



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Puyol, Angel

¿QUIÉN ES EL GUARDIÁN DE NUESTRA PROPIA SALUD? RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL Y
SOCIAL POR LA SALUD

Revista Española de Salud Pública, vol. 88, núm. 5, septiembre-octubre, 2014, pp. 569-580

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17031848003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

COLABORACIÓN ESPECIAL

¿QUIÉN ES EL GUARDIÁN DE NUESTRA PROPIA SALUD? RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL Y SOCIAL POR LA SALUD (*)

Angel Puyol

Universitat Autónoma de Barcelona

(*) Proyecto de investigación FFI2012-33370 Fraternidad, Justicia y Democracia del Ministerio de Economía y Competitividad.

No existen conflictos de intereses.

RESUMEN

La mayoría de las personas creen que tenemos el deber de promover y proteger la salud de la población y de tratar a los enfermos en caso de necesidad médica. Y muchas creen también que tenemos una responsabilidad con nuestra propia salud. Ambas creencias pueden llevarnos a un conflicto de valores con implicaciones sociales y políticas. Si la gente enferma a causa de un estilo de vida voluntario poco saludable ¿debemos ofrecerles una prioridad menor en el acceso a los recursos sanitarios?

El ejemplo más popular para referirse a esta situación es el de las enfermedades que se asocian con el hábito de fumar, pero es extensible a cualquier patología que tenga su origen en alguna elección voluntaria del enfermo, como el abandono de la medicación, la práctica de deporte o de sexo inseguro o la ausencia de medidas de prevención contra la gripe. En esos casos, ¿sigue prevaleciendo la responsabilidad social?

Mi respuesta es que sí. En este artículo defiendo que la responsabilidad social por la salud de la población prevalece aun en caso de que podamos y debamos responsabilizar moralmente a las personas por su salud.

Palabras clave: Responsabilidad social. Equidad en salud. Equidad en la asignación de recursos. Desigualdades en la salud. Inequidad social. Ética. Bioética. Ética de la salud pública.

ABSTRACT

Who is the Guardian of our Own Health? Individual and Social Responsibility for Health

Most people believe they have a duty to promote and protect the health of the population and treating the sick in case of medical need. And many also believe each person have a responsibility to his/her own health. Both beliefs can lead to a conflict of values with social and political implications. If people sick from individual choices (or unhealthy lifestyles), should we offer them a lower priority in access to health resources? The most popular example to refer to this situation is that of the diseases associated with smoking, but it is extensible to any disease that originates in a voluntary choice of the patient, as the abandonment of the medication, the practice of sport or unsafe sex, or the lack of preventive measures against influenza. In such cases, you still prevailing social responsibility? My answer is yes. In this article, I argue that social responsibility for the health of the population prevails even if morally can and must empower people about their health.

Keyword: Social Responsibility. Equity in health. Equity in the resource allocation. Health inequalities. Social inequity. Ethics. Bioethics. Public health ethics