



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

DESDE EL MÁSTER

Bioética para la comunidad: identificación y transmisión de nociones relevantes de bioética para la comunidad

Bioethics for the community: identification and transmission of relevant notions of bioethics for the community

Bioètica per a la comunitat: identificació i transmissió de nocions rellevants de bioètica per a la comunitat

ANA BARRENA EZCURRA *

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

La Revista de Bioética y Derecho se creó en 2004 a iniciativa del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), con el soporte del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: www.bioeticayderecho.ub.edu/master. En 2016 la revista Perspectivas Bioéticas del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se ha incorporado a la Revista de Bioética y Derecho.

Esta es una revista electrónica de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin coste alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

* Ana Barrena Ezcurra. Especialista en medicina familiar y comunitaria, médica de atención primaria en el Servicio Vasco de Salud. Máster en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona. E-mail: abarrenaezcurra@gmail.com.

* En esta sección tienen cabida las aportaciones de alumnos y ex-alumnos del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/master>.

Resumen

Se presenta el marco, desarrollo y resultados de un estudio en el que se concluye que los asuntos bioéticos pueden ser tratados con interés y aprovechamiento (con las adaptaciones y metodologías adecuadas) en actividades comunitarias. Se concluye también que la bioética debe impulsar y permear una acción comunitaria desde los centros de atención primaria, imbricada con la atención individual, promotora de la participación y el empoderamiento ciudadano, integrada intersectorialmente con otros sistemas en el territorio y comprometida con la justicia.

Palabras clave: ética; bioética; comunidad; salud; sanidad; atención primaria de salud; acción comunitaria; atención integrada.

Abstract

The article presents the framework, development and results of a study which concludes that bioethical issues can be treated with interest and profit (with appropriate adaptations and methodologies) in community activities. Above all, bioethics must promote and permeate a community action developed by primary care centres, imbricated with individual attention, promoting participation and citizen empowerment, integrated intersectorally with other systems in the territory and committed to justice.

Keywords: ethics; bioethics; community; health; health care; primary health care; community action; integrated care.

Resum

Es presenta el marc, el desenvolupament i els resultats d'un estudi en el qual es conclou que els temes bioètics poden ser tractats amb interès i aprofitament (amb les adaptacions i metodologies adequades) en activitats comunitàries. Es conclou que la bioètica ha d'impulsar i transcendir a una acció comunitària des dels centres d'atenció primària, imbricada amb l'atenció individual, promotora de la participació i l'empoderament del ciutadà, integrada intersectorialment amb altres sistemes al territori i compromesa amb la justícia.

Paraules clau: ètica; bioètica; comunitat; salut; sanitat; atenció primària de salut; acció comunitària; atenció integrada.

1. Introducción

En este artículo se resume una tesina de fin de máster en el que el tema sometido a investigación fue formulado mediante la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los contenidos, metodologías y contextos más adecuados para poder abordar, desde los servicios sanitarios de atención primaria, actividades y procesos de sensibilización y capacitación que contribuyan a una mayor educación o competencia bioética del conjunto de personas de la comunidad, de modo que éstas estén mejor preparadas para enfrentarse exitosamente a situaciones de su vida en las que puedan estar comprometidos valores importantes desde el punto de vista de la bioética?

Los objetivos con los que iniciamos el trabajo fueron los siguientes:

1. Identificar los principales contenidos de carácter bioético de interés para el conjunto de personas de la comunidad.
2. Reconocer procesos metodológicos útiles para la capacitación bioética de la comunidad.
3. Caracterizar los contextos y condiciones facilitadoras de la transmisión de nociones relevantes de bioética a la comunidad.

Para alcanzar estos objetivos se optó por una metodología de sistematización teórica, indagación cualitativa e investigación exploratoria y, específicamente, se programaron y realizaron los siguientes pasos:

1. Búsqueda de información, documentación y bibliografía relevante para elaborar un estado de la cuestión.
2. Diseño de una sencilla experiencia piloto a realizar desde un centro de salud de atención primaria.
3. Ejecución de la experiencia piloto en los términos previstos.
4. Evaluación de la experiencia piloto.
5. Elaboración de una primera versión de las conclusiones que se derivan del trabajo realizado.
6. Grupo de discusión (en el seno de un comité provincial de bioética) sobre esa primera versión con personas expertas.
7. Elaboración de una segunda versión del anterior documento.
8. Contraste con personas expertas a través de correo electrónico.
9. Elaboración final de la memoria de la tesina.

En este artículo se presenta el estado de la cuestión, dividido en dos subapartados: el primero sobre contenidos y enfoques de la bioética, y el segundo, sobre metodología y contextos de la intervención con la comunidad. El tercer apartado recoge brevemente los antecedentes y desarrollo de la breve experiencia piloto; y el cuarto, las conclusiones fruto del estudio.

