

Reflexiones sobre la instauración de desfibriladores externos semiautomáticos en la Universidad de Alicante

Adrián Bazaga Ruiz

Enfermero. Estudiante Máster de Investigación en Ciencias de la Enfermería (MICE). Universidad de Alicante. Dirección de contacto: abr51@alu.ua.es

(Artículo procedente del trabajo fin de grado de Enfermería presentado en la Universidad de Alicante en 2014 y bajo la dirección de Miguel Richart)

Resumen

En la reciente era de la austeridad, el pensamiento racional se hace imprescindible. De ahí que en una disciplina tan social como pueda ser la enfermería se intente educar al alumno en los conceptos de filosofía enfermera, fundamentos de la enfermería y pensamiento crítico. Como manifestación de este se elige el ámbito del espacio cardioprotegido y cómo este puede tener diferentes lecturas desde diversas perspectivas: desde la aparente ilógica de su implantación por la innecesariedad en esa población al lícito comportamiento por parte de una institución como medio para la publicidad o en el otro extremo como medio para continuar el camino ideológico autónomo de la universidad. A través de una muy heterogénea lectura bibliográfica, de una entrevista a un informante clave y de la inferencia propia; los conceptos nacientes de este discurso como el de imagen institucional, autonomía universitaria, empoderamiento social, y demás, son analizados en su relación con los desfibriladores externos semiautomáticos (DESA), la capitalización de la salud y el pensamiento crítico.

Finalmente se reflexiona mediante las conclusiones sobre el origen del trato de la salud como producto, la pérdida del objetivo institucional del conocimiento al interés económico por parte de algunas sociedades científicas o la ruptura de la barrera de competencias eminente e históricamente pertenecientes al sistema sanitario mediante el DESA.

Palabras clave: reflexiones, DESA, desfibrilador, salud como producto, empoderamiento social, autonomía universitaria.

Abstract

Thoughts on semi-automated external defibrillator implementation at University of Alicante

In the recent era of austerity, rational thinking has become an absolute need. Thus, a very social discipline such as nursing intends educating students on such concepts as nursing philosophy, fundamentals of nursing, and critical thinking. As an illustrative case, the cardioprotected space from differing perspectives was considered: from an apparent lack of rationale for implementing it, because it is not needed in this population, to its licit behavior of the institution as a publicity-oriented item, or even as a mean for promoting the autonomous ideological prospects for the institution. By means of a very heterogeneous literature reading, an interview with a key informant, and personal inference, emergent concepts on this rationale, such as institutional image, university autonomy, social empowerment, and others are analyzed regarding their relationship with semi-automated external defibrillators, health capitalization, and critical thinking.

Finally, some thoughts are presented as conclusions, such as the origin of health conceptualization as a product; the loss of knowledge as an institutional aim under the prevailing financial interest in some scientific societies, and the breakdown, through semi-automated external defibrillators, of the barrier based on competences that have been historically associated to healthcare system.

Key words: thoughts, semi-automated external defibrillator, health as a product, social empowerment, university autonomy.

Introducción

La investigación cualitativa es un método de investigación empleado principalmente en las ciencias sociales que enfatiza el estudio de los procesos y de los significados, se interesa por fenómenos y experiencias humanas. Da importancia a la naturaleza socialmente construida de la realidad, a la relación estrecha que hay entre el investigador y lo que estudia, además, reconoce que las limitaciones prácticas moldean la propia indagación. Es evidente que la metodología cualitativa está fundamentada principalmente por el paradigma constructivista, según el cual los hallazgos de la investigación son creados por la interacción investigador-contexto. El mundo social es complejo y la vida cotidiana dinámica no se puede reducir a variables, ni separar sus partes de manera artificial, la metodología ha de dar cuenta de esto. Así, mientras que la metodología cuantitativa se refiere al estudio de los procedimientos y al acto de recoger datos, la cualitativa cubre la totalidad del proceso de investigación, que se verifica y ajusta al mundo empírico (1).

En la reciente impuesta era de la austeridad, y dado el carácter profundamente reflexivo del pensamiento crítico que se pretende desarrollar en los futuros enfermeros, para la consecución de profesionales más aptos en la resolución de problemas y para el continuo crecimiento de la disciplina, son considerados aquí, desde la investigación cualitativa, el campus cardio-protégido y los desfibriladores externos semiautomáticos como una oportunidad única para el desarrollo y la manifestación del pensamiento crítico.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2012 murieron por enfermedades del sistema cardiocirculatorio un total de 122.097 personas, lo cual corresponde con el 30,3% de las muertes españolas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el pico de esta afección se encuentra en personas mayores de 79 años (3.391,2 fallecidos por cada 100.000 personas).

