

ARTICULO ORIGINAL

¿QUIÉN DECIDE? LIBERTAD INDIVIDUAL, RACIONALIDAD DE LAS ELECCIONES Y SALUD PÚBLICA.

José Miguel Morales
Profesor. Dpto. Enfermería.

Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia ocupacional. Universidad de Málaga

A propósito de la recién estrenada Ley 42/2010, por la que se modifica la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, vuelven a emerger en nuestro país los viejos debates sobre el intervencionismo de la Salud Pública y la supremacía de la libertad individual a la hora de elegir conductas sobre salud. Esta falsa y maniquea dicotomía es muy antigua en el mundo de la Salud Pública y ya en 1986 Ronald Bayer, profesor de Ética en Salud Pública de la Universidad de Columbia, abría con estas preguntas un artículo seminal en *Health Affairs* sobre el tema: ¿Tiene el gobierno derecho a obligar a los ciudadanos a usar el cinturón de seguridad o a limitar el consumo de alcohol o tabaco?, ¿Quién tiene el derecho a modificar las conductas que generan tanta morbi-mortalidad y en qué

circunstancias? ¿Hasta qué punto tienen derecho los sujetos a perpetuar conductas auto-destructivas e irracionales?¹

En primer lugar, una de las cosas que más han cambiado en este manido debate, es la cantidad de evidencias que muestran cómo el desarrollo de determinados estilos de vida puede prolongar o acortar considerablemente la vida. La vieja máxima aquella, “de algo hay que morir”, esgrimida habitualmente cuando se pretende justificar un hábito no saludable, no tiene cabida ya en nuestros días, a la luz de lo que sabemos: no fumar, tener actividad física habitual, comer verduras y frutas diariamente y no consumir alcohol en exceso, genera diferencias de mortalidad prematura de hasta casi quince años^{2,3,4}

Pero, no son menos las evidencias en el terreno de las medidas

comunitarias o de políticas de Salud Pública. Una reciente revisión sistemática ha mostrado cómo las políticas impositivas y de precios sobre el alcohol tienen un marcado efecto beneficioso: doblar los impuestos sobre el alcohol reduce la mortalidad en un 35%, las muertes por accidentes de tráfico en un 11%, las enfermedades de transmisión sexual en un 6%, la violencia en un 2% y la criminalidad en un 1,4%⁵ En el mismo sentido, tras la prohibición de fumar en lugares públicos (incluidos bares y restaurantes) de Escocia, se ha verificado una reducción del 18,2% en las hospitalizaciones por asma en niños⁶ o una disminución del 39% de ingresos por procesos cardiovasculares o del 33% en procesos respiratorios en Toronto⁷, datos corroborados por una reciente revisión sistemática de la Cochrane⁸.

Pero, lo que a priori es tan evidente, no lo es desde el punto de vista de las elecciones personales y forma la denominada paradoja de Rose, descrita en su clásico artículo “personas enfermas, sociedades enfermas”⁹: el beneficio comunitario de la extensión de dichas conductas obliga a esfuerzos individuales cuyo

resultado en salud a largo plazo es difícilmente tangible y lo único que se percibe es el sacrificio personal que hay que llevar a cabo. ¿Quién se anima a dejar de fumar a costa del sacrificio propio para que baje la incidencia de cáncer en los próximos quince años, aun en el caso de que sea uno mismo quien potencialmente se beneficiase de ello?

Vistas las evidencias y las dificultades de los sujetos para llevar a cabo decisiones racionales, es necesario también hacer un análisis desde una perspectiva ética: ¿qué sustento ético apoya la intervención estatal para garantizar la salud colectiva a expensas de la regulación de conductas individuales? Bayer, hace casi tres décadas, situaba este análisis en torno a tres ejes: autonomía, equidad y el bien de la comunidad.

Desde el punto de vista de la autonomía, el espacio de la privacidad es inviolable mientras no se constate que la autodeterminación en una conducta tiene consecuencias para terceros o cuando una conducta aparentemente “racional” y deliberada por un adulto es consecuencia de fuerzas externas coercitivas y

dominadoras. En el caso del consumo de tabaco, parecen fuera de toda duda ambas consideraciones.

En cuanto a la equidad, las transacciones injustas e innecesarias de las consecuencias de conductas insalubres que se producen hacia aquellos sujetos que no las llevan a cabo, justificarían la regulación estatal. De igual modo, estaría respaldada la protección de aquellos colectivos más vulnerables de la sociedad, sobre los que los estilos de vida deletéreos tienen mayor incidencia y peores consecuencias, en aras de evitar una irreparable desigualdad social en la distribución de factores de riesgo y desenlaces fatales que, lamentablemente, ocurre en exceso^{10,11,12,13}

Por último, desde la perspectiva del bien de la comunidad, los actos individuales siempre tienen lugar en un contexto en el que se interactúa con otros miembros de la sociedad. El ser humano es un “animal social” y en la medida en que el capital social es más sólido, con comunidades cohesionadas y fuertes vínculos sociales, aumenta la probabilidad de mantener y sostener la Salud, incluso en situaciones

adversas¹⁴. Pero este valor social entra en conflicto con el individualismo exacerbado que describió magistralmente Tocqueville hace medio siglo: “Lo que yo haga en mi vida privada no va a afectar a la sociedad”, “Lo que yo haga en sociedad no me va a afectar a mí; por tanto, me aparto de estas actividades”¹⁵ o, como describe Mackenbach, “sacrificar la autonomía individual en pos de la supervivencia del grupo puede ser una práctica aceptada por las hormigas, las abejas u otros insectos sociales, pero no para los modernos seres humanos ya que, quizás la supervivencia del grupo es tan obvia, que necesitamos aportar otros valores”¹⁶.