2. Estado de la cuestión

A continuación, presentamos una síntesis de los diferentes planteamientos de interés que nos permiten construir el marco teórico que surge, tanto de la aplicación del conocimiento preexistente en diferentes áreas de saber, como de la sistematización de diversas prácticas coincidentes con aquellas que hemos identificado como objeto de nuestro interés.

2.1. La bioética: contenidos y enfoques

Para aproximarnos a los contenidos de la bioética que pudieran tener interés para las personas de la comunidad, recogemos en primer lugar los seleccionados por el programa de base de estudios sobre bioética de la UNESCO del año 2008¹:

1. “¿Qué es la ética?
2. ¿Qué es la bioética?
3. Dignidad humana y derechos humanos
4. Beneficios y efectos nocivos.
5. Autonomía y responsabilidad individual
6. Consentimiento
7. Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento.
8. Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal.
9. Privacidad y confidencialidad.
10. Igualdad, justicia y equidad.
11. No discriminación y no estigmatización.
12. Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo.
13. Solidaridad y cooperación.

14. Responsabilidad social y salud.
15. Aprovechamiento compartido de los beneficios.
16. Protección de las generaciones futuras.
17. Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.”

Una segunda referencia para detectar problemas éticos cuyo conocimiento y explicación pudieran ser de interés para la comunidad, la encontramos en el artículo de Campos, publicado en 2010 en la revista *Atención Primaria*: “Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, Sao Paulo, Brasil”². En este artículo señala que las publicaciones en bioética se han producido casi siempre en el ámbito hospitalario y afirma que las pocas publicaciones realizadas en atención primaria muestran las diferencias entre los problemas bioéticos de ambos niveles. La autora destaca los problemas éticos vinculados a la relación clínico-asistencial y a las relaciones de trabajo. Señala: información al paciente, privacidad, confidencialidad, relaciones interpersonales, vínculo y autonomía del usuario. Según esta autora, dentro de los problemas éticos en la relación clínico-asistencial se encuentran los siguientes:

- ◆ “Información al paciente
 - El equipo discute sobre el estado de salud del paciente en su presencia, pero sin su participación en la conversación
 - Los profesionales no informan al paciente acerca de su estado de salud
- ◆ Privacidad y confidencialidad
 - Los profesionales conocen datos íntimos de la vida familiar y del matrimonio, que no son necesarios para la asistencia
 - Secreto profesional e información a familiares
 - Secreto profesional e información compartida entre el equipo
 - Secreto profesional y vecindad con los pacientes en el barrio
 - Dificultades para proteger la privacidad del paciente
- ◆ Relaciones interpersonales y vínculo
 - Falta de respeto de los profesionales en el trato con el paciente
 - Los profesionales tienen prejuicios sobre los pacientes
 - Actitud del médico ante sus valores religiosos y del paciente

- Dificultad para establecer los límites en la relación clínica y hasta donde interferir en el estilo de vida de los pacientes y sus familias (...)
- ◆ Paciente “autónomo”
 - El paciente rechaza la indicación médica
 - Cómo informar para conseguir la adhesión del paciente a las indicaciones médicas
 - Menor maduro: peticiones de tratamiento por menores de edad, sin conocimiento de sus padres
 - Peticiones del paciente legalmente capaz por tratamientos o exámenes que desea y que no tienen indicación médica
- ◆ Indicaciones médicas
 - Prescripción de fármacos caros con eficacia igual a de los similares más baratos
 - Prescripción de fármacos costosos para pacientes pobres
 - Prescripciones erradas o inadecuadas (...)

Otro artículo de la revista *Atención Primaria*, del año 2005, de Ogando y García Pérez, titulado “Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid”³. Los autores reivindican la ética del día a día, de las pequeñas cosas⁴ en contraposición con los grandes temas éticos y señalan que aspectos a veces poco llamativos son muy importantes. Recogemos los siguientes, de entre los mencionados en el apartado “Conflictos clínico-asistenciales” dentro de los “Conflictos éticos en atención primaria”:

- ◆ Confidencialidad de datos
- ◆ Secreto profesional e información a familiares
- ◆ Atención a enfermos terminales: información
- ◆ Peticiones de tratamientos para terceros sin su consentimiento
- ◆ Familiares que deniegan o incumplen tratamientos en pacientes dependientes
- ◆ Denuncia de sospechas de malos tratos
- ◆ Autonomía del «menor maduro»
- ◆ Prescripción de fármacos
- ◆ Retraso en atención especializada y en procedimientos diagnósticos.

