

# Bullying al equipo de salud. ¿Qué esperan los pacientes?

## Bullying to the health team. ¿What do the patients expect?

María Pilar Bandrés-Sánchez<sup>1</sup>

### RESUMEN

*Este artículo es una reflexión sobre la violencia que se ha generado en la relación médico-paciente. Entre las causas tenemos el utilitarismo, el empoderamiento de los pacientes, la medicina defensiva, el aseguramiento universal, la globalización y la mala gestión de las instituciones de salud. Como alternativas de solución se propone, a nivel individual e institucional, una continua reflexión sobre el ser humano que mueva a la acción sin perder el norte de “hacer bien al otro” y la práctica de la medicina asertiva.*

**PALABRAS CLAVES:** Ética médica, relación médico-paciente, bullying.

### ABSTRACT

*This article is a reflection on the violence that has been generated in the doctor-patient relationship. Among the causes we have observed utilitarianism, the empowerment of patients, defensive medicine, universal assurance, globalization and the poor management of health institutions. As alternative solutions is proposed, at individual and institutional level, a continuous reflection on the human being that move to action without losing the “do well to each other” sense and assertive medicine practice.*

**KEYWORDS:** Medical ethics, patient-physician relationship, bullying.

### INTRODUCCIÓN

El presente artículo es una reflexión ante la realidad vivida en la atención de salud en un establecimiento del sector público de nuestro país.

### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué esperan los pacientes de los médicos?

Es una pregunta que habitualmente no surge. Sencillamente, porque el enfermo desea curarse o mejorar su salud y conseguido esto termina su relación con las instituciones y los equipos de salud. Pero, probablemente nos la hemos hecho la mayoría de los profesionales de la salud ante situaciones difíciles, situaciones que parecían sobrepasar negativamente los posibles resultados que esperaban



1. Médico Internista. Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima.

los pacientes o con aquellos “pacientes difíciles” que ante la posibilidad de no obtener el resultado que buscan en la atención médica amenazan con denunciar a las personas que forman el equipo de salud.

La denuncia, la agresión verbal, aún la física, es una amenaza latente que sienten los profesionales de salud.

Me voy a tomar la libertad de emplear el término *bullying* como metáfora para recoger la violencia o acoso al que actualmente está sometido el equipo de salud.

El término *bullying* es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado. Estadísticamente, el tipo de violencia dominante es el emocional y se da mayoritariamente en el aula y patio de los centros escolares<sup>1</sup>.

La definición del *bullying* o victimización incluye tres características: debe haber un desbalance de poder en favor del agresor, debe existir una intención de hacer daño; y, finalmente, debe ser sistemático, es decir, repetido en el tiempo<sup>2</sup>. Este término se ha empleado en medicina para definir los abusos que se puede cometer en la práctica clínica entre médicos que están haciendo las especialidades o con los médicos más jóvenes por parte de los más veteranos. Pero, me voy a referir a la práctica cotidiana, en la actualidad, los pacientes y sus familias, apoyados por los sistemas de fiscalización o defensoría de los pacientes en los hospitales, cumplen estas tres características. Dentro de las instituciones sanitarias pueden tener igual o más poder que el equipo de salud y también fuera de ellas porque la balanza se inclinará al que aparece más débil, el paciente, que en la actualidad está empoderado.

