ejes: división de la cartera de servicios; incremento de la cantidad y calidad de las prestaciones de repago; y recuperación de la figura de asegurado/beneficiario. Pues

bien, la situación administrativa de las personas en base a las cuales se ha hecho el Informe (103 casos), es el siguiente: el 77% eran personas extracomunitarias en situación irregular; 11%, personas extracomunitarias en situación regular; 6% de nacionalidad española, etc. Estos datos son muy elocuentes, como expresó el ponente, y traducen el impacto negativo de la reforma sanitaria, que dejó sin cobertura a muchas personas, no sólo población extracomunitaria regular e irregular, sino también población nacional. Como consecuencia, D. Pedro Fuentes aseguró taxativamente que esta Ley ha traspasado una línea roja: primero, porque expulsa a personas del sistema sanitario; segundo, porque la figura asegurado/beneficiario transforma a ciudadanos ejerciendo un derecho en ciudadanos recibiendo una contraprestación; y tercero, porque se produce un cambio en la estructura social (los riesgos individuales se asegurarán individualmente y no colectivamente, como hasta ahora).

### Política sanitaria y exclusión social

Ya a mediados del siglo XIX el padre de la patología de la medicina moderna, Rudolph F. Virchow, después de estudiar una epidemia de tifus en la baja Silesia, concluyó lo siguiente: “La población no es consciente de que el nivel de empobrecimiento material y mental en el que se ha permitido que caigan fue, con mucho, el principal responsable de la epidemia... (...) no puede quedar ya ninguna duda de que la diseminación de esta epidemia sólo ha sido posible bajo las condiciones de pobreza y falta de cultura que se habían creado en la baja Silesia...”. Por consiguiente, como recordó D. Pedro Montilla, la relación de las infecciones con la pobreza no es nueva. Nuestro conocimiento ha aumentado enormemente en este punto. Hoy sabemos que la pobreza está relacionada tanto con las enfermedades infecciosas como con las no infecciosas. Estudios realizados en países altamente desarrollados, como Inglaterra o Australia, siguen indicando esta relación entre enfermedad y pobreza. Se trata de un fenómeno que tiene que ver, además, con la estructura del sistema sanitario, y no sólo con la estructura social. D. Pedro Montilla recordó una revisión aparecida en el *New England Journal* en el año 2013, en la que se subraya que el 22% de la población estadounidense no tiene seguro médico, lo cual se traduce en un aumento de la mortalidad, o lo que es lo mismo, sitúa a muchas personas “en el corredor de la muerte” (*Dead Man Walking*).

Precisamente de las consecuencias sociales de determinadas políticas sanitarias llevadas a cabo en tiempos de crisis se ocupó el segundo ponente de la Primera Mesa, D. Sergio Minué. Tras la primera crisis del siglo XX, la crisis del 29, se llegó a una conclusión paradójica (y de lectura inmoral): la mortalidad global no aumentó, porque el incremento de muertes por enfermedad se compensó, por ejemplo, con la disminución de muertes por accidente (al disminuir los recursos económicos, también se reducen el gasto en ocio, turismo, etc). Habría otros ejemplos, como los sucedidos en los países del Este, que tras la caída del Muro de Berlín iniciaron una escalada de privatizaciones (entre los que se incluyeron los servicios sanitarios) y que redundó en un incremento de la mortalidad (no así los países del Este que fueron menos privatizadores, como Polonia). La pregunta que lanzó D. Sergio Minué fue la de si eran inevitables las rutas de la austeridad. Se trata de un debate en el que no es fácil ponerse de acuerdo, porque lo que en el fondo está en juego es la tabla de valores que nos hemos dado. La sociedad occidental ha hecho una opción preferencial por los

