

Informe SESPAS

Hygea y la virtud o recordando a Protágoras: diálogo sobre ética de la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018



Andreu Segura-Benedicto^{a,*}, Begoña Román-Maestre^b y Àngel Puyol-González^c

^a Consell Assessor de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

^b Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de febrero de 2018

Aceptado el 17 de junio de 2018

On-line el 20 de agosto de 2018

Palabras clave:

Salud comunitaria
Promoción de la salud
Principios morales
Paternalismo

R E S U M E N

Conversación entre la ética y la salud pública sobre las implicaciones morales de la promoción de la salud comunitaria, en la que se destaca la importancia de respetar la autonomía y de contribuir al empoderamiento de la comunidad con la que se colabora, además de la conveniencia de establecer un compromiso explícito en el que consten los límites de la colaboración y de la oportunidad de una deontología específica.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Hygeia and virtue or remembering Protagoras: dialogue on community health ethics. SESPAS Report 2018

A B S T R A C T

A dialogue between ethics and public health on the moral implications of the promotion of community health in which the importance of respecting autonomy and contributing to the empowerment of the community with which it collaborates is highlighted; in addition to the appropriateness of an explicit commitment that sets out the limits of collaboration and the opportunity for a specific deontology.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Community health
Health promotion
Morals
Paternalism

Introducción

En el diálogo *Protágoras*, Platón presenta el sofista al joven Hipócrates para que aprenda de sus virtudes. El desarrollo de una perspectiva ética propia en la salud pública es muy reciente y durante mucho tiempo se ha limitado a consideraciones utilitaristas, tal vez porque (¿ingenuamente?) las buenas intenciones de los salubristas se suponen; prejuicio más habitual si cabe en el ámbito de la promoción de la salud comunitaria. De ahí la conveniencia de un diálogo en el que se compartan y confronten valoraciones desde una y otra disciplinas.

Diálogo

¿Cuáles son los agentes que pueden someterse a juicio moral que intervienen en el ámbito de la salud comunitaria?

Àngel Puyol (AP): Cabe pensar una salud comunitaria que integre la salud de todos los seres vivos de la comunidad (incluyendo

animales no humanos, ecosistemas...), no solo porque su salud afecta a la humana, sino sobre todo por el bien moral que supone la propia salud de todo lo que no es humano. Además, si bien el ámbito de la salud comunitaria es local, la globalización amplía la comunidad de salud a grupos muy alejados entre ellos. Al fin y al cabo, lo que ocurre en el otro lado del mundo acabará afectándonos tarde o temprano por vía medioambiental, de transmisión de infecciones, de estilos de vida, migraciones, etc.

Andreu Segura (AS): Para mí lo son todos los que intervienen en los procesos, sobre todo aquellas personas que «aterrizan» en la comunidad para contribuir a promover la salud, pero los componentes de la comunidad también son sujetos de derechos y deberes.

¿Qué aspectos éticos convendría tener en cuenta en los programas, proyectos e intervenciones de promoción de la salud comunitaria?

AP: Sin duda, el objetivo de todo programa, proyecto e intervención en la promoción de la salud comunitaria ha de ser la beneficencia, la ausencia de maleficencia, la autonomía y la justicia social. Hay que poner énfasis en estos dos últimos principios de la bioética, habitualmente más olvidados. Autonomía significa muchas cosas en salud, pero cabe enfatizar el empoderamiento. Cualquier intervención en salud comunitaria debe pretender mejorar no solo la salud de la comunidad, sino también las capacidades

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asegurabenedicto@gmail.com (A. Segura-Benedicto).

Puntos clave

- El principio de justicia es a menudo el motor para la implicación de la salud pública en la promoción de la salud comunitaria, lo que a veces puede soslayar la necesidad de respetar el principio de autonomía y de contribuir al empoderamiento de las comunidades, limitando al máximo actitudes paternalistas que, en cualquier caso, deberían ser temporales.
- Es imprescindible establecer un compromiso explícito y claro entre salubristas y miembros de la comunidad sobre sus respectivas obligaciones y su duración.
- Convendría desarrollar una deontología específica para los agentes de salud comunitaria profesionales.

de sus componentes para que decidan por sí mismos qué aspectos de su salud son mejorables y cómo deben mejorarse. También hay que acentuar la justicia social. Normalmente, unos individuos tienen mejor salud que otros, a veces incluso a costa de aquellos. Cualquier intervención salubrista debe tener esto en cuenta. Algunas medidas que aumentan la salud general pueden aumentar también las desigualdades en salud. En ese caso, quizás sea preferible priorizar la salud de los que están peor, aunque eso suponga una salud agregada menor de la que se podría conseguir. En otras palabras, equidad antes que maximización (utilitarista) de la salud agregada de la comunidad. Cada caso puede ser diferente, pero no tener en cuenta este aspecto de la injusticia social en términos de salud comunitaria sería imperdonable desde un enfoque ético o bioético.