## ALGUNOS CASOS DE LA PRÁCTICA DIARIA

1. Viene al servicio de emergencia del hospital, en el turno de noche, una mujer de 39 años con disnea causada por una gran tumoración cervical, la cual tiene una evolución de varios meses, durante los cuales ha seguido un tratamiento naturista, y está acompañada de un gran número de familiares que desde que llegan exigen con agresiones verbales que se atienda a su familiar con urgencia. La policía tiene que intervenir alejando a su familia para que la paciente pueda ser evaluada.
2. Una anciana con desnutrición y gran descuido personal es traída al hospital por los vecinos de su domicilio, refieren que vive sola y hace varios días que no sale de la casa y por eso han entrado a verla. No se conoce qué otra patología puede tener. Los familiares aparecen al tercer día de su hospitalización y reclaman al equipo de salud lo mal que la están cuidando, amenazan con denunciarlo si la anciana no mejora, dejando en claro que ellos no tienen recursos económicos para ayudarla.
3. Los familiares de una paciente que ha tenido una complicación previsible después de un procedimiento (un aspirado de médula ósea), la aparición de un gran hematoma en la zona del aspirado, manifiestan que no se llevarán a su paciente hasta que se resuelva totalmente el hematoma, y que si le dan de alta antes denunciarán a los médicos por negligencia.
4. Una mujer obesa e hipertensa es advertida en la consulta médica de los riesgos que tiene de desarrollar algunas patologías, entre ellas neoplasias vinculadas a la obesidad y la importancia de bajar de peso. Los familiares de la paciente presentan un escrito ante el departamento de medicina diciendo que el doctor que le ha explicado los riesgos es inhumano y cruel, que podrían denunciarlo ante la justicia y que debería asumir la responsabilidad de la curación de la depresión causada en esta paciente.
5. Los familiares amenazan con denunciar al equipo de salud por haber informado a su paciente, una mujer de 55 años, de su diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, alegando que ellos saben cómo y cuándo decírselo. El médico encargado les dice que la paciente le ha pedido saber cuál es su diagnóstico y que se le ha comunicado por lo importante de comenzar pronto el tratamiento y que para ello la paciente debe dar su consentimiento, conociendo los riesgos de recibirlo. Los familiares amenazan que si a su paciente le pasa algo o se deprime, ellos iniciarán acciones legales.

Estos son algunos ejemplos de situaciones casi ilimitadas que podrán describirse en la práctica clínica.

Hay varias situaciones en el trato a los pacientes (no satisfacer sus expectativas, no ser atendidos por la especialidad que requieren, que el hospital no tenga



insumos para la cirugía, que el laboratorio no realice algunos exámenes, las largas colas de espera, etc.) que pueden desembocar en violencia.

Para abordar este punto tenemos que definir qué se entiende por violencia en el trabajo y más acuciosamente en el ámbito de la salud. Los profesionales de la salud de una u otra forma nos hemos acostumbrado a actuar en condiciones adversas y con cierta presión, y en este contexto es a veces difícil reconocer la violencia hasta que llega a un alto nivel. El Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional de los EE.UU. define la violencia en el trabajo como “actos violentos (amenazas o agresiones) dirigidas contra las personas en el trabajo o cuando están cumpliendo con sus obligaciones”<sup>3</sup>.

Si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, el sector de la atención sanitaria corre un grave riesgo<sup>4</sup>. Un comunicado de prensa de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2002 revelaba el siguiente dato: cerca del 25% de los incidentes violentos en el trabajo se producían en el sector de la salud y más del 50% de los profesionales de la atención sanitaria habían experimentado incidentes de este tipo debido al estrecho contacto que mantienen con los pacientes<sup>5</sup>.

La Oficina de Estadísticas del Ministerio de Trabajo de los EE.UU. utiliza una tasa que mide el número de eventos violentos (agresiones que causaron lesiones) ocurridos por cada 10 000 trabajadores de tiempo completo. En el año 2000, los trabajadores de salud tuvieron un índice de 9,3, ascendiendo este a 15,0 para los asistentes sociales y 25,0 para las enfermeras, siendo 2,0 el índice general para todos los trabajadores<sup>6</sup>.

La violencia es una amenaza permanente en la sociedad en que vivimos; hay violencia en las calles, en los hogares, en los medios de transporte, en los colegios, etc. Esta misma violencia ha penetrado en la asistencia a los pacientes, así hay violencia en las largas colas que se forman para la atención. Cuando se pide una cita adicional, un favor, que antes era motivo de agradecimiento hoy es una exigencia que puede tornarse en violenta, y también la larga espera de una cama de hospitalización en un servicio de emergencia sobresaturado. Hay una amenaza explícita o implícita de iniciar acciones legales si las cosas no se solucionan como el paciente o el familiar

pretende. La violencia genera nuevas dificultades pero, sobre todo, rompe la relación de confianza que debería existir entre el equipo de salud y el enfermo. En una encuesta realizada en Argentina a la que respondieron 30 100 médicos y en la que participaron profesionales de México, Colombia, Uruguay, Perú y otros países, se vio que: 45,4% de los médicos sufrió algún tipo de agresión; 52,4% sufrió agresiones verbales de los familiares (29,4%) y de los pacientes (23%)<sup>7</sup>. En España, en el 2015, hubo 361 agresiones contra los médicos, 1,5% por cada mil médicos, lo que significó un incremento del 5% con respecto del año anterior<sup>8</sup>.