Más específicamente, por causa de la enfermedad isquémica del corazón (infarto, angina de pecho, etc.) murieron 34.751 personas del total anual de 402.950 muertes (8,62%). Este porcentaje fue en años anteriores del 8,98% en 2011, 9,23% en 2010, 9,25 en 2009, 9,28 en 2008, etc. Con un claro descenso, atribuible quizá a la prevención, estilos de vida más saludables, mejor atención médica o a la declaración de todos los espacios cerrados como espacios libres de humo (2).

En particular, en Alicante (provincia) fallecieron 335 personas en 2012 a causa de infarto de miocardio u otras alteraciones isquémicas.

Aproximadamente el 80% de los paros cardiacos fuera del hospital se produce en lugares privados o residenciales. Por tanto, de estas 335 personas (suponiendo que todas ocurriesen fuera del hospital, y dado que no hay datos sobre las que ocurren dentro del mismo, pues ningún hospital pone al alcance del público ese tipo de información) alrededor de 67 sufrirían el infarto que acabaría con su vida en lugares públicos donde se podrían haber puesto desfibriladores externos semiautomáticos.

El promedio de edad dentro de la Universidad de Alicante es de 28 años. Teniendo en cuenta al personal de administración y servicios (1.421 personas con 44 años de media), al profesorado (2.365 personas, 46 años) y al alumnado (38.490 personas, 27 años), en los que se encuentran incluidos primer y segundo ciclo, grados, másteres, doctorado, oficial o propio, universidad permanente y Erasmus. Se deduce, por tanto, de los datos la probable innecesaridad de estos elementos. Los datos han sido obtenidos a través del servicio de informática de la Universidad de Alicante.

A ello hay que añadir la probable pertenencia de estos a una clase media-alta, en la que las proporciones de paro cardiaco repentino son todavía menores, así como el envejecimiento demográfico, notado más en otros lugares que en la universidad (3).

El estado de la cuestión sobre los problemas relacionados con la implantación de los desfibriladores es un campo casi perfectamente virgen sobre el que investigar. Más bien al contrario los estudios analizados en su absoluta mayoría tenían una interpretación centrada en lo positivo de los desfibriladores y si en alguno se hablaba de ámbitos negativos era desde los términos de potencial o condicional.

Objetivos

Entre las motivaciones del presente trabajo se encuentra el desarrollar a través de una realidad pedestre, ideas más complejas y abstractas, reflexionar sobre ellas y analizar los diferentes puntos de vista que tiene cualquier realidad por sencilla que pueda parecer. Para ello se elige la implantación de los desfibriladores externos semiautomáticos en la Universidad

de Alicante, en un intento de manifestar el pensamiento crítico enfermero en un ámbito de salud que enlaza directamente con el análisis de salud comunitaria que bien podría proceder de una enfermera con esta especialidad, y demostrar la integración de las competencias y habilidades propias del grado.

Metodología

El presente es un estudio de enfoque cualitativo y posee un diseño de teoría fundamentada, que según Glaser y Strauss (4) consiste en el interaccionismo simbólico. Su planteamiento básico es que las proposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación más que de los estudios previos. Es el procedimiento el que genera el entendimiento de un fenómeno educativo, psicológico, comunicativo o cualquier otro concreto. La teoría fundamentada es especialmente útil cuando las teorías disponibles no explican el fenómeno o planteamiento del problema, o bien, cuando no cubren a los participantes o muestra de interés. La teoría fundamentada va más allá de los estudios previos y los marcos conceptuales preconcebidos en búsqueda de nuevas formas de entender los procesos sociales que tienen lugar en ambientes naturales.

La muestra seleccionada para la entrevista sigue las pautas del muestreo intencional o de conveniencia. Esto es: se escogen las unidades a entrevistar siguiendo criterios de conveniencia del investigador o de los objetivos de la investigación (riqueza de información en el caso, posición que ocupa en relación al fenómeno estudiado, etc.).

Los métodos empleados para la recogida de datos se basan en la observación, la entrevista en profundidad a un informante clave y la consulta bibliográfica.

En cuanto a la observación, esta fue no estructurada, pues se pretendía identificar los componentes claves de un problema todavía sin definir completamente y desarrollar las hipótesis.

Sobre la entrevista en profundidad esta fue semiestructurada, pero derivó en libre, pues si bien se siguió un guión, no se pretendía controlar directamente el proceso de obtención de la información.

