



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Etica y promoción de la salud

Campañas oficiales: ¿información o propaganda?

Aquilino Polaino-Lorente

Prácticamente en todos los países proliferan las campañas de promoción de la salud dirigidas por los poderes públicos. Empleando grandes medios de difusión, el Estado intenta convencer a los ciudadanos de cuáles son los hábitos que deben adquirir para conservar y mejorar la salud. Pero, a menudo, eso es tanto como tratar de modificar la conducta libre de la gente, lo que supone claras implicaciones éticas. Si se escamotea esta dimensión moral, puede ocurrir que las campañas oficiales ejerzan una presión injusta sobre el ciudadano, al *vender* como cosa científicamente demostrada un mensaje que en realidad presupone unas actitudes ante la vida muy discutibles. Este es el tema que plantea Aquilino Polaino-Lorente en un capítulo de su último libro ¹, que presentamos resumido. El autor es doctor en Medicina y licenciado en Filosofía y actualmente ejerce como catedrático de Psicopatología en Madrid.

Muchos de los comportamientos humanos, por propia naturaleza, pueden y deben considerarse desde la perspectiva ética. La educación para la salud no puede escapar a esta exigencia, tanto más cuanto que la salud es en sí misma un valor del que el hombre tendrá que rendir cuentas, cualquiera que sea la opinión que ésta le merezca.

Dilemas éticos

El fascinante ámbito del comportamiento ético resulta hoy algo apasionante, especialmente en lo que se refiere a los temas de salud. Se diría que todo el ejercicio profesional de la medicina y de la promoción y educación para la salud están hoy penetrados por esta preocupación. Resulta muy difícil encontrar una sola parcela de esos ámbitos, donde no sean manifiestas las implicaciones éticas del comportamiento de los profesionales.

A título de ejemplo, baste recordar las investigaciones clínicas, el aborto, la aplicación de contraceptivos, la ingeniería y terapia genéticas, las nuevas tecnologías reproductivas, el trasplante de órganos, la eugenesia, el consejo genético, etc. Por singularizar esta exposición, piense el lector en la

polémica que se está llevando a cabo respecto al problema del SIDA: ¿Hasta qué punto es lícito a los empresarios, desde la perspectiva de la salud, la marginación laboral de los pacientes afectados por el SIDA? O, ¿hasta qué punto es ético retraer fondos de la comunidad, que son imprescindibles para el tratamiento de los actuales pacientes, e invertirlos en la promoción de la salud futura —con todo lo que ésta tiene de problemática— de otros ciudadanos, cuando realmente no estamos seguros de su eficacia?

Todos responsables

Tanto el individuo como la sociedad están comprometidos en la salud personal y colectiva. El individuo es responsable de su salud a través de sus hábitos de comportamiento, de su estilo de vida, etc.; la sociedad, a través de las medidas legales, económicas, asistenciales preventivas, etc., que promueven una determinada actitud frente al comportamiento sano individual y colectivo.

Por todo ello, tanto los gobiernos como los individuos están igualmente comprometidos en la promoción de la salud personal y pública y cual-

quier programa preventivo, que tenga la pretensión de ser eficaz, ha de dirigirse principalmente a la persona y secundariamente a la sociedad.

Educación para la salud

La educación para la salud puede entenderse como una combinación de métodos de aprendizaje cuya finalidad es facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento conducente a la salud. En la anterior definición debe destacarse el término *adaptación voluntaria*. Quiere esto decir que la educación para la salud comporta una dimensión ética ineludible; que aunque sea un bien en sí misma, sin embargo, debe contarse con la libre voluntad del educando.

Es cierto que la libertad de la voluntad será tanto mayor cuanto mejor informada esté. Sabemos que la ignorancia esclaviza al hombre. Si conociésemos algunas de las consecuencias de nuestros actos, bastantes de ellos tal vez no llegarían a producirse. Se es tanto más libre —se goza de mayor libertad— no sólo cuanto mayor y más exacta sea la información recibida, con ser ésta muy importante, sino también cuanto más profunda sea la formación desde la cual podemos valorar objetivamente esa información.