## CAUSAS DEL PROBLEMA

Cabe citar que el mundo de la salud vive intensos cambios que han supuesto nuevas formas de acercarnos a los demás y de relación entre el equipo de salud y el paciente, creando condiciones de “exigir”. Así, citaremos:

1. La tecnología. En el último cuarto del siglo pasado la tecnología aplicada a la medicina evolucionó de forma exponencial; y, esta tecnología, en nuestro medio, quedó relegada a aquellas personas que tenían un seguro cuantioso o suficientes medios económicos como para poder adquirir los nuevos servicios, llámese cuidados intensivos, diálisis, fertilización asistida, etc. La medicina apareció marcada por un uso mercantilista, era comprada según indicación médica y posibilidades adquisitivas. Es decir, el siglo pasado abrió una nueva forma de relación equipo de salud-paciente, vamos a llamar “utilitarista”, marcada por el uso de la tecnología y las posibilidades económicas. Esto afectó la relación médico-paciente, ya que el paciente venía y viene a los hospitales buscando la tecnología para curarse y es visto como “cliente” o usuario, dispuesto a comprar la novedad que la tecnología ofrece. Como ejemplo de ello los pacientes que solicitan no una consulta sino exigen una determinada prueba, como puede ser una resonancia magnética.
2. Los seguros. El tener un seguro médico sea por el trabajo o en una condición de ayuda social por parte del estado pone a los pacientes en una condición de “exigir”, ser vistos por determinados especialistas, hacer determinadas pruebas diagnósticas a solicitud de los propios

pacientes y exigir terapéuticas que en ocasiones pueden ser innecesarias. Es posible que un paciente entre en una especie de “shopping médico” hasta encontrar a aquel que cumpla sus expectativas. Esto afecta de forma profunda la relación médico-paciente. Médico y paciente pueden “utilizar” el seguro, el paciente como derecho a ser atendido según cobertura de su seguro y el médico con derecho a solicitar y hacer una serie de procedimientos hasta el techo económico que proporciona el seguro. No importa tanto si esto encaja en las buenas prácticas exigidas por la ciencia y la enfermedad y/o dolencia cuanto si encaja en los intereses particulares del paciente o del médico. Esta relación médico-paciente queda marcada de nuevo por un objetivo utilitarista.

Hace unos años en una conferencia impartida en Lima por James Drane, dirigiéndose al auditorio nos preguntó: ¿Qué principio creen Uds. que rige hoy la ética médica? El auditorio fue opinando: la autonomía, la justicia, etc. Él sacó de su bolsillo un billete de dinero y lo mostró al público: *¡Este es el principio que rige hoy la ética médica!*