En último lugar, la consulta bibliográfica tenía como fin obtener los conocimientos necesarios para llevar a cabo una investigación de carácter más amplio. Así, la búsqueda bibliográfica se inició específicamente en revistas como *Nursing Philosophy* para tener una primera aproximación al tema de la investigación cualitativa en general y de las conclusiones o primeras derivaciones que se pretendían alcanzar. Posteriormente se desarrolló la revisión de la literatura sobre los desfibriladores externos para recopilar toda la información posible para establecer una base sólida de trabajo y conocer hasta dónde habían llegado otros investigadores con el fin de evitar duplicidades. De ese modo se inició la búsqueda con palabras clave como AED, *price, economy, impact over health*, DEA, precio, economía, impacto sobre la salud; y diferentes combinaciones de estas y otras, en bases de datos como Cuiden, IME, *Scielo, Cochrane, Pubmed*, etc., dando como resultado un número relativamente pequeño de artículos que fueron filtrados por título y resumen según la conveniencia del investigador por su relación con el aspecto de los desfibriladores que se quería tratar, esto es: su modelo de implantación con base epidemiológica. La información no fue decodificada y categorizada de manera formal.

Finalmente se analizaron los conceptos de imagen institucional, industria tecnológica, universidad independiente y empoderamiento de la persona en relación con los datos obtenidos y se procedió a resumir las posibles interpretaciones desde diferentes perspectivas. A través de la inferencia se alcanzaron reflexiones sobre estas cuestiones.

Conflictos de interés

Al comienzo del trabajo las intenciones eran emplear los desfibriladores como crítica a la universidad por su falta de necesidad y por el potencial gasto que podían haber supuesto. Conforme se desarrolló la integración de información sobre estos, y tras la entrevista, las ideas al respecto fueron cambiando, el autor se hizo consciente de los prejuicios hacia la universidad, de un punto de vista sesgado y de que ya tenía pensadas las conclusiones antes de empezar el trabajo. Tras la información, la finalidad del proyecto cambió radicalmente hacia la mera producción de ideas relacionadas con el tema y con los diferentes puntos de vista que se pudiesen generar de cada ámbito.

Otro choque que se debe quizá expresar de antemano es el posicionamiento marxista del autor, con las obvias repercusiones de cara a la interpretación de los datos y el camino que pueden seguir las ideas.

Resultados

DESA

El desfibrilador externo semiautomático (DESA) es un aparato electrónico portátil que diagnostica y trata la parada cardiorrespiratoria cuando es debida a fibrilación ventricular (actividad eléctrica sin efectividad mecánica) o a taquicardia ventricular sin pulso (actividad eléctrica y bombeo sanguíneo ineficaz), restableciendo un ritmo cardiaco efectivo, eléctrico y mecánicamente. La desfibrilación (DF) consiste en emitir un impulso de corriente continua al corazón, despolarizando simultáneamente todas las células miocárdicas, pudiendo retomar su ritmo eléctrico normal u otro eficaz (5).

Sin embargo, el DESA es totalmente ineficaz en la parada cardiaca con asistolia pues el corazón, en este caso, además de no bombear la sangre, no tiene actividad eléctrica; y en la actividad eléctrica sin pulso (AESP), donde hay actividad, que puede ser incluso normal, pero sin eficacia mecánica. En estos dos últimos casos únicamente se debe realizar compresión torácica mientras se establecen otras medidas avanzadas.

Por cada minuto que se retrase la DF, la supervivencia de una FV disminuye en un 10-12%. Si el testigo de la parada cardiorrespiratoria (PCR) realiza reanimación cardiopulmonar básica (RCP), la disminución es solo del 3-4% por minuto.

Algunos predijeron que la RCP podía quedar obsoleta por el desarrollo de los programas de DEA; tiempo después las cifras de supervivencia al infarto cayeron inesperadamente por la falta de énfasis en la RCP (6).

La diferencia entre un dispositivo DEA y un DESA es el total automatismo del primero, frente a la necesidad de confirmación en el segundo. En España todos los desfibriladores de uso público deben ser obligatoriamente semiautomáticos, pues son más confiables al asegurar que nadie toca al paciente durante la descarga.

De cara al marco jurídico, el Real Decreto (7) solicita, que no exige, su promoción e implantación en el mayor número de lugares posibles, allí donde se concentre o transite un alto número de personas, no especificando el uso de estos por personal no sanitario y dejando esta competencia a cargo de las comunidades autónomas.