Papá Estado te informa

En la actualidad es muy frecuente que los gobiernos —urgidos como están por abaratar el coste de las enfermedades— se interesen por la promoción de la salud, orquestando campañas informativas, tratando de cambiar hábitos de comportamiento y modificando la opinión pública que hasta ese momento se aceptaba como la más adaptativa, acaso por presentarse también como la más de moda.

Obviamente, es un deber de cualquier gobierno el empleo de todos estos recursos para promover la salud de sus ciudadanos. Pero no está tan claro que los cambios de opinión producidos por su intervención se hagan contra la libre voluntad del ciudadano, de manera que éste perciba una fuerte presión, contraria a su natural comportamiento.

Precisamente por eso, la adaptación del individuo a la propuesta de un nuevo y más higiénico estilo conductual debe ser siempre voluntaria. Y deja de ser voluntaria, en la medida en que esas campañas en favor de la promoción de la salud se realizan de espaldas a la libre información que debe suministrarse al ciudadano. En algunos casos no parece sino que, a través de esas campañas, la promoción de la salud degenera en publicidad, en *marketing*, en propaganda subliminar. De hecho, casi nunca se solicita al ciudadano su consentimiento

para esas informaciones, por lo que hay que dudar de que la adaptación de su conducta a la nueva promoción de objetivos sea voluntaria. En una sociedad en la que se promoviese la salud de este modo, ¿puede o no hablarse de manipulación del hombre?

El poder de las campañas

La influencia de los *mass-media* en este punto resulta incuestionable. Si estos medios se entregan, sin ningún espíritu crítico, al modelo de salud que quiere promover un gobierno concreto, mientras se silencia el descuido voluntario de informaciones relativas a otras diferentes áreas de salud, habrá que concluir que su contribución atañe más a la manipulación que a la promoción de la salud humana.

En los recientes *spots* publicitarios de la televisión española en torno a la promoción de la contracepción se cumple lo que acabo de afirmar. Esa campaña ha sido promovida por el ministerio de Salud y Consumo, probablemente porque la contracepción constituye un dudoso objetivo prioritario para el actual ministerio en la promoción de la salud. Una vez que se ha optado por ese objetivo, al ciudadano no le queda otra alternativa —al no haber mediado ninguna consulta previa— que contribuir obligatoriamente a esa promoción de la salud a través de los impuestos, aunque esté en contra de esa opción por sentirse persuadido de que su alcance y eficacia sean más bien contraproducentes, dada nuestra actual baja tasa de natalidad.

¿Qué sucederá si, como consecuencia de esta campaña informativa, en el próximo quinquenio aumenta el número de embarazadas adolescentes? De darse esta posibilidad, es muy probable que algunas de ellas apelen e invoquen algún artículo de la ley del aborto para interrumpir voluntariamente su gestación. Lógicamente esa intervención supone un riesgo y cuesta un dinero. De confirmarse esto, dicha campaña no habrá promovido la salud, sino que habrá aumentado el riesgo de enfermedad, además de haber contribuido a aumentar el número de abortos. Los gastos de todo esto, los seguirán pagando los contribuyentes, con cuyos fondos se subvencionó la aludida campaña.

Salud por decreto

Antes de que se implante un programa de promoción de la salud, debería examinarse pormenorizadamente si reúne alguna de las características exigibles como, por ejemplo, la mayor o menor facilidad con que puede ser implantado en la población; si satisface o no los objetivos previstos; si su puesta en marcha conlleva un buen aprove-

chamiento de todos los recursos disponibles (institucionales, económicos, etc.); si facilita la convergencia de todas las acciones con él implicadas en la consecución de su fin; etc.

Lo que en ningún caso puede hacerse es imponer la educación para la salud por decreto y de espaldas a todas estas realidades sociales. Cuando estos requisitos no se satisfacen, sólo cabe esperar el caos legislativo e institucional, la ausencia de confianza de los ciudadanos en la eficacia de estos programas y la malversación y el dispendio de importantes partidas económicas.

Los naipes ocultos

Para persuadirnos al cumplimiento de las anteriores propuestas, se nos hace creer que cada persona es dueña de su destino y que nos lo apropiaremos o no, en función de que controlemos o no nuestras conductas y nos expongamos o nos resistamos a las influencias del ambiente en que estamos inmersos. Este planteamiento —en cierto modo válido— parece chocar con otras dificultades, cuya presentación siempre se escamotea.