valores que poseen una enorme carga económica. Tales son la competitividad, la eficiencia, la productividad. Fuera quedan otras opciones preferenciales, u otros valores, como la generosidad, la inclusión social, etc. Esto es lo que se desprende del bien traído por D. Sergio Minué artículo de Martin Mckee et al. titulado “Austerity: a failed experiment on the people of Europe”. Las políticas de austeridad llevadas a cabo en los países europeos que se han visto sumergidos en la crisis han tenido, por lo tanto, enormes efectos sociales en general y en el ámbito sanitario en particular. La falta de recursos y el mayor nivel de desigualdad repercute directamente en un incremento de la pobreza y la exclusión social. Las razones pueden ser varias. El ejemplo que ha traído a colación D. Sergio Minué es el de un descubrimiento reciente llevado a cabo por Elisabet Helen Blackburn, Premio Nobel de Medicina en 2009. Las situaciones de *stress* y, sobre todo, de *stress* crónico, aumentan los niveles de cortisol y alteran el funcionamiento de una enzima, la telomerasa. La telomerasa es quien pautas la vida de las células: cuanto menor sea la segregación de telomerasa, más cortos serán los telómeros, dificultando, progresivamente, la necesaria división celular. Por eso los telómeros están relacionados con el envejecimiento celular y la muerte.

### **Conflictos éticos en el día a día de la atención al paciente con enfermedades infecciosas**

La Segunda Mesa, moderada por D. Diego Gracia, estuvo dedicada al análisis de algunos conflictos éticos que surgen diariamente en los servicios de salud. Según D. Diego Gracia, el sentido de traer a este escenario el análisis de algunos casos clínicos estriba en la necesidad de entrenar en la toma de decisiones a todo aquel que necesite ayuda ante un conflicto moral. Los problemas clínicos que plantean algún conflicto suelen tornarse en problemas morales en el momento en el que el profesional de la salud no sabe lo que debe hacer, o se pregunta por lo que debe o no debe hacer. Por eso se hace tan necesario analizar desde el punto de vista moral algunos problemas clínicos con el objetivo de ver cómo se ha de proceder metodológicamente en cada caso.

A propósito del caso que presentó D. Pedro Montilla – sospecha de tuberculosis en paciente extranjero que reside en España y queda excluido del sistema – D. Diego Gracia recordó en qué consiste la metodología puesta en marcha desde hace tiempo en sus cursos de formación en bioética. Hay que comenzar leyendo brevemente los hechos del caso, para pasar, inmediatamente, a su aclaración. Aclarar los hechos tiene una doble función: permite resolver ciertas dudas sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, y clarificar la terminología clínica, no siempre accesible a todos los participantes en una sesión de un Comité de Ética Asistencial (órgano que se encarga, entre otras cosas, de analizar los problemas morales en una institución sanitaria). La aclaración de los hechos permite, además, diferenciar, por ejemplo, los hechos clínicos de los hechos sociales.

Aclarados tanto los hechos clínicos como los hechos sociales – continuó D. Diego Gracia – se pasa al análisis propiamente ético. Y lo primero que hay que hacer ante un caso clínico es identificar los problemas éticos. ¿Por qué? En primer lugar, porque un caso clínico suele tener muchos problemas éticos, y es necesario ordenar la información, saber de qué vamos a hablar en la sesión clínica. En segundo lugar,

porque la identificación de los problemas facilita la aclaración terminológica y mental del problema. Un problema mal enunciado o expresado dificulta su tratamiento y análisis. Es preciso, por lo tanto, aprender a manejar el lenguaje propio de los problemas éticos, igual que se maneja el lenguaje de los problemas clínicos y sociales. Conviene aclarar – precisó D. Diego Gracia – que un problema moral (o ético) es todo aquello que es problema moral para alguien. Esta definición permite incluir indiferenciadamente todo problema moral en el análisis de un caso clínico, en la idea de que tanto su formulación como su discusión puede llevar a una aclaración del mismo: si no existe, a eliminarlo, y si existe, a analizarlo moralmente.

A partir de aquí – afirmó D. Diego Gracia – hay que elegir un único problema moral de los enumerados anteriormente, que suele ser el problema del que presenta el caso clínico, si es que aparece descrito (y caso de no ser así, habría que añadirlo). La elección de un problema tiene por objeto identificar el conflicto de valores que lo está generando. Pasamos de este modo del lenguaje del problema (formulado, para mayor claridad, como juicio interrogativo) al lenguaje de valores. Cuando una persona dice que tiene un problema, lo que está diciendo es que tiene un conflicto de valores. Para entender un problema, hay que explicitar el conflicto de valores, saber qué valores están provocando el conflicto. El lenguaje de valores es muy rico, y una de las tareas de la ética es enseñar este lenguaje. Todos valoramos, y no podemos no hacerlo. La valoración es una actividad inmediata de todo ser humano. No podemos ver algo sin decir bello/feo, útil/inútil, agradable/desagradable, caro/barato, justo/injusto, correcto/incorrecto, etc. La valoración es un fenómeno universal, y su importancia estriba en que siempre que tomamos una decisión, lo hacemos valorando. Por lo tanto, si queremos ayudar a una persona a identificar un problema, tenemos que saber traducir ese problema al lenguaje de los valores.