En la Comunidad Valenciana, el uso de los DESA está autorizado únicamente para las personas que hayan superado la formación inicial y tengan actualizados sus conocimientos. Esta formación inicial consiste en un curso en reanimación cardiopulmonar básica (RCP) y en el empleo de desfibriladores externos semiautomáticos (DESA) de 12 horas de duración y con un coste (en la Universidad de Alicante) de 100 euros. A su vez, la actualización deberá ser anual y se establece por un curso de 6 horas (7).

El empleo del desfibrilador sin certificado no está contemplado en ninguna de las dos legislaciones; en lo que a responsabilidad penal se refiere, se contempla una sección sobre seguros de responsabilidad civil, al parecer a cargo de la empresa o establecimiento público que instala el DESA. La utilización de estos dispositivos es imposible que conlleve perjuicio para la persona que sufre en ataque cardiaco, de ahí la innecesidad de reglamentación sobre cargos penales, que incluso hace dudosa la necesidad de los cursos de formación y la renovación de certificados.

Pese a la importancia de estas medidas de salud pública, la instalación de los DEA en áreas residenciales y la adquisición de uno para uso individual en el hogar, incluso por aquellos pacientes considerados en alto riesgo de paro cardiaco, no ha demostrado mejoría en la sobrevida frente a la implementación de RCP sola (8).

Cuando se desarrolla un programa de DEA, los responsables comunitarios deben considerar factores como dónde debe estar su mejor localización, basada en estudios previos de incidencia o en afluencia de personas y la formación de un equipo con responsabilidades para monitorizar y mantener los aparatos, capacitar a las personas que probablemente utilizarán el DEA y, si es posible, la identificación de individuos voluntarios que se comprometan a emplearlos en las víctimas de un paro cardiaco (8,9).

El emplazamiento y la organización del sistema (el conjunto de la cadena de supervivencia) en el que se inserta el uso de DEA son elementos determinantes fundamentales de su eficacia. Sin conocer en detalle la epidemiología de la muerte súbita, y la ubicación, los tiempos de respuesta del Servicio de Emergencias preexistente, etc., el despliegue de DEA puede ser perfectamente inútil (10).

La industria electromédica ha creado un instrumento de eficacia indiscutible; es tarea de expertos en epidemiología y en la atención a la PCR la obtención de los datos que permitan determinar, para cada ámbito de empleo, si el DEA puede ser efectivo y eficiente, dónde debe ubicarse para ello y cómo debe integrarse en los esquemas de atención a las emergencias médicas. Por el contrario, las aproximaciones meramente intuitivas pueden hacer estériles los esfuerzos y las inversiones y conducir el procedimiento a un injustificado desprestigio (11).

La imagen institucional y las sociedades científicas

El objetivo primario de la universidad es la generación de un espacio que fortalezca la salud, y con los desfibriladores lo que se consigue es la protección cardiovascular, lo que se inserta dentro del proyecto universidad saludable, que engloba otras muchas acciones como el fomento de la nutrición responsable, el ejercicio, la vacunación, etc.

Este tipo de acciones han hecho a la universidad merecedora del Primer Concurso Iberoamericano de Buenas Prácticas de Promoción de Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior de la OMS Panamericana. Y añadido a esto la concesión del certificado de cardioprotección por la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo (SEMST).

¿Pero qué son estos premios y certificados? Específicamente la SEMST confiere la certificación de la cardioprotección de los establecimientos, empresas, ayuntamientos, universidades, etc., que cumplan con una serie de requisitos tales como:

Poseer un número determinado de DESA, con los correspondientes seguros, normativas y regulaciones en curso; poseer un plan reglado de instalación, señalítica y distribución; establecer una formación mínima de noventa minutos, de acceso público y reglamentada según la normativa de la comunidad autónoma; cumplir con un mantenimiento que controle informáticamente la fecha de caducidad de baterías, parches, etc.

Existen diferentes tipos de certificados: campus cardioprotegido (o espacio cardioprotegido), gran espacio cardioprotegido (alcanzable con la incorporación de más de cinco DESA), ciudad cardioprotegida, evento cardioprotegido, etc. Los beneficios de la obtención de tales certificados, tal y como la propia página web de la SEMST introduce, son:

El reconocimiento otorgado por una sociedad científica española ampliamente reconocida; conseguir un elemento clave diferencial frente a otras empresas e instituciones del sector, que no dispongan de dicho certificado; una sistemática de actuación definida, auditada y mantenida en el tiempo; cubrir la prevención de riesgos laborales (para trabajadores); demostrar responsabilidad social corporativa; conseguir un gran impacto en la sociedad, no solo en el ámbito nacional y europeo. Sería de los primeros espacios cardioprotegidos en España y en el resto del mundo (12).