- ◆ Atención discriminatoria: ancianos desplazados, inmigrantes sin papeles, grupos étnicos, delincuentes, heroinómanos, etc.
- ◆ Trato desigual a los pacientes: de otros médicos, a los que se cambian, a los que caen mejor, a los que más protestan, etc.
- ◆ Toma de decisiones sin contar con la opinión del enfermo
- ◆ Reparto de recursos, equidad, accesibilidad

En el artículo de revisión bibliográfica “Revisión integrativa sobre las cuestiones bioéticas relacionadas con el anciano: aspectos relevantes para la enfermería”⁵, de la revista *Enfermería Global*, rescatamos los siguientes temas: problemas cotidianos, autonomía (mencionados en diez artículos); necesidad de trasplante de órganos (cuatro artículos); la formación médica en relación a las cuestiones de bioética de los ancianos (un artículo); la disponibilidad de albergues para ancianos abandonados (tres artículos); la disponibilidad de tecnologías asistenciales (dos artículos); el papel de la familia (dos artículos); el consentimiento informado en la toma de decisiones éticas (cuatro artículos); cuidados paliativos (dos artículos); los médicos ancianos que se convierten en pacientes (un artículo), la Bioética intervencionista para el cuidado al anciano buscando la credibilidad de sus derechos (seis artículos), y las conductas éticas de los cuidados a los ancianos (un artículo).

En relación con la enseñanza de la bioética en la comunidad, nos ha parecido de interés el enfoque del aprendizaje basado en problemas, al que se hace referencia en el artículo publicado en la revista *Acta Bioética* titulado “El aprendizaje de la bioética basado en problemas (ABBP): un nuevo enfoque pedagógico”⁶. Siguiendo a diversos autores, Garzón Díaz y Zárate definen el aprendizaje basado en problemas como una estrategia centrada en las necesidades y los intereses de cada una de las personas participantes en los procesos formativos, en la que determinados problemas reales y sentidos por ellas se convierten en punto de partida e instrumento de los procesos de enseñanza y aprendizaje, que de este modo se convierten en procesos participativos y de empoderamiento de las personas. Los grupos son, normalmente, pequeños y la función de las formadoras y formadores tiene que ver, fundamentalmente, con facilitar el acceso a la información y acompañar el proceso de trabajo en equipo y construcción de conocimiento, que se torna más motivante y más real.

Según este artículo el aprendizaje basado en problemas es particularmente adecuado para la enseñanza de la bioética. Aunque el artículo no se refiere a la enseñanza de la bioética a la comunidad, sino a estudiantes, es interesante ver como subraya la coherencia entre la filosofía subyacente a este método y los valores fundamentales de la bioética. Del mismo modo que el aprendizaje basado en problemas reconoce y potencia la autonomía y los derechos de las personas participantes en un proceso formativo situado tan cerca como es posible de la vida real, la bioética

pretende respetar y fomentar la autonomía y los derechos de las personas en situaciones clínicas reales y frecuentemente estresantes.

El artículo “Estratégia Saúde da Família em Cena: a Formação Bioética dos Agentes Comunitários de Saúde, em Três Atos”⁷ publicado en la *Revista Brasileira de Educação Médica*, relata una experiencia concreta de un taller de capacitación en bioética dirigida a Agentes Comunitarios de Salud, en el marco de una estrategia de salud familiar.

Selma Vaz Vidal y sus colaboradoras destacan la capacidad e importancia de la bioética como caja de herramientas valiosa para los Agentes Comunitarios de Salud y para la estrategia de salud familiar, dada la naturaleza conflictiva o potencialmente conflictiva de muchas de las situaciones que se viven en las familias y en la comunidad ante la toma de decisiones relacionada con el manejo de la salud, tanto en la vida cotidiana de los equipos sanitarios como en las situaciones de presencia en el domicilio de la persona.

Estas autoras relatan la utilización de problemas ficticios, por ejemplo, relacionados con la privacidad o la confidencialidad de las personas usuarias y sus familias, como metodología para la formación. Así, un conflicto concreto en torno a la confidencialidad o el consentimiento informado puede dar lugar a un debate sobre conceptos más abstractos como los de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. A la vez, el partir de conflictos reales permite identificar asuntos y problemas sociales que anteriormente no eran visibles.

En el artículo “Participación de la comunidad en el análisis de problemas bioéticos”, de la *Revista de Ciencias Médicas La Habana*⁸, se recogen como los principales problemas bioéticos planteados por personas de la comunidad los siguientes: “la insuficiente protección del ambiente, la necesidad de incrementar la formación de valores en los jóvenes, el aborto como una conducta inadecuada y la posibilidad de incrementar el apoyo y solidaridad a pacientes en estado terminal y sus familiares”. Según Señor García y el resto de autoras de este artículo, “se comprueba que la población tiene el conocimiento y la disposición para resolver problemas que afectan la comunidad”.