Begoña Román (BR): En consonancia con el empoderamiento, valdría la pena subrayar dos elementos más: la estabilidad y los vínculos comunitarios. En este sentido, las medidas y los programas de salud pública no deberían entorpecer la vida ni las dinámicas de las comunidades, o hacerlo lo menos posible; y tampoco hay que añadir tensiones entre los grupos dentro de la comunidad. Por eso es muy importante gestionar la información y el acceso a los recursos, evitando alarmismos o colapsos en la comunidad. En línea con la justicia, la distribución de riesgos y beneficios debe velar también por la proporcionalidad de las medidas, su eficiencia y su seguridad.

AS: Me preocupa particularmente hasta qué punto es admisible seducir a algunas de las personas relevantes de la comunidad para hacer atractivo un proyecto en cierto modo foráneo; y viceversa, hasta qué punto es ético no intentar ningún tipo de acción seductora. Tal vez atendiendo a la distinción entre la ética de la responsabilidad y la ética de la convicción, como sugería Max Weber¹. Naturalmente, hay que tener en cuenta valores como la veracidad y la prudencia, y tal vez respetar los principios de la bioética, aunque se elaboraran en el contexto de la investigación médica. Pero quizás habría que considerar que si el trabajo con la comunidad es temporal debería quedar muy claro que no se la puede dejar colgada.

¿Es admisible moralmente una intervención ajena a la comunidad? ¿En qué circunstancias? ¿Bajo qué condiciones?

BR: Para intervenir desde fuera hay que demostrar que no hacerlo sería aún peor para la propia comunidad. Y si por razones de urgencia hay que hacerlo, cabría acotar el nivel de intervención y prever que, una vez empoderada la comunidad, hay que ser prescindibles. La idea es que si se hace bien se generan recursos en la misma comunidad que hacen superflua una nueva intervención. Si lo que se genera es una dependencia continua u otras formas de dependencia, la intervención es reprochable.

AP: Contra el paternalismo hay que promover el empoderamiento y la democracia. No se puede decidir desde fuera sin más. Hay que estimular procesos participativos de toma de decisiones entre los afectados. Es más justo, pero también más eficaz; una intervención ajena a la comunidad puede no ser creíble para esta, y por tanto tendrá un impacto menor, con menos complicidades, con menos conocimiento sobre cómo implementarla, etc.

AS: Sí me parece moralmente admisible colaborar con la comunidad sin pertenecer a ella, pero en este caso estableciendo un compromiso que aclare el alcance y los límites de la colaboración.

¿Cómo debe gestionarse moralmente la asimetría entre profesionales y ciudadanos?

AS: Seguramente reconociendo que los conocimientos y las habilidades del profesional tienen su aplicación en un ámbito específico, y que las personas de la comunidad tienen otros conocimientos y habilidades distintas. También con lealtad y sinceridad. Y desde luego, rindiendo cuentas².

AP: Y con modestia, humildad, respeto a las diferencias y empatía. Modestia para reconocer que no existen varitas mágicas. Humildad para aprender de los conocimientos locales, por muy variopintos que puedan parecer. Respeto a las formas de vida distintas, siempre que no promocionen injusticias locales, que también sucede. Y empatía con los sujetos de la comunidad a los que se pretende ayudar, para no convertir la acción comunitaria en un mero asunto burocrático e impersonal.

BR: Añadiría la transparencia en las políticas públicas ligada a la pedagogía en la forma en que se presenta la información. Transparencia también acerca de cómo se toman las decisiones sobre los programas o proyectos, quién los lleva a cabo y la evaluación que se hace de todo ello. La generación de confianza lo exige. Es un deber de los profesionales explicar lo que hacen y lo que dejan de hacer si hay que priorizar recursos e intervenciones.

¿Hasta qué punto es aceptable una actitud paternalista?

AP: El paternalismo no es un fin en sí mismo, sino que debe estar siempre al servicio del empoderamiento. Debido a la enorme vulnerabilidad de determinadas poblaciones, en algunos casos hay que tomar la iniciativa, pero sin dejar de contribuir al incremento de la capacidad de la comunidad para tomar sus propias decisiones; si no, más que paternalismo se trata de autoritarismo.