Aunque quizá el objetivo de la universidad no sea única y exclusivamente la imagen, sí que es cierto que entre otras instituciones, establecimientos o empresas de diversa índole, la certificación por la cardioprotección será obtenida como medio para el reconocimiento institucional, el impacto social, el valor añadido para la diferenciación, para la competición económica; en definitiva: la publicidad particularista de cada uno.

Con ello cabe la lectura de la situación como que un elemento para la protección de la salud se puede convertir en un elemento de diferenciación de clases. En que nuevamente los más privilegiados tengan acceso a dispositivos donde no fuera menester y que no los haya para aquellos para los que sí podrían ser útiles. Desde luego no es una afirmación categórica, estará llena de matices, pero en resumen se puede afirmar que se crea desigualdad si el criterio para la instalación de desfibriladores es la imagen y no la necesidad.

Este trato de la salud como parte del sistema económico la convierte en un elemento de mercado, en un producto que se puede comprar y vender. El recuerdo con la sanidad privada o con las estrategias de salud neoliberales es inevitable.

Por otra parte, que las sociedades científicas (como la SEMST y otras) participen en este ingenuo juego de la venta de la imagen de salud puede hacer pensar en la pérdida del motivo primario de su existencia, es decir, la docencia, investigación y publicación. O la subyugación de estos elementos al de la venta de su prestigio. Observando la lista de requisitos de la SEMST para la obtención del certificado de espacio cardiosaludable, y más específicamente el primer punto (poseer un número determinado de DESA), se puede conjeturar la existencia de algún tipo de convenio entre esta sociedad científica y las empresas vendedoras de desfibriladores. Por supuesto, de tener una entrevista con el responsable de esta decisión, la coartada será que las sociedades científicas también son una figura volátil dentro del juego del capitalismo y, por tanto, deben jugar sus cartas y mantenerse en la cúspide aunque sea a costa de defender en algunos casos más los intereses de las farmacéuticas o empresas de tecnología sanitaria que el interés del conocimiento y la sociedad.

Industria tecnológica

A propósito de la industria tecnológica sanitaria, se les puede hacer una comparativa con la industria farmacéutica: está sometida a las leyes del mercado, las cuales, como ha demostrado la historia reciente, forman parte de un "capitalismo desbocado", por los excesos cometidos en diversos frentes y cuya gran crisis es evidente. La industria se ha caracterizado por ser una de las empresas más rentables del sistema de mercado. En la industria la investigación y el desarrollo (I+D) son pie-

zas claves, puesto que de ellos depende la generación de conocimiento para nuevas terapias o para mejorar las ya existentes. La industria justifica su proceder mercantilista por los altos costos erogados en I+D y debido a la competencia entre diversas firmas de la cual no puede salirse. Sin embargo, el riesgo es quedar a merced de los dictados propios del mercado, los cuales pueden interferir con los fines de la investigación científica, uno de los cuales es crear conocimiento para remediar las grandes necesidades en salud (13).

Se ha sufrido una reciente disminución en la innovación de productos que tiene que ver con una nueva relación con el mercado, caracterizada actualmente por "la planeación y la mercadotecnia precomercial". Esta estrategia tiene la finalidad de acortar el periodo en que un nuevo producto es aprobado y así aumentar el tiempo de duración de la patente y originar mayores ganancias. Consiste en un cambio en el modelo tradicional de investigación, desarrollo y comercialización, por uno nuevo consistente en integrar la investigación de mercado con la investigación, desarrollo y comercialización. Más aún, la integración de la mercadotecnia e I+D está dirigida a la creación de valor interno, que tiene un espejo externo llamado demostración del valor. Se trata de integrar diversos equipos de investigación, pero también de mercadotecnia, que demuestren la eficacia y seguridad del producto por nacer y hagan que este sea esperado por todo un público (médicos, pacientes, farmaceutas, etc.) expectante. El esquema actual sería: creación de valor/demostración, I+D, y control por el mercado (14).

Si como ya hemos dicho los desfibriladores externos semiautomáticos son potencialmente innecesarios en el campus, ¿acaso no serán todavía más innecesarios en determinadas empresas que ni tan siquiera realicen un estudio de isoclonas, o epidemiológico? ¿Que vayan únicamente detrás de este valor añadido?

Y, si de imagen se trata, ¿no se conseguiría lo mismo ayudando al desarrollo de este método de emergencias en lugares donde existiese una mayor población de riesgo, una mayor incidencia o unas mayores potenciales aplicaciones?