En el artículo “Comunicación como herramienta para divulgar y promover la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”⁹, Caetano y Garrafa abogan por la utilización de las más diversas y actualizadas técnicas de comunicación para que la población asimile los conceptos de la bioética y logre aplicarlos adecuadamente en su contexto de vida. Entre los aspectos de los que depende la comunicación efectiva subrayan la definición del mensaje y la elección de los medios, que pueden ir desde conferencias presenciales hasta la transmisión a través de internet.

En el capítulo “Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO”¹⁰ Casado afirma que “la formación bioética debe enseñar a convivir con la incertidumbre y a abordarla de forma prudente, manejando con

flexibilidad los principios comunes establecidos en la misma Declaración”. Recordará esta autora que “además en sociedades plurales la dificultad es doble pues a lo anterior se añade que la consideración social e individual de los problemas no es homogénea.”

2.2. Metodologías y contextos de la intervención con la comunidad

A la hora de buscar referentes para el trabajo con la comunidad en nuestro entorno, hemos de acudir sin duda, a Marchioni, de quien hemos revisado el trabajo titulado “Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria”¹¹. Revisamos en segundo lugar el documento “Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español”, publicado en la revista *Comunidad*¹². En tercer lugar, el artículo “Cartera de servicios de actividades comunitarias”, del grupo PACAP Canarias¹³. También se revisó el producto del Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria de Osatzen-Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria coordinado por Maria Eugenia Azpeitia¹⁴, en su Plan Estratégico 2010-2014. Otra referencia que nos ha parecido valiosa a la hora de enfocar la intervención con la comunidad desde la atención sanitaria primaria es el trabajo coordinado por Luis Astray para la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria acerca de “¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?”¹⁵. Patricia Escartín y otras autoras escriben en 2015, en la revista *Comunidad*, el artículo titulado “La participación comunitaria en salud”¹⁶. También se revisó el artículo “La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección”, publicado por Carme Nebot y otras en la *Revista de Atención Primaria*¹⁷. Por razones de espacio, sólo podemos plasmar una breve síntesis de lo fundamental recogido de esta bibliografía.

- ◆ Antes de comenzar cualquier proyecto comunitario, tenemos que valorar si contribuirá a la promoción de la justicia y la equidad, tanto por razones éticas como por el conocimiento científico disponible acerca de los determinantes sociales de la salud, que justifican la atención preferente a las personas más vulnerables, para conseguir una mejora de la salud que alcance efectivamente al conjunto de la población.
- ◆ El objeto u objetos prioritarios que escojamos para un proyecto deben cumplir con una serie de características. Una de ellas es que su importancia en términos de salud sea evidente y no tenga discusión, es decir, que claramente provoque un deterioro y un aumento de la morbimortalidad. Otra de las características es que pueda ser abordado de una manera que haya demostrado beneficios. Y una última característica es que este abordaje sea costo/efectivo, es decir, que podamos obtener resultados valiosos con los recursos de los que

disponemos, sabiendo que vamos a dejar de actuar en otros campos, y que, por lo tanto, habrá un coste de oportunidad.

- ◆ Un proyecto comunitario debe intentar ser, en todo momento, lo más participativo posible, llegando, también, a la participación de las propias personas de la comunidad.
- ◆ Algo básico para poder iniciar un proyecto comunitario desde un centro de salud es llegar a un consenso entre todas las personas que lo formamos y vamos a participar, que no exista una negativa expresa por parte de nadie del centro.
- ◆ Dentro del equipo del centro de salud será necesaria la constitución de un núcleo motor, entendido como un grupo de trabajo con una implicación formal establecida específicamente para el funcionamiento del proyecto comunitario.
- ◆ Una de las responsabilidades del núcleo motor será mantener la circulación normalizada y sostenida de la información sobre la marcha del proyecto comunitario para todas las personas interesadas e implicadas.
- ◆ Una vez conseguido el consenso, se trata de integrar el proyecto comunitario dentro de la dinámica de funcionamiento del centro de salud, es decir, que se entienda y se verifique que las actividades incluidas dentro del proyecto comunitario son tan valiosas e importantes como cualesquiera otras actividades que se realizan en el centro.
- ◆ Es fundamental que el proyecto comunitario cuente con el liderazgo y apoyo de las personas con responsabilidades directivas en el centro de salud o incluso de las que están por encima de ellas.
- ◆ Cuando se elabora un proyecto comunitario se han de tener en cuenta los logros alcanzados anteriormente, tanto por parte del centro de salud como por parte de otros agentes, de modo que no hay que repetir en cada proyecto un esquema rígido de fases, ni estas son compartimentos estancos entre sí.
- ◆ Se ha de obtener y mantener actualizada una información lo más completa posible sobre los recursos, activos y agentes presentes en la comunidad y territorio en el que está inserto el centro de salud.
- ◆ Un proyecto comunitario debe incorporar, transversalmente, la perspectiva de género y contribuir a la equidad de género.
- ◆ Todo proyecto comunitario tiene que ser evaluado con unos indicadores y estándares para poder ser mejorado.