3. El principio de beneficencia, principio rector de toda intervención del equipo de salud sobre una persona sujetado a dos condiciones: La autonomía del paciente y la economía. La relación amical y paternal que ha sido vector de la relación médico-paciente tiene hoy un tinte de desconfianza ya que no es posible comprar la amistad ni la confianza. Es necesario tiempo, ciencia, afecto, para que la relación pueda ser entendida como alianza sin sospecha de otros intereses.
4. La información. La difusión de los conceptos sobre enfermedades y tratamientos hace posible que los pacientes conozcan de sus enfermedades muchas cosas; pero, también es posible que sus conceptos tengan una interpretación poco ortodoxa, pues la lectura de Internet no asegura que haya sido desde páginas confiables o que haya un sustrato de conocimientos desde el que paciente pueda interpretar lo que le pasa. No obstante, la información es, en el momento actual un arma poderosa para que los propios pacientes conociendo las causas, consecuencias y el tratamiento de las dolencias que padecen puedan hacer alianza terapéutica con el equipo de salud.
5. La universalización del derecho de ser atendido y tratado se ha hecho extensiva a todos los niveles, creando la utopía de que es casi posible curarse de todo y que si esto no sucede podría haber un culpable que habitualmente es el médico. Es frecuente hablar de los derechos de los pacientes, poco frecuente escuchar los deberes y menos frecuente considerar en la relación médico-paciente que esta es una relación entre personas donde ambas tienen derechos y deberes. Los sistemas de fiscalización al equipo de salud han empoderado al paciente; así, en los hospitales públicos hay personal encargado de escuchar a los pacientes, de recoger sus quejas más no al equipo de salud.
6. El mundo globalizado ha puesto delante de nosotros a personas que incluso siendo del mismo país tienen diferentes culturas e incluso diferentes idiomas. Es allí donde nuestras actitudes no tienen los mismos significados para ambos interlocutores. En nuestro medio hay pacientes que son traídos desde puntos geográficos lejanos a hospitales de mediana y alta complejidad, después de haber recibido tratamientos empíricos bajo la creencia de que “en los hospitales uno se muere”. Vienen con enfermedades terminales en las que los pacientes deberían recibir cuidados paliativos y no el encarnizamiento terapéutico al que habitualmente se llega y que deja muchas veces un profundo malestar en los familiares y un deterioro en la relación con el equipo de salud.
7. La paradoja de enfermedades relacionadas al propio modo de vivir: Diabetes, obesidad, hipertensión, etc., todas ellas de mala evolución y difícil control porque gran parte del tratamiento correcto está en la propia persona enferma. La explicación del porqué de estas enfermedades y del esfuerzo que deben hacer los pacientes en su tratamiento y cuidado personal ha puesto a los médicos en difícil situación e, incluso, en situación de ser denunciados. Por ejemplo cuando, se ha explicado a los pacientes los riesgos que tienen de enfermarse gravemente y morir si no cambian de estilo de vida. Esto ha creado un rechazo por parte los pacientes a



ciertos profesionales que les han habado con claridad sobre los riesgos que corre su vida.

8. Los fármacos. Hay un amplio repertorio de fármacos que sólo actúan como placebos y con los que los médicos podemos hacerlos incompetencia desleal. Muchas veces la pregunta del paciente es: *¿Qué voy a tomar?...* y no que me den una explicación de por qué me pasa lo que me pasa. También hay fármacos de última generación, muy caros, la mayoría con una equivalencia en resultados con otros anteriores pero con los que los laboratorios farmacéuticos desean obtener ganancias. Se ha creado la falsa expectativa entre los pacientes que un medicamento es más efectivo cuanto más costoso es. Así, placebos y medicamentos caros crean situaciones conflictivas en la relación médico-paciente

9. Medicina privada versus medicina social. El número creciente de clínicas privadas, tipo hoteles de más o menos lujo, en los que la atención pueda ser casi inmediata y un poco "a la carta", muestran a la medicina como un negocio lucrativo y una gran distancia percibida por los propios pacientes del modo de atención entre los lugares públicos y privados, como si hubiera pacientes de primera y segunda categoría.

Los factores enumerados, además de la prisa, la falta de diálogo y muchos otros no expuestos, han creado situaciones nuevas, situaciones límite, en las que se confronta el profesionalismo y el carácter de los profesionales, se pone en juego lo aprendido pero sobre todo se crean situaciones complejas, a veces difíciles, en un ambiente de vulnerabilidad, de desconfianza, de miedo, que puede generar violencia.

Hay factores que dependen del paciente y sus familiares, otros del equipo de salud y otros del entorno. Quiero hacer una reflexión sobre este último punto ya que el equipo de salud es el punto final de relación personal con el paciente, una especie de blanco en el que estallarán los problemas del entorno. La frustración frente a las dificultades genera violencia y rompe la relación de alianza tan necesaria para procurar la salud.