Esto escapa de las competencias de cada empresa, institución, universidad o colectivo. En un mundo regido por barreras y en el que no se es capaz de ver cómo el origen del presupuesto es en muchos casos el de los mismos impuestos que paga todo el pueblo, no tiene cabido una visión colectivista de los recursos.

El desfibrilador, como elemento más simbólico que utilitarista (entendiendo el término como útil y no como doctrina), quedará relegado a los polvorientos rincones de empresas que ya hayan obtenido esa aparente definitiva cardioprotección (con las posibles repercusiones en la pérdida de la importancia de la RCP). De esta manera, quizá llegue a ser olvidado un elemento que podría haber salvado muchas vidas, si acaso se hubiera impuesto como debiera.

Esto no es en realidad nada si se compara con la progresiva privatización del sector de la salud, con el todavía más aterrador hecho de la participación del estado, que actúa ocasionalmente más como el administrador de los negocios de la burguesía que como organización para el bienestar común (15).

Autonomía universitaria

Volviendo al caso concreto de la universidad, esta hace lo que considera con sus presupuestos y resulta lógico que las medidas y proyectos que propone y desarrolla vayan directamente dirigidos a ella misma: a mejorar la calidad de vida de sus integrantes, la salud, la estética o la comodidad.

A pesar de ello, si la justificación es la independencia económica de la universidad, no ha de olvidarse que la mayor parte de estos recursos son proporcionados por el estado, o por la consejería de educación, y el origen primario de estos son los impuestos. De modo que intentando ser objetivos, ciegos voluntarios a las barreras que separan instituciones de municipios, los gastos de la universidad podrían y deberían tener como objetivo la sociedad íntegra, y no solo a los universitarios o a la propia institución.

Esto abre la cuestión de por qué la universidad, como fábrica del conocimiento, debe comportarse como una empresa y competir en el sistema como un elemento aislado, particular y no perteneciente al gobierno.

Quizá esto enlaza con la segunda cuestión, y es que si la universidad se fomenta a sí misma siguiendo las reglas económicas del mundo al que pertenece, a pesar de no ser independiente económicamente hablando, sí que demuestra un intento por ganarse esta independencia. Adicionalmente la participación de la madre del conocimiento en la economía moverá a su vez la rueda de esta, funcionando como producto, pero generando el fruto del desarrollo de las empresas asociadas lo que conllevará el progreso económico del país y, por tanto, del gobierno que cedió esa individualidad a la universidad. O al menos en la teoría utópica de capitalismo y libre mercado que acaba beneficiando a todos. Pero si tenemos

en cuenta los otros miembros del juego: la corrupción política, la evasión de impuestos y las idas y venidas de la macroeconomía; esta independencia de los elementos gubernamentales puede no ser una estrategia tan inteligente.

Hay otros puntos que señalar: la universidad, como institución investigadora, como fuente de ideas, producirá un agua más pura sin el control estatal; asimismo y dado que es la imagen de lo que la sociedad quiere ser, el ejemplo de sociedad ideal, de futuro, sería cuanto menos contraproducente el tener una universidad marioneta, con unas políticas manejadas por el estado y por tanto con unas ideas nacientes particularmente alienadas.

Sin embargo, si la dejamos sola, la universidad, como integrante del sistema capitalista, se dejará en parte guiar por el utilitarismo y generará conocimiento e ideas que se vendan, tengan o no significado (por el natural ir y venir de los grupos de investigación siguiendo los intereses del mercado) (16).

Heidegger explicaba que en una sociedad, las personas, su cultura y el conocimiento son perpetuados por la interacción entre los tres tipos de poiesis: sexual (pro)creación, creatividad social y virtud. Heidegger sostuvo que en la modernidad, la poiesis social y la poiesis de la virtud han sido absorbidos en lo que él define como la *technè* moderna, un fenómeno en el que la tecnología se convierte en un fin en sí mismo. En general, la *technè* moderna promueve la producción y acumulación de recursos naturales de la Tierra para producir la energía y los materiales necesarios para maximizar los beneficios y minimizar los gastos. Heidegger opinó que, frente al deslumbramiento del hombre moderno por las promesas de progreso tecnológico, la esencia misma de la tecnología debe ser cuestionada, ya que es responsable de sumirnos en la hegemonía del instrumentalismo.