Pues con frecuencia el educador para la salud omite en sus planteamientos algunas consideraciones que son del todo irrenunciables. Por ejemplo, el hecho de que en su modelo la cantidad de vida (la duración de la vida) sea más importante que la calidad de vida; que la vida sea considerada más bien como un fin que como un medio; que vivir más tiempo sea más importante que la satisfacción de nuestros deseos o el cumplimiento de nuestros propósitos.

El educador parte de estos supuestos —sin los cuales el modelo comportamental que nos propone no tendría fundamento— cuya verdad o falsedad, por otra parte, no puede verificar ni refutar. Estos supuestos, presentados como indiscutibles en este planteamiento, son en realidad muy relativos, encarnando valores frente a los cuales cada hombre, libremente, ha de optar. El encubrimiento, probablemente no intencionado, de los valores que están en la base de las conductas aconsejadas como más convenientes, podría limitar en cada hombre sus posibilidades de elección, lo que supone una renuncia de la libertad personal.

El educador para la salud satisfaría mejor las exigencias del comportamiento ético si manifestase al educando esos presupuestos y el hecho de que aún no están probados, además de enseñar a su cliente las estrategias necesarias para cambiar la conducta frente a la salud, en función de los valores que aquél libremente elija. El educador no puede ignorar ni escamotear en la práctica las varia-

das opciones que se presentan a cada persona respecto de su salud individual.

Valores discutibles

Supongamos que para una persona la vida sólo tiene un valor de medio y no de fin. Supongamos que opta por la persecución del éxito como fin al que debe ordenarse el medio que es su vida. Una persona así, que opte por el éxito como supremo valor, difícilmente admitirá la posibilidad de un estilo de vida cuyo propósito consista en alcanzar la longevidad. Este individuo “no quiere morir de viejo” sino que todo el mundo reconozca su valía personal, poco importa el precio que tenga que pagar por ello. En una persona como la que acabo de describir, la implantación de comportamientos tendentes a mantener y mejorar la salud puede llegar a ser difícil.

El educador debe saber que con su intervención contribuye a cambiar la voluntad de su cliente, aunque para ello no disponga —tampoco se lo ha planteado— de su explícito consentimiento. De ahí que su labor sea tan frecuentemente persuasiva y velada.

El educador para la salud hace suposiciones puestas que no ha podido, ni puede demostrar, que la longevidad sea el supremo valor al que el hombre debe someter su vida con tal de alcanzarlo. El valor indemostrado de la longevidad es muy discutible, sobre todo si nos atenemos a lo que sucede en el presente con las personas de la tercera edad. ¿Vale la pena dejar de fumar, dormir cada día ocho horas, hacer *footing* todos los días y dejar de beber, para más tarde jubilarse a los 60 años, ser considerado un estorbo por los familiares y ocupar una cama en un asilo durante los veinte últimos años de la vida?

Clarificar los conceptos

Es necesario estudiar las inferencias, convicciones y prejuicios que sostienen esas presunciones, tanto entre los pedagogos de la salud como entre sus clientes potenciales. No se olvide que estos presupuestos —mejor o peor enraizados en la sociedad—, cambian, suplantando y/o modificando a la misma realidad. Lo que cada persona presupone, atribuye e infiere respecto de su conducta, en relación con la salud, afecta tanto a su comportamiento como el conocimiento de la realidad, a pesar de que esas presunciones, inferencias y atribuciones acaso no sean verdaderas. Pero si desconocemos cuáles son estas presunciones, ¿en función de qué principios podemos exigir a una persona que abandone o modifique su conducta —que luche con todo su esfuerzo al precio de tantas privaciones—, sin que

esté aún fundamentado el principio —sin conocerlo todavía— que, según parece, lo aconseja como más conveniente?

Muchas campañas estatales sugieren al público que la conservación de su salud depende de la adopción de los comportamientos recomendados. Pero tan utópico es atribuir al hombre el ser dueño de su propio destino, como considerarlo desvalido para hacer frente a su propio comportamiento. Las actitudes de omnipotencia también aquí pueden ser nefastas, pues si la salud depende de la conducta y frente a ésta nos percibimos como omnipotentes, la aparición de una enfermedad será mucho más frustrante e inexplicable.