Finalmente, es necesario dar un paso más – señaló D. Diego Gracia. Hasta aquí hemos pasado del análisis de los hechos al de los valores, con la consiguiente aclaración y traducción de lenguajes. Pues bien, ahora, definitivamente, es necesario pasar al análisis ético propiamente dicho, esto es, a la formulación de los deberes. Los deberes se formulan identificando cursos de acción posibles. Bien entendido: si sólo hay dos cursos de acción, eso es lo que se llama un dilema y no un problema. Hay que evitar los dilemas. Los dilemas son poco reales. En la realidad hay problemas, no dilemas, es decir, conflictos que tienen varias salidas, más de dos. Para evitar los dilemas, procedimentalmente es conveniente identificar los cursos extremos de acción. ¿Para qué? En primer lugar, para evitar el dilematismo, la opción por el valor de uno de los extremos lesionando completamente el valor del otro extremo. En segundo lugar, porque nos ayuda a ver los cursos óptimos, que suelen estar en el medio. Esto es algo que ya dijera Aristóteles, pero a lo que se le presta poca atención. Porque si nuestra obligación es no lesionar valores o promover todos los valores, los intermedios son los únicos que tienen esa característica. Por lo tanto, hay que tratar de proponer salidas intermedias que permitan salvar los dos valores en conflicto. Cuando se gestionan los valores de este modo se está incrementando la calidad en la toma de decisiones. Es la gran asignatura pendiente en gestión de la calidad. La calidad se viene gestionando muy bien desde el punto de vista técnico (calidad técnica: eficiencia, utilidad, etc.), pero no se ha analizado al mismo nivel desde el punto de vista moral (calidad moral: calidad percibida, etc.). La calidad moral tiene que ver con

los valores, y no con los hechos. El deterioro de las relaciones humanas procede de un defecto de calidad de los valores, no de la calidad técnica.

Advertido todo esto, siguiendo la estructura metodológica de hechos, valores y deberes, el primer caso clínico lo presentó D. Pedro Montilla. Se trata de una paciente, mujer, de 24 años, en situación administrativa irregular (o en situación ilegal). Vive en España desde los 18 años y no ha vuelto por su país. Es vista en urgencias porque su hijo de 3 años ha ingresado por tuberculosis pulmonar primaria y ante la hipótesis de que ella pueda ser la fuente de transmisión. Se trata de una mujer sana, sin antecedentes, sin relaciones de pareja desde que nació su hijo. En la anamnesis refiere malestar general, tos, sudoración nocturna, y pérdida de peso entre 6 y 8 kilos. La anamnesis sistemática añade, además, poliuria y polidipsia. Durante estos meses la paciente no consideró graves estos síntomas, por lo que no acude al médico, aunque en esta situación también influyó su temor a perder su trabajo, del que dependen ella y su hijo. Cuando acudió a su Centro de Salud, el administrativo de citas le informó que ya no la podía ver su médico de siempre, porque su tarjeta sanitaria había caducado. Una vez ingresa en el hospital, se confirma que es portadora de una tuberculosis pulmonar. Se le ingresa desde urgencias en aislamiento respiratorio con tratamiento. Durante el ingreso se le objetiva una diabetes insulino-dependiente, que ella no conocía previamente, con muy difícil control glucémico. Se mantiene ingresada con tratamiento. En este tiempo se le permite ver a su hijo a diario, ingresado en el mismo hospital. Cuando se han cumplido dos semanas del ingreso, su hijo podría ser dado de alta con control ambulatorio. Como la paciente también se encuentra mejor, quiere abandonar el hospital. Sin embargo, los médicos están muy preocupados, porque las baciloscopias siguen siendo muy positivas. Sería conveniente que siguiera un tiempo más ingresada. Según es habitual, se hace un estudio de convivientes, y se encuentran varias dificultades. En primer lugar, la paciente vive con varias personas en situación irregular. En segundo lugar, los convivientes están preocupados por si se les va a cobrar por realizar las pruebas, etc.