En el mundo moderno, es de hecho principalmente el aspecto negativo, explotador y destructor aspecto de la *technè* moderna el que tiene precedencia. Es una forma desviada del desarrollo tecnológico y científico en el que los valores de la explotación y el consumo del producto de la tecnología exceden las necesidades naturales del hombre. El mundo y la naturaleza, por lo tanto, ya no parecen ser lugar para la emancipación y la realización existencial. Más bien, son una realidad material que ha sido sometida a la acumulación de las instituciones de poder y procesada sin escrúpulos para el consumo económico y material, que ha sido promovido como necesario (17).

En su relación con la enfermería, este instrumentalismo bebe y da de beber a la filosofía burocrática, tecnocrática y neoliberal y las consecuencias ya han sido redactadas en la literatura enfermera sobre las importantes repercusiones de estos cambios en todos los aspectos de la profesión, desde la entrega de la atención y el tratamiento (18), la formación para las nuevas enfermeras (19), a las reformas políticas legisladas con respecto al papel, hasta las responsabilidades de las enfermeras modernas (20).

Empoderamiento social

Sin embargo, el instrumentalismo o el utilitarismo tecnológico es un prisma de compleja percepción. Por volver al tema pedestre de estos dispositivos, al juicio del autor los DESA podrían llegar a ser un buen escalón hacia el empoderamiento de la persona en materia de salud. Este empoderamiento consiste en la apoderación, en dar poder a los ciudadanos sobre sus propios cuidados de salud. Para ello hay que ser paciente informado y formado. Los pacientes competentes en el manejo de su salud favorecen la sostenibilidad del sistema sanitario.

La cuestión que se plantea ante este despliegue de información es, si los profesionales están preparados ante esta situación y si están dispuestos a desarrollar su papel en un nuevo escenario y colaborar en el llamado empoderamiento del paciente. Se sabe que un paciente bien informado coopera mejor y es más responsable, pero profesionales y pacientes están acostumbrados a un modelo de relación paternalista en el que parte del poder radica en los datos y el conocimiento que el primero posee y el paciente no.

El ciudadano, como paciente y como usuario, está cada vez más preparado para desempeñar un papel más activo con relación al cuidado de la salud y a aprovechar todas las oportunidades que las nuevas tecnologías le ofrecen y espera que los profesionales y sus instituciones sanitarias también lo hagan.

Así mismo, el paciente de hoy en día es una persona con un mayor nivel educativo, participa en las decisiones que afectan su salud y asume una cultura de derechos, no ya como paciente (sujeto pasivo de actuación médica), sino como cliente (sujeto que establece una necesidad a satisfacer mediante una relación contractual más o menos explícita); como usuario (sujeto que utiliza los servicios disponibles de forma voluntaria) y como consumidor (sujeto que recurre a los servicios disponibles, tanto voluntaria como involuntariamente) (21).

Tiene su lectura contraria como todo: el empoderamiento de la persona puede implicar también un acercamiento a la delegación de las competencias de cuidados por parte del sistema sanitario en el ciudadano. Pero, ¿es esta una delegación informada/formada? Porque en el caso de no ser así se estaría hablando de una posible desatención del ciudadano, de una negligencia sistematizada.

Si se abandona a la persona a sus cuidados sin asegurarse que estos cuidados son de calidad, se puede caer en el error de culpabilizarla si posteriormente se ve que estos han sido unos cuidados deficientes. Cuando en realidad la culpa sería únicamente del profesional, pues no se puede suponer que el empoderamiento del paciente nace de forma innata, que las personas nacen con una voluntad de informarse y autorreciclar sus conocimientos sobre su enfermedad. Aunque cada vez más personas se informan más sobre su enfermedad y sus cuidados, es un error de juicio suponer la universalidad de este hecho.

En conclusión, los desfibriladores externos son una realidad en la que los ciudadanos pueden romper la barrera que separa los ámbitos que relacionan la salud y son competencia exclusiva del sistema sanitario, de los ámbitos públicos y, por tanto, podrían ser un elemento que haga partícipes a los ciudadanos de su propia salud. Tal y como ocurre en el caso de los extintores, que puedan llegar a ser utilizados por cualquiera y, por tanto, sean un paso hacia la apropiación de responsabilidades interdisciplinares; como bien podría ser el irónico caso de EE.UU. (9). Esto tristemente va en contra de los intereses del sistema de libremercado en el que cuanto más dividido, sectorizado y aislado está un campo, tanto más dinero puede llegar a producir por la competencia entre diferentes áreas, o por la diversificación de puestos de trabajo, etc. Tanto como interesa la existencia de un sistema sanitario que signifique un motor económico, nuevamente recordando a la salud como producto de mercado.