3. Experiencia piloto

El contexto en el cual se ha realizado la sencilla experiencia piloto se incardina el centro de salud en el que realizamos nuestro trabajo diario de medicina familiar y comunitaria, situado en el barrio de Rekalde, de Bilbao (País Vasco, España). La organización de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), como en tantos otros sistemas sanitarios del mundo, consideran dentro de la Atención Primaria toda una serie de servicios y programas con sede física que, por su mayor número de destinatarias potenciales, pueden ubicarse en una mayor proximidad a las personas, convirtiéndose en el punto de acceso, seguimiento y atención principal para la mayor parte de la ciudadanía, con el proyecto de liderar el conjunto de la atención del sistema sanitario, en el marco de estrategias de integración vertical que involucran a otros niveles de atención, incluyendo la atención hospitalaria.

Como antecedentes contamos con la trayectoria anterior de trabajo con la comunidad que se ha desarrollado en los años anteriores desde el centro de salud. Entendemos que el centro de salud es, todo él, un centro de carácter comunitario, dado que al formar parte de la Atención Primaria de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) es un servicio de alta proximidad y de notable imbricación en la dinámica del barrio. Además, el enfoque de la medicina y la enfermería de familia y comunidad hace que en toda nuestra atención esté incorporado el enfoque comunitario, esto es, la mirada y la intervención que ubican siempre a la persona en su contexto de relaciones primarias. Esta realidad se verifica de manera muy especial en las visitas domiciliarias de las médicas y los enfermeros, que permiten una inmersión mayor en el entorno cotidiano y convivencial de las personas.

Por otra parte, hay que tener en cuenta determinadas actividades y relaciones en las que el centro de salud colabora o trabaja en red con otros servicios públicos de proximidad, o con agentes de la iniciativa social presentes en el territorio, en el entendido de que dichas actividades y relaciones son, también, expresión valiosa de nuestra apertura a la comunidad como servicio público encargado de la protección y promoción de la salud, que busca una atención integrada y una activación comunitaria, necesariamente, de la mano de otros servicios y agentes también presentes en la trama urbana y relacional de nuestro barrio. A partir de este camino previo se pensó que era suficiente y realista pensar en la ejecución de tres actividades:

- ◆ Charla sobre un tema de bioética en una asociación de personas jubiladas.
- ◆ Abordaje de un tema de carácter bioético en la mesa zonal sobre infancia y adolescencia.
- ◆ Taller de debate sobre una cuestión bioética con un grupo de personas en situación de exclusión social, atendidas por una entidad colaboradora de los servicios sociales.

En el primer caso, se escogió como tema la planificación de los cuidados que queremos recibir en el final de la vida y el documento de voluntades anticipadas, con los siguientes objetivos:

- ◆ Completar la información disponible sobre el documento de voluntades anticipadas.
- ◆ Avanzar en la comprensión de la importancia de planificar los cuidados que queremos recibir en el final de la vida.
- ◆ Mejorar la competencia para la elaboración del documento de voluntades anticipadas.

En la segunda actividad, la reunión de la mesa intersectorial sobre infancia y adolescencia del barrio (compuesta por profesionales de los sectores sanitario, servicios sociales, educación y otros) se propone dedicar una reunión a una acción formativa sobre algunos aspectos éticos de la protección de la infancia y la adolescencia en el contexto de la nueva legislación sectorial, con los siguientes objetivos:

- ◆ Conocer los principales contenidos de la legislación vigente en materia de protección de la infancia y la adolescencia.
- ◆ Identificar los principales valores o principios éticos a aplicar en situaciones que afectan a niñas, niños y adolescentes en las situaciones en las que puede haber duda a la hora de aplicar las normas jurídicas o protocolos de actuación establecidos.
- ◆ Entrenarse en la aplicación básica de algunos pasos sencillos a seguir en la valoración y toma de decisiones en relación con casos problemáticos.

Para el debate con personas en situación de exclusión social se formularon los siguientes objetivos:

- ◆ Avanzar en el conocimiento acerca de los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios sanitarios.
- ◆ Mejorar las capacidades y actitudes para una relación satisfactoria con los servicios sanitarios y un mejor cuidado de la propia salud.
- ◆ Fortalecer valores comunitarios y ciudadanos para la vida cotidiana y específicamente para el ejercicio del derecho a la atención sanitaria.

Se entregó en los tres casos una encuesta de evaluación con tres preguntas:

1. ¿Te ha parecido interesante el tema escogido?
2. ¿Ha sido clara la exposición del tema?
3. ¿Qué te ha parecido la manera en que se ha desarrollado la sesión?