Se han descrito factores relacionados con el entorno<sup>9</sup>:

1. Características físicas y organizativas del centro:

- Áreas de recepción y circuitos inapropiados, no centrados en el paciente.
- Tiempos excesivos de espera.
- Interrupciones frecuentes en la consulta.
- Fallos reiterados en cuestiones burocráticas.
- Problemas en la socio demografía de la comunidad atendida.

Quiero añadir otros problemas específicos: Números telefónicos para reservas citas que nunca contestan, aplazamiento de citas para consultas y citas para pruebas por espacio de tres meses, para intervenciones quirúrgicas más de un año, desabastecimiento de la farmacia, falta de insumos en el laboratorio, etc.

El paciente tiene el derecho a ser tratado correctamente, de forma diligente y prudente, con técnicas y protocolos actualizados; del mismo modo, el paciente tiene derecho a exigir responsabilidad por los errores que se cometan, que deben compensarse adecuadamente de acuerdo con las normas generales del derecho en vigor. Por otro lado, el profesional sanitario tiene el derecho a ejercer su profesión con seguridad jurídica, imprescindible para la práctica de cualquier actividad<sup>10</sup>. Estos derechos no justifican en modo alguno la violencia.

La violencia generada a los médicos, pero en conjunto al equipo de salud, es un factor más de deterioro de la relación médico-paciente o equipo de salud-paciente. Se ponen en juego las emociones, los sentimientos, la forma de mirar al otro y surge como reacción, casi de forma inmediata, lo que hoy conocemos como medicina defensiva; es decir, el ejercicio profesional guiado no por el conocimiento científico o la experiencia del médico, no orientado a satisfacer una necesidad de salud del paciente sino a protegerse ante un eventual futuro reclamo del paciente<sup>11</sup>. Se la considera una forma no ética de ejercicio profesional, desde que el acto médico deja de tener por objetivo central al paciente, trasladándose aquél al propio médico. Tampoco es un ejercicio profesional éticamente admisible si se lo analiza desde la perspectiva de la salud pública ya que suma costos al sistema de salud, sin justificación ni beneficios para los pacientes<sup>12</sup>.

Nadie hubiera sospechado que en el siglo XXI, el equipo de salud, en su trabajo, no sólo actuara para mejorar al paciente sino para defenderse de él, y esto ha traído situaciones nuevas y lucrativas a terceros que no forman parte de los equipos de salud, por ejemplo abogados especializados en defender a los pacientes y a los médicos, juicios en cortes internacionales que determinan jurisprudencia, y es posible que la “trampa” que supone un juicio a alguna persona del equipo de salud sea una vez más una manera de encontrar a un culpable más que la solución a los problemas suscitados en el mundo sanitario.

## TRATAMIENTO

Reconociendo el peligro que enfrentan los trabajadores del Servicio Nacional de Salud (NHS), el gobierno británico lanzó en octubre de 1999 la campaña “Tolerancia Cero” para reforzar el mensaje de que las agresiones, la violencia y las amenazas contra el personal de sanidad no serían más toleradas<sup>13</sup>. Decisiones y compromisos como este ponen un principio de equidad en la relación paciente=equipo de salud.

En las situaciones descritas, hay preguntas latentes, tanto individuales, como institucionales, “el otro”, el bien del otro, debe ser motivo continuo de reflexión para una mejora. Podemos preguntarnos, ¿Qué están pidiendo los enfermos a los médicos? o ¿Qué están pidiendo los enfermos a las instituciones de salud en las que se atienden?

Es notable la diferencia en el trato que un paciente puede recibir en un hospital público y en un hospital privado, lo cual implica nuevas preguntas: ¿Es posible que mi trato hacia los demás pueda quedar condicionado por la institución en la que estoy, o por los recursos económicos o por causa de que me puedan despedir en el trabajo? Y nacen más preguntas: ¿Quién es el otro para mí? ¿Quién soy yo para el otro? De estas respuestas dependerán muchas de las intervenciones que podamos hacer para atender a las personas. La concepción metafísica de la persona que subyace en nosotros y en las instituciones determina lo que yo considero importante para el otro.