Presentado el caso en estos términos, en la sesión deliberativa que tuvo lugar en esta segunda mesa – moderada por D. Diego Gracia – se aclararon los hechos clínicos (tuberculosis pulmonar cavernaria, curación de la tuberculosis con tratamiento durante seis meses, instauración de tratamiento prolongado para la diabetes, etc.), y se preguntó por los hechos sociales. Se trata de madre soltera – aclaró D. Pedro Montilla – con hijo menor, en situación ilegal, no adherida al sistema de la Seguridad Social, con pocos recursos económicos y viviendo en un piso con otras personas en situación irregular. Se advierte del miedo al que está sometida la paciente: miedo a perder el trabajo, miedo a tener que pagar la atención médica, miedo al futuro de su hijo, etc.

En este punto se plantearon una serie de problemas morales. ¿Se puede obligar a una persona a estar encerrada debido a un tema de salud pública (puede infectar a otros)? ¿Debe darse medicación gratuita a quien lo necesite, sea o no irregular? La obligación de atender a una persona en situación de necesidad, ¿qué tipo de obligación es? ¿Se trata de los llamados deberes perfectos o imperfectos? ¿Tiene que ser el Estado el que cargue con todas estas obligaciones? Estas obligaciones, ¿son privadas o públicas, nos afectan a los individuos o no? ¿Es este un caso de discriminación? ¿Una sociedad puede no atender a una persona cuando está en riesgo su vida? ¿La vulnerabilidad social exige un tipo de respuesta mayor por parte de la sociedad? Si

hay un diagnóstico, ¿tenemos una responsabilidad moral en todo lo demás (tratamiento)? ¿Deben los profesionales atender problemas que no son directamente clínicos (buen samaritano)? Sin embargo, para la discusión del caso clínico se eligió el problema que formuló el presentador del caso, D. Pedro Montilla, en los siguientes términos: El profesional que atiende a esta paciente, ¿es el brazo ejecutor de las directrices de la institución pública, o ha de mirar, prioritariamente, la situación de la paciente?

Formulado el problema, se pasó a la identificación del conflicto de valores que está generando el conflicto. Una propuesta de conflicto fue presentada por D. Diego Gracia: Las obligaciones públicas se basan en un valor: la no-maleficencia. Esta paciente tiene una enfermedad, se puede morir, puede contagiar a otros; hay pues una obligación de proteger tanto a la paciente como a las demás personas que puedan contagiarse. De otra parte, hay otro valor: como médico tengo que buscar lo mejor para la paciente; si le impido que abandone el hospital, eso no va a asegurar que esté dispuesta a administrarse el tratamiento tanto para la tuberculosis como para la diabetes. Por lo tanto, hay que hacer lo posible por realizar otro valor, la beneficencia. No-maleficencia y beneficencia: he ahí el conflicto de valores. Los profesionales tienen la obligación de no hacer daño y, a la vez, actuar en beneficio de la paciente. D. Diego Gracia aclaró que éstos parecen dos valores iguales, pero no lo son. No se puede hacer daño a otro aunque él lo pida (no-maleficencia), y no se puede hacer bien si no da su consentimiento (beneficencia). Si algo es maleficente, si está contraindicado, no se puede hacer, y da igual que el paciente lo pida. La beneficencia, en cambio, significa que se tiene que hacer todo el bien que se pueda, pero contando con el consentimiento del paciente. En consecuencia, en este caso hay conflicto entre salvar la no-maleficencia y salvar la beneficencia. O dicho de otro modo, entre el valor de evitar el contagio público y el valor de buscar lo mejor para la paciente.

Con la identificación de estos valores, se procedió a la determinación de los distintos cursos de acción, comenzando, ante todo, por la fijación de los cursos extremos de acción. Uno, en este caso, es privar de libertad a esta paciente, obligándola a permanecer ingresada mientras haya riesgo de contagio, acogiéndose al reglamento que exige poner en marcha medidas extraordinarias en caso de riesgo de salud pública. El otro curso de acción extremo consistiría en no hacer nada, en consentir que la paciente se vaya del hospital y que cargue ella con su problema.