Agradecimientos

Eterno hincapié merece este apartado pues, si bien es cierto que el presente es fruto de una persona, este autor por sí solo nunca hubiera podido hacer avanzar un proyecto tan codicioso en su alcance como es este. Especial nombramiento merece el Dr. Miguel Richart, como profesor responsable de enseñar al alumno los misterios e intrínsecos de la investigación y el entrevistado (que se dejará en secreto) por hacerle ver la importancia de los diferentes puntos de vista y como la combinación de estas da lugar a mejores y más acertadas conclusiones.

Bibliografía

- [1] De la Cuesta C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería* 1997; 15(2):13-24.
- [2] Hurt R, Weston S, Ebbert J, McNallan S, Croghan I, Schroeder D, Roger V. Myocardial Infarction and Sudden Cardiac Death in Olmsted County, Minnesota, Before and After Smoke-Free Workplace Laws. *Archives of Internal Medicine* 2002; 172(21):1635-41.
- [3] González G, Grau M, Muñoz M, Martí R, Sanz H, Sala J, et al. Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. Estudio caso-control de base poblacional. *Rev Esp Cardiol* 2010; 63(9):1045-53.
- [4] Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company; 1967.
- [5] Kerber R, Becker L, Bourland J, Cummins R, Hallstrom A, Michos M, et al. Automatic external defibrillators for public access defibrillation: recommendations for specifying and reporting arrhythmia analysis algorithm performance, incorporating new waveforms, and enhancing safety. *Circulation* 1997; 95:1677-82.
- [6] Link M, Atkins D, Passman R, Halperin H, Samson R, White R, et al. Part 6: electrical therapies: automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion, and pacing. *Circulation* 2010; 122:706-19.
- [7] Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* núm. 80, a 2 de abril de 2009. p. 31270-3.
- [8] Decreto 220/2007, de 2 de noviembre, del Consell, por el que se regula la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos por personal no médico. España. *Diari Oficial de la Comunitat Valenciana*, 6 de noviembre de 2007, núm. 5633. p. 41474-84.

- [9] Navarro J, Garzón J, Villarreal M. Panorama del desfibrilador externo automático en el mundo. *Actas Peruanas de Anestesiología* 2011; 19:102-10.
- [10] López J, Herrero P, Pérez J, Martín H. Novedades en soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática. *Medicina Intensiva* 2011; 35:299-306.
- [11] Ruano M. Desfibrilador externo automático: un instrumento eficaz que puede aplicarse inefectivamente. *Medicina Intensiva* 2003; 27(4):299-306.
- [12] Pell J, Sirel J, Marsden A, Ford I, Walker N, Cobbe S. Potential impact of public access defibrillators on survival after out of hospital cardio-pulmonary arrest: retrospective cohort study. *British Medical Journal* 2002; 325.
- [13] Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo. [citado 23 abr 15]. Disponible en: <http://www.cardioprotegidos.es/>
- [14] Páez R. La investigación de la industria farmacéutica: ¿condicionada por los intereses del mercado? *Acta Bioética* 2011; 17(2):237-46.
- [15] Sacristán J, Oliva J, Del Llano J, Prieto L, Pinto J. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gaceta Sanitaria* 2002; 16(4):334-43.
- [16] Porter S. Capitalism, the state and health care in the age of austerity: a Marxist analysis. *Nursing Philosophy* 2013; 14:5-16.
- [17] Schwartzman S. La Universidad como Empresa Económica. *Revista de la Educación Superior* 1996; 117(1):99-104.
- [18] Krol P, Lavoie M. Beyond nursing nihilism, a Nietzschean transvaluation of neoliberal values. *Nursing Philosophy* 2014; 15:112-24.
- [19] Zuzelo P, Gettis C, Whitekettle-Hansel A, Thomas L. Describing the influence of technologies on registered nurses' work. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice* 2008; 22(3):132-42.
- [20] Spouse J. An impossible dream? Images of nursing held by pre-registration students and their effect on sustaining motivation to become nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(3):730-9.
- [21] Aranda K, Jones A. Dignity in health-care: a critical exploration using feminism and theories of recognition. *Nursing InquirI* 2010; 17(3):248-56.
- [22] Aranaz J, Aibar C. Implantando la cultura de la seguridad de los pacientes. En Instituto de Salud Carlos III. (Ed.), X Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Albacete: Instituto de Salud Carlos III; 2006. p. 10-20.
- [23] Instituto Nacional de Estadística. 2014. [citado 23 abril 15]. Disponible en: www.ine.es
- [24] Ortez E. Así se investiga, pasos para hacer una investigación. El Salvador: Clásicos Roxsil; 2000.