Como reacción al modelo de la medicina defensiva recientemente se ha levantado un nuevo paradigma de sólido fundamento ético, profesional y médico-legal: la llamada medicina asertiva. No es casual que para la denominación de este modelo se haya apelado a un

término estrechamente vinculado a la comunicación humana. De hecho, la asertividad es una forma de comunicación. Y, la comunicación es una de las claves para la prevención primaria, secundaria y terciaria de los conflictos interpersonales, incluidos los de la relación médico-paciente.

Si la medicina defensiva proviene del mundo desarrollado, la medicina asertiva es una respuesta latinoamericana. Tena y Sánchez, los autores mexicanos que elaboraron esta construcción teórica, definen cuatro cualidades del acto médico que darían como resultado una medicina asertiva: buena comunicación, sujeción del acto médico a la *lex artis ad hoc*, respeto de los derechos del paciente y respeto de los derechos del médico<sup>13</sup>.

A la instituciones públicas, de servicio a los más necesitados, bajo este concepto de ayuda les toca cuanto menos resolver las situaciones del “entorno” que de por sí generan violencia. Al equipo de salud le corresponde un esfuerzo continuo porque nuestro concepto de persona sea no según el pesimismo emblemático de Hobbes, “el hombre es lobo para el hombre”, sino que este quede transformado en el supremo derecho y deber fundamental del que dimanen todos los demás derechos y deberes humanos, “el hombre debe ser sacralidad para el hombre”<sup>12</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.monografias.com/trabajos94/que-es-bullying/que-es-bullying>
2. Gini G, Pozzoli T, Lenzi M, Vieno A. Bullying victimization at school and headache: a meta-analysis of observational studies. *Headache* 2014;54(6):976-86. doi: 10.1111/head.12344
3. Occupational Safety and Health Administration (OSHA). U.S. Department of Labor. Guidelines for preventing workplace violence for healthcare & social service workers. 2004.
4. Organización Internacional del Trabajo OIT, Consejo internacional de enfermeras CIE, Organización Mundial de la Salud OMS, Internacional de Servicios Públicos ISP. Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. Ginebra. 2002. URL disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/publication/wcms\\_160911.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf) (acceso el 1 de mayo de 2016).
5. Altemir M, Agresiones al personal sanitario: Estrategias de afrontamiento de la conducta agresiva del paciente. Tesis de Grado. Universidad Pública de Navarra, 2014.
6. U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. (2001). Survey of Occupational Injuries and Illnesses, 2000.
7. Braga F, Prats M, Luna D, Melamud A, Flichtentrei D. Agresiones contra médicos. *Intramed* 22 de agosto de 2005. URL disponible en: [www.intramed.net](http://www.intramed.net) (Investigaciones).
8. Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial (OMC). 16 de marzo del 2016. URL disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2016/03/16/56e9609022601d676b8b45a4.html> (acceso el 10 de junio 2016).



9. Agreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *An Sist Sanit Navar* 2001; 24 (2). URL disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5899/4754> (acceso el 16 de mayo del 2016).
10. U.S. Congress. Office of Technology Assessment. Defensive medicine and medical malpractice. Washington: U.S. Government Printing Office, 1994: 186 p. (Publicación n°: OTA-H-602). URL disponible en: <http://www.wvs.princeton.edu/ota/disk1/1994/9405/9405.PDF> (acceso el 10 de mayo 2016).
11. Lorente Acosta J. Medicina y justicia. *Medicina Interna*. Elsevier; 2004.
12. Department of Health. Campaign to stop violence against staff working in the NHS: NHS Zero Tolerance Zone. Health Service Circular 1999/266, London.
1. Rodríguez H. Editorial. *Rev Med Urug* 2006; 22: 167-168.
13. Rielo F. *Mis meditaciones desde el modelo genético. Tratamiento sicoético en la educación*. Madrid: Ed. Fernando Rielo, 2001.

Correspondencia: Dra. María Pilar Bandrés Sánchez

e-mail: [maria.bandres@upch.pe](mailto:maria.bandres@upch.pe)

Declaración de Conflicto de Interés: Ninguno.

Fecha de recepción del trabajo: 20-06-2016.

Fecha de aprobación para publicación: 15-01-2017.