No hay una receta para todos

Son muchas las variables que intervienen en el mantenimiento de la salud. De ahí que no dispongamos de *recetas* simplificadas —tan simplificadas como reduccionistas— para promover, de forma generalizada, la salud entre los ciudadanos. Pero sí sabemos que el futuro de las investigaciones sobre la salud conductual ha de pasar por el estudio de sus implicaciones éticas, si de verdad la salud comportamental quiere ser eficaz.

Todavía hoy desconocemos la raíz de muchas suposiciones que, no obstante, interfieren, moldean y acaban configurando nuestro comportamiento frente a la salud. Hay personas, por ejemplo, que están conformes al menos teóricamente, con morir cuando les llegue su momento; otras, que consideran la salud como un fin por lo que escamotean su exposición a cualquier situación estresante; para un tercer grupo, la salud sólo depende del azar y de la suerte que se tenga. Hay quienes consideran que vale la pena cuidarse y renunciar a algunos placeres con tal de vivir más tiempo; algunos optan por estrujar la vida viviéndola *a tope*, aunque por ello vivan menos años; otros consideran la enfermedad como un castigo o se atribuyen un gran control sobre su estado de salud o identifican la salud y la enfermedad como necesarias consecuencias del estilo comportamental que tienen o tal vez consideran que su estado de salud es totalmente independiente de su comportamiento.

Estas y otras posibles tipologías —por otra parte bien arraigadas entre nosotros— forzosamente han de generar una mayor o menor adherencia a los programas de promoción de la salud comportamental. Por eso mismo, la consideración ética de estas implantaciones resulta irrenunciable.

Aquilino Polaino-Lorente

(1) Aquilino Polaino-Lorente. *Educación para la salud*. Herder. Barcelona (1987). 208 págs. 1.060 ptas. Capítulo 11: *Implicaciones éticas en la educación para la salud*, pp. 147-164. Reproducido con autorización.

Coste y eficacia de las campañas contra el SIDA

(ACEPRENSA). En el reciente congreso internacional sobre el SIDA (Londres, 26-28 de enero), los delegados de los 146 países participantes (incluidos 114 ministros de sanidad) intercambiaron experiencias sobre las campañas de prevención. Los asistentes, en general, reconocieron que, aunque estas campañas han contribuido a alertar al público y a derribar mitos sobre las vías de contagio, apenas han afectado a los comportamientos. Muchos han sugerido que en el futuro los esfuerzos deberían estar mejor dirigidos, apuntando a los grupos de mayor riesgo. Por otra parte, se comprueba que se accede mejor a estos sectores de población mediante el trabajo de organizaciones voluntarias, que en diversos lugares han resultado eficaces para cambiar la conducta de homosexuales.

El grupo más difícil es el de los drogadictos. Muchos de ellos persisten en compartir las jeringuillas, lo que constituye una de las principales vías de contagio. En Holanda y en Gran Bretaña se han puesto en marcha programas para facilitar gratuitamente agujas limpias a los drogadictos. Sin em-

bargo, España e Italia registran un gran número de casos de contagio a través de jeringuillas compartidas, a pesar de que en estos países se pueden obtener agujas limpias con gran facilidad.

Los efectos económicos del SIDA comienzan a preocupar a los gobiernos. Mientras las campañas de prevención siguen detrayendo millones de dólares, el coste del tratamiento de los enfermos no cesa de aumentar. En Gran Bretaña, se calcula que el Servicio Nacional de Salud necesitará 45 millones de dólares extras para hacerse cargo de los 3.000 nuevos casos de SIDA que se prevén para 1988-89. Cada enfermo del SIDA le cuesta al tesoro británico alrededor de 48.000 dólares; los cálculos norteamericanos sitúan el costo entre 50.000 y 150.000 dólares por paciente, según la duración del tratamiento. El precio del SIDA, en horas de trabajo perdidas, podría ser aún mayor, ya que la enfermedad se ceba especialmente entre la población activa (el grupo de edades con mayor riesgo es el de 25-45 años), agravando el problema de la financiación de los sistemas de pensiones.