La media de la valoración de las personas asistentes fue de 4,2 sobre 5.

4. Conclusiones

Una vez realizada la experiencia piloto, se redactan unas conclusiones que son enriquecidas con el contraste de seis personas expertas y el trabajo posterior en el Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Bizkaia. Las conclusiones obtenidas son las siguientes:

1. Los procesos de cambio social y el incremento de la complejidad (o, en algunos aspectos, de la conciencia de una complejidad preexistente) en el seno de nuestras comunidades (con fenómenos tan diversos y determinantes como longevidad, precariedad, movilidad, insostenibilidad, innovación, diversidad, fragmentación o desigualdad) aconsejan la incorporación de contenidos y enfoques bioéticos en una cada vez más necesaria intervención comunitaria (humilde, respetuosa, poblacional, proactiva, preventiva y promotora) de los servicios sanitarios de atención primaria, por la necesaria contribución tanto del sistema sanitario público, como de la bioética a la construcción de ciudadanía y al fortalecimiento ético de la comunidad.
2. Procede un *caveat emptor* (precaución), pues no toda actividad bioética y comunitaria es beneficiosa. Toda propuesta es susceptible de ser manipulada y pervertida, especialmente si viene rodeada de un halo positivo.
3. Prácticamente todos los contenidos de la bioética son relevantes para el conjunto de la comunidad. En el contexto actual, posiblemente, adquieren especial relevancia los relacionados con la justicia, entendida como equidad horizontal (entre personas en circunstancias similares) y vertical (entre personas en circunstancias diferentes).
4. La bioética puede ofrecer, en algunos casos, contenidos específicos para acciones de información, sensibilización, formación o fortalecimiento comunitario; pero más bien debe ser entendida como una perspectiva fundamental, básica y general para tener en cuenta e incorporar en todas las acciones comunitarias que se realicen desde un centro de salud.
5. Un lugar clave para la incorporación de la bioética en el sistema sanitario es la consulta.
6. Una de las consecuencias principales de la incorporación de los contenidos y enfoques de la bioética en la consulta es la acción positiva y las transformaciones necesarias a favor de las personas a las que el sistema sanitario crea mayores dificultades para acceder a su atención y beneficiarse de ella (por su propia condición de salud, por su idioma, por su nivel de instrucción o por otras razones).

7. Otro de los efectos principales de la incorporación de la bioética en la consulta es la explicación de los porqués de las decisiones que planteamos, poniendo en práctica el proceso continuado de información y consentimiento informado, con especial énfasis en la explicación y aclaración de los beneficios y riesgos que pueden traer, de modo que la médica sea agente de la persona; y que sea ésta la que, en última instancia, toma las decisiones (si bien se busca que éstas sean tan compartidas como sea posible).
8. Otro efecto de la bioética en la consulta es ayudar a comprender la relación sanitaria como una relación deliberativa de confianza entre la profesional y la persona, que se establece con el compromiso de mejorar la calidad de vida (y no sólo los indicadores objetivos de salud) de la persona, que participa de una unidad de convivencia que influye de manera determinante en su salud.
9. La consulta de cada médica y el conjunto de la atención primaria que se realiza desde el centro de salud constituyen un espacio privilegiado para generar conversaciones de ayuda basadas en la bioética con el conjunto de la comunidad, tomando en cuenta su diversidad de género, generacional, funcional y cultural y en sus diversas relaciones. Es clave conocer las expectativas vitales, valores y cultura de los pacientes, familias y comunidades.
10. El hecho de que hayamos subrayado la importancia de la bioética en la consulta, como lugar habitual en el que se produce la atención individual dentro del sistema sanitario, no nos debe hacer olvidar los itinerarios de dicha atención individual, antes y después de esa consulta, en otros espacios en que la aplicación de la bioética no es, en absoluto, menos relevante: los servicios administrativos de atención (especialmente en los puntos de acceso), las salas de espera, los servicios de urgencias, las habitaciones del hospital, los quirófanos y así sucesivamente.
11. Deben verse la atención individual del sistema sanitario y la intervención sanitaria con grupos como dos procesos simultáneos que se alimentan mutuamente y no como dos compartimentos estancos. Así, por ejemplo, en la consulta individual podemos considerar que el proceso de empoderamiento de una persona nos induce a invitarla a que se incorpore a un proyecto de paciente activo, del mismo modo que en un grupo intersectorial en el que acompañamos a personas cuidadoras, podemos identificar una situación que nos lleve a proponer a una persona que acuda a la consulta individual.
12. En determinadas condiciones la utilización de espacios grupales para el abordaje de cuestiones de carácter o implicaciones bioéticas puede facilitar un tratamiento menos estresante para la persona que su tratamiento en la consulta individual. Sin embargo, hay que tomar en consideración cuestiones como la relativa artificialidad de muchos grupos, los diversos tipos de

procesos de selección de sus miembros o las dinámicas de poder implícitas que se producen en su seno.