A continuación se pasó a la identificación de los cursos intermedios, porque, como indicó D. Diego Gracia, los cursos extremos son muy lesivos, y su identificación tiene sobre todo una función procedimental y pedagógica; no son soluciones correctas de ningún problema moral y, por lo tanto, disuaden de una mala toma de decisiones. En la enumeración de cursos intermedios han participado muy activamente tanto los ponentes de la mesa como el público asistente. Parece que todo pasa por trabajar la situación social de la paciente, informando correctamente de las posibilidades de acción, apoyando emocionalmente para controlar sus miedos y su falta de seguridad. El objetivo claro es evitar un fracaso terapéutico, etc. Se trataría de deliberar con la paciente las distintas cursos de acción, poner en marcha distintas redes sociales de apoyo, colaborar en la búsqueda de un trabajo alternativo (si el actual corre peligro), etc. Por otro lado, hay que gestionar con la Agencia del Menor la ubicación del niño. En todo caso, se trata de problemas que sólo se pueden resolver en equipo. La

paciente tiene que superar los miedos mediante una correcta información (el deterioro de su salud, el riesgo para los del entorno, etc.), ofreciendo unas alternativas de acción viables, posibles, etc. Otra cuestión – apunto D. Diego Gracia – es que en estos casos no todo problema se resuelve con una única decisión, sino que hay que establecer una especie de árbol o racimo que permita ir gestionando las decisiones en el tiempo. Habría que comenzar pactando con la enferma unas primeras medidas, y a partir de ahí ir escalonando las decisiones. Como se trata de una paciente autónoma – añadió D. Javier Barbero – hay que ir ofreciendo el abanico de alternativas que estaría dispuesta a asumir. También habría que buscar la manera legal de que la paciente pueda tomar la medicación durante el tiempo necesario sin coste alguno.

Tras este conjunto de posibilidades de acción intermedias, D. Pedro Montilla cerró el caso en cuestión. Según afirma, a la paciente se le propuso hacer el tratamiento en casa, acompañada de su hijo (desde el punto de vista de la patología, esto no tiene trascendencia al haber contraído la misma enfermedad), garantizándole un tratamiento para la tuberculosis de modo gratuito, incluso las cantidades de insulina necesarias para el control de su diabetes hasta que alguna institución se pueda hacer cargo. Al mismo tiempo, se le envió una carta a la gerencia del hospital exponiéndole el problema de la paciente.

A partir de este caso – acabó afirmando D. Diego Gracia – hay que hacer la reflexión final. Todos tenemos obligaciones con las instituciones, en el sentido de que tenemos que tratar de cambiar las leyes. Pero esto no puede hacernos olvidar que hay otra ética, u otro medio de acción, que es el que realizan los CEAs todos los días en las instituciones sanitarias. Se trata de resolver problemas concretos. Haciéndolo así – continuó D. Diego Gracia – un CEA puede ayudar a mejorar la calidad asistencial. Por lo tanto, lo más importante tal vez no sea hacer política, sino crear opinión pública. Los políticos lo que hacen es convertir en ley lo que es opinión pública. Hay que ir haciendo opinión pública porque la política es un epifenómeno de la sociedad. Si las leyes son malas, es porque la sociedad gestiona mal los valores en que se fundan esas leyes. Por eso, antes que pensar en la gestión política – concluyó D. Diego Gracia – hay que pensar en la sociedad, en los valores que debe realizar y promover una sociedad.

El segundo caso clínico programado, a cargo de D. Javier Barbero, no se pudo presentar por falta de tiempo.

En conclusión, la Jornada tuvo un enfoque predominantemente ético y socio-sanitario. Se han abordado temas como el sida, la hepatitis, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas. También se han tratado las medidas preventivas que existen en la actualidad, sobre todo, en relación con la pobreza, la desigualdad, las diferencias de género y de cultura, la inmigración, el desempleo, el problema de las drogas, la educación afectivo-sexual, el problema de las patentes medicamentosas, la distribución de los recursos sanitarios. Y todo ello llevándolo al terreno más práctico, como es el análisis de un caso clínico o conflicto ético-clínico desde distintas perspectivas (clínica, social, moral, jurídica).

**Zaragoza, 26 de noviembre de 2013**