BR: Y ello obliga a explicitar la vulnerabilidad que se intenta proteger, así como a justificar la ausencia de mejores alternativas de protegerla.

AS: Conviene conocer el planteamiento paternalista «blando» o «libertario»³, del que se ha desarrollado una aplicación en el ámbito de la promoción de la salud⁴. En este caso no se impone, sino que se facilita una determinada decisión. Sin embargo, está claro que si se persiste en poner fácil una alternativa no se ejercita la propia responsabilidad de elección. Hay algunas reflexiones acerca del recurso al paternalismo muy interesantes^{5,6}.

¿Cuáles son los límites (mínimos y máximos) del compromiso con la comunidad?

AP: Hay que establecerlos explícitamente, antes y durante la acción sobre la comunidad, y revisarlos a cada nuevo paso que se da. Todos los implicados tienen que saber, en todo momento, qué es lo que se está haciendo y por qué, y deben estar de acuerdo. El «consentimiento informado» es fundamental para garantizar la legitimidad de la acción sobre los demás.

AS: Diría que hay que acotar claramente el compromiso (a modo de contrato) que alguien que trabaja en la promoción de la salud

comunitaria desde fuera está dispuesto a respetar, como propone muy razonadamente Nussbaum⁷.

BR: Sin duda, por razón de transparencia y responsabilidad. También para acordar qué se hace, quién y por qué, máxime cuando interviene mucha gente y hay que organizarse. A esto añadiría que atender a la peculiaridad de la comunidad personaliza y esquiva procesos en excesos generalistas, desconsiderados con las idiosincrasias del caso, algo que la ética no puede olvidar: los contextos, lo particular y lo concreto. En salud comunitaria esto se traduce en atender a las idiosincrasias de cada cultura.

¿Hace falta una deontología para los profesionales de la atención comunitaria?⁸ ¿Por qué? ¿Para qué?

AS: Seguramente sería beneficioso para la comunidad y para los profesionales que estos tuvieran cierta formación ética y alguna experiencia sobre la aplicación práctica de las consideraciones éticas a las actividades de promoción de la salud comunitaria. No tengo tan claro que sea imprescindible una formalización determinada. Sin embargo, conviene tener claras qué son y qué consecuencias pueden tener las intervenciones comunitarias, porque pueden ser benéficas o perjudiciales, alienadoras o emancipadoras, moralmente buenas o malas. Por ello sería interesante tenerlas en cuenta, y también porque los aspectos éticos pueden hacer más comprensibles y más aceptables determinadas intervenciones sanitarias (contribuir a la salud de la comunidad, respetar los derechos a la salud de terceros, etc.).

BR: Añadiría la formación en gestión de *lobbies* o grupos de interés, y la gestión de conflictos, sobre todo porque pueden aparecer conflictos entre derechos personales e interés/bien público, pero también porque los grupos de presión pueden generar injusticias a la hora de la representatividad de los intereses comunitarios. Pensamos, por ejemplo, en la necesidad de que alguien vele por los intereses de las otras especies, o simplemente de las generaciones futuras.

AP: Totalmente de acuerdo. Lo fundamental es reconocer que toda intervención en la vida de los demás tiene siempre un

componente ético y político, saberlo identificar cada uno de los profesionales y dotarse, como colectivo, de unas prácticas de autorregulación ética.

Contribuciones de autoría

A. Segura propuso las preguntas que los tres autores respondieron, y los tres consensuaron la redacción final.

Agradecimientos

A los revisores, cuyos comentarios han enriquecido el texto.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Weber M. El político y el científico. Madrid: Alianza Editorial; 2010. p. 240.
2. Daniels N. Accountability for reasonableness. *BMJ*. 2000;321:1300-1.
3. Sunstein C, Thaler R. Libertarian paternalism is not an oxymoron. *U Chi L Rev*. 2003;70:1159-62.
4. Thaler RH, Sunstein CR. *nudge: improving decisions about health, wealth and happiness*. New York: Penguin Books; 2009. p. 293.
5. Hernández I. La libre opción individual y la salud. *Paternalismo directivo o irresponsabilidad pública ante el sufrimiento y la desigualdad*. *Folia Humanística*. 2017;5:1-21.
6. Carter S, Entwistle VA, Little M. Relational conceptions of paternalism: a way to rebut nanny-state accusations and evaluate public health interventions. *Public Health*. 2015;129:1021-9.
7. Nussbaum MC. *Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós; 2007. p. 67-82.
8. Terpstra J, Coleman KS, Nebeiker C. The role of community health workers in health promotion research. *Health Promot Pract*. 2011;12:86-93.