13. Algunos de los agentes con los que un centro sanitario de atención primaria puede colaborar en una intervención comunitaria con contenido bioético son otros agentes del sector sanitario presentes en la comunidad, singularmente las farmacias.
14. La intervención en la comunidad (tenga mayor o menor relación explícita con la bioética) debe conducir a las profesionales de la atención primaria de salud a una integración intersectorial de los procesos de trabajo con otros sectores de actividad, como el de servicios sociales o el educativo. Dicha integración intersectorial debe tener un carácter estratégico, sistemático y estructural.
15. La intervención en la comunidad, especialmente si está animada y enriquecida desde la bioética, conduce a que a la preocupación por la salud, propia del sistema sanitario, se una la preocupación por otros bienes que son objeto de otros sistemas dentro del Estado de bienestar, como por ejemplo: la subsistencia material (de la que se ocupan las políticas de garantía de ingresos), la interacción (de la que se ocupan los servicios sociales), el alojamiento y, en general, el asentamiento en el medio físico (del que se ocupan las políticas de vivienda y urbanismo) u otros. El discurso clásico de los llamados “determinantes sociales de la salud” se va enriqueciendo en el reconocimiento recíproco de los bienes de los que se ocupan las diferentes ramas de la política social, con la comprensión de la sinergia entre ellos y en una conceptualización en la que todos ellos (salud, alojamiento, subsistencia y otros) son igualmente “sociales”.
16. La intervención en la comunidad (especialmente cuanto más informada este por la bioética, y en general por la ética) debe conducir a las profesionales de los servicios públicos de proximidad (como el personal sanitario de atención primaria) a dinámicas de trabajo colaborativo con entidades comunitarias de iniciativa social o asociacionismo ciudadano. Las profesionales deben aprender a escuchar y reconocer los valores y la cultura de las comunidades y, en todo caso, tomar en consideración la percepción y vivencia que las personas de la comunidad tienen de sus necesidades y situaciones.
17. Normalmente las personas que se agrupan en iniciativas y asociaciones de carácter comunitario aparecen segmentadas por diversos factores (tales como sexo, orientación sexual, edad, posición en la estructura social u otros) que resultan altamente determinantes de los puntos de interés desde los que pueden acercarse a los asuntos bioéticos. En cualquier caso, debemos recordar que hay muchos vínculos comunitarios entre personas que no se traducen en organizaciones asociativas.

18. Los ejes de diversidad (en términos, por ejemplo, de género, edad, funcionalidad o etnia) suelen operar en nuestra sociedad como factores de desigualdad y discriminación, lo que debe representar una fuerte llamada de atención para la bioética, la intervención comunitaria y el conjunto del sistema sanitario, con el objetivo de comprometerse activamente a favor de una sociedad sin discriminaciones y desigualdades y capaz de acoger positivamente la diversidad en su seno.
19. El desarrollo de contenidos acerca de los asuntos bioéticos que encontramos en los documentos y libros publicados sobre la materia requiere una adaptación para su tratamiento con la comunidad.
20. La importancia de los temas bioéticos para la dignidad y ejercicio de derechos de las personas requiere su tratamiento en grupos con cierto grado de homogeneidad o confianza previa, bien derivada de un trabajo sistemático desde el centro de salud o bien fruto de la construcción de dichos grupos desde otros espacios de la comunidad. Debe analizarse, en cada caso, en qué etapa o grado de maduración de la intervención comunitaria nos encontramos.
21. Parecen resultar especialmente exitosas, en general, las metodologías activas y participativas en las que las personas de la comunidad son acompañadas en la aplicación práctica de los conocimientos y criterios de la bioética a necesidades, proyectos, inquietudes y problemas concretos que tienen o perciben. En cualquier caso, a la hora de hablar de resultados exitosos en la intervención sanitaria se ha de reconocer el menor recorrido relativo de la investigación científica y de la obtención de evidencia que presentan las intervenciones comunitarias.
22. Se produce una sinergia interesante entre los procesos de intervención comunitaria en relación con asuntos bioéticos llevados desde el centro de salud y los procesos de formación de residentes, dado que las actividades formativas de la comunidad en materia de bioética resultan especialmente idóneas para la participación activa de residentes y resultan motivantes y formativas para estas. En cualquier caso, dicho carácter de las actividades comunitarias sólo se verificará en un contexto de mejora global del diseño e implementación de la formación de residentes de medicina familiar y comunitaria.
23. En las actividades comunitarias en relación con la bioética que se llevan desde un centro de salud debe tenerse especial cuidado en la promoción activa de la inclusión sanitaria de las personas de la comunidad con mayor vulnerabilidad, riesgo o situación de exclusión por parte del propio sistema sanitario, como manifestación de una concepción bioética y participativa de la justicia y la equidad. Para el acercamiento del sistema de salud a ciertos colectivos discriminados resulta especialmente necesaria la colaboración o mediación de agentes u

organizaciones formadas por ellos o vinculadas a ellos, especialmente si ayudan a este sistema a aprender de los ricos mecanismos adaptativos de dichas personas.