En este complejo espacio entre los bienes individuales (privados) y públicos, es donde surgen los denominados bienes tutelares: aquellos que por su naturaleza, corresponden a las decisiones individuales, pero, sobre los que es necesario intervenir “tutelarmente” para corregir la decisión individual en caso de que ésta pueda tener consecuencias sociales fatales, bien de forma intervencionista (prohibición de drogas ilegales,

obligatoriedad de la enseñanza o de las vacunaciones) o más atenuada (tarifas impositivas sobre tabaco, campañas sobre el uso racional de antibióticos)¹⁷.

Contamos pues, con evidencias cada vez más sólidas, existen espacios (no exentos de complejidad) en los que articular con cierta armonía la ética, el bien colectivo, la protección de los más desfavorecidos. La regulación de los espacios libres de humo es un manantial de idoneidad en el que concurren muchas de estas circunstancias. El debate está inflacionado por los medios, que sobre-exponen casos individuales extremos (el comerciante “indignado” que afirma estar perdiendo pingües beneficios), por la reyerta política tendenciosa y maniquea que parece haberse instalado permanentemente en nuestro país y que no perdona ni en temas capitales como el que nos ocupa y porque, no olvidemos, detrás del tabaco están los intereses de poderosísimas multinacionales, capaces de intoxicar la opinión pública por medios que se nos escapan al resto de los mortales.

Sir Michael Marmot, una de las autoridades mundiales en el campo

de las desigualdades sociales en salud, afirmaba que él no veía ese aparente conflicto entre los derechos individuales y el beneficio social. *“Pagamos impuestos que sostienen escuelas para los niños y atención para los mayores, aunque ninguno de los nuestros sea niño o anciano. Todos queremos vivir en una sociedad con una módica cantidad de solidaridad. Si los impuestos sobre el alcohol y las restricciones de horarios para conseguirlo significan una disminución de muertes, puedo soportar ese sufrimiento... ¿Es esto altruismo o un manifiesto interés propio?”*¹⁸.

Por cierto, el día después de entrar en vigor la nueva Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, una cadena de televisión pública emitió en horarios de máxima audiencia reportajes sobre profesionales que con hipnosis conseguían extraordinarios resultados en el abandono, pese a que la evidencia actual no ha hallado el más mínimo atisbo de efectividad en esta intervención¹⁹. Pero, también habría que debatir sobre la racionalidad de la televisión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bayer R, Moreno JD. Health promotion: ethical and social dilemmas of government policy. *Health Affairs*. 1986; 5(2): 72-85.
- 2 Khaw KT, Wareham N, Bingham S, et al. Combined impact of health behaviours and mortality in men and woman: the EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Medicine*. 2008; 5(1): e12
- 3 Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2010;92(5):1189-96.
- 4 Cooper R, Kuh D, Hardy R; Mortality Review Group; FALCon and HALCyon Study Teams. Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010;341:c4467. doi: 10.1136/bmj.c4467.
- 5 Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. *Am J Public Health*. 2010;100(11):2270-8.
- 6 Mackay D, Haw S, Ayres JG, Fischbacher C, Pell JP. Smoke-free legislation and hospitalizations for childhood asthma. *N Engl J Med*. 2010;363(12):1139-45.
- 7 Naiman A, Glazier RH, Moineddin R. Association of anti-smoking legislation with rates of hospital admission for cardiovascular and respiratory conditions. *CMAJ*.;182(8):761-7.
- 8 Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Apr 14;(4):CD005992.
- 9 Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int. J. Epidemiol*. 1985;14:32-8.
- 10 Giskes K, Kunst AE, Ariza C, Benach J, Borrell C, Helmert U, Judge K, Lahelma E, Moussa K, Ostergren PO, Patja K, Platt S, Prättälä R, Willemssen MC, Mackenbach JP. Applying an equity lens to tobacco-control policies and their uptake in six Western-European countries. *J Public Health Policy*. 2007;28(2):261-8.
- 11 Conway DI, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, Macpherson LM. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer*. 2008;122(12):2811-9.
- 12 Sidorchuk A, Agardh EE, Aremu O, Hallqvist J, Allebeck P, Moradi T. Socioeconomic differences in lung cancer incidence: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Causes Control*. 2009;20(4):459-71
- 13 Manrique-Garcia E, Sidorchuk A, Hallqvist J, Moradi T. Socioeconomic position and incidence of acute myocardial infarction: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2010 Sep 14. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 20841371.
- 14 Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social Capital, Income and Inequality. *Am J Public Health*. 1997; 87: 491-98.
- 15 de Tocqueville A. De la Démocratie en Amérique, II, en: OEuvres Complètes. 1951; Gallimard, Paris, I (2): 105.
- 16 Mackenbach J. Kos, Dresden, Utopia... A journey through idealism past and present in Public Health. *Eur J Epidemiol*. 2005; 20(10): 817-826.
- 17 Repullo Labrador JR. Políticas tutelares asimétricas: conciliando preferencias individuales y sociales en salud pública. *Gac Sanit*. 2009; 23(4): 342-347.
- 18 Marmot M. Ganges, Cambridge, Chicago, Edinburgh, Cambridge...Values and Public Health. *Eur J Epidemiol*. 2005; 20(10): 809-12.