24. Nos queda por explorar la potencialidad que pudieran tener las tecnologías de la comunicación, comunidades virtuales y redes sociales de internet en los procesos de intervención comunitaria y de incorporación de contenidos y enfoques bioéticos al trabajo poblacional a desarrollar desde la atención primaria de salud. En este asunto lo clave es no discriminar ni incurrir con más intensidad en la Ley de Cuidados Inversos.
25. Los asuntos bioéticos pueden ser tratados con interés y aprovechamiento (con las adaptaciones y metodologías adecuadas) en actividades comunitarias, pero, ante todo y, sobre todo, la bioética debe impulsar y permear una acción comunitaria desde los centros de atención primaria, imbricada con la atención individual, promotora de la participación y el empoderamiento ciudadano, integrada intersectorialmente con otros sistemas en el territorio y comprometida con la justicia.

Bibliografía

1. UNESCO. *Programa de Base de Estudios Sobre Bioética*. Parte 1 [Internet]. 2008. 75 p. <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001636/163613s.pdf>.
2. CAMPOS EL. "Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, Sao Paulo, Brasil". *Atención Primaria* 2010;42(8):406-12, pag. 409.
3. OGANDO DÍAZ B, GARCÍA PÉREZ C. "Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid". *Atención Primaria* 2005;35(5):240-5. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705703334>
4. PÉREZ FERNÁNDEZ M, *Ética de "las pequeñas cosas" en medicina*. 2010;1-12. <http://equipocesca.org/etica-de-las-pequeñas-cosas-en-medicina>
5. CAMACHO LF, CONCEIÇÃO A, SANTOS C. "Revisión integrativa sobre las cuestiones bioéticas relacionadas con el anciano: aspectos relevantes para la enfermería". *Enfermería Global*. 2013;31:387-97.
6. GARZÓN FA, ZÁRATE B. "El Aprendizaje de la Bioética Basado en Problemas (ABBP): un nuevo enfoque pedagógico". *Acta Bioethica* 2015;21(1):19-28. <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v21n1/art03.pdf>.

7. VIDAL SV, GOMES AP, SIQUEIRA-BATISTA R. "Bioética dos Agentes Comunitários de Saúde, em Três Atos Family Health Strategy in Focus : Bioethical Training of Community Health Agents". *Revista Brasileira de Educação Médica* 2015;40(1):67-76.
<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n1/1981-5271-rbem-40-1-0067.pdf>.
8. SEÑOR RF, DROSS V dela C, MEDINA JD. "Participacion de la comunidad en el análisis de problemas bioéticos". *Revista de Ciencias Médicas La Habana* 1999;5(2).
<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/rt/printerFriendly/15/html>
9. CAETANO R, GARRAFA V. "Comunicación como herramienta para divulgar y promover la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos". *Revista Bioética* 2014;22(1):34-44.
<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a05v22n1.pdf>
10. CASADO M. *Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*. Cizur Menor: Ed. Thomson Reuters Civitas Aranzadi. 2009. 600 p.
11. MARCHIONI M. *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: Editorial Popular. 1999. 111 p.
12. RUIZ-GIMENEZ JL. *Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. Participación Comunitaria*. 2008.
13. PACAP-Canarias. *Cartera de Servicios de Actividades Comunitarias* [Internet].
<http://www.svmfyc.org/files/Grupos de Trabajo/PACAP/DOC-Biblio/CARTERA DE SERVICIOS DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS.pdf>.
14. OSATZEN. *Plan Estratégico del Grupo de Salud Comunitaria de Osatzen- Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria, 2010-2014*. 2010.
http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/12/documentos_1.pdf
15. SEMFYC. "Cómo iniciar un proceso de participación comunitaria desde el centro de salud". [Internet]. Medicina. 2003. <http://www.pacap.net/es/recomendaciones.html>.
16. ESCARTÍN P, LÓPEZ RUIZ V, RUIZ-GIMÉNEZ JL. "La participación comunitaria en salud". Vol. 17, *Pacap*. 2015.
17. NEBOT C, PASARÍN M, CANELA J, SALA C y ESCOSA, A. *La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección*. Atención Primaria [Internet]. 2015;(xx).

Fecha de recepción: 30 de junio de 2017

Fecha de aceptación: 22 de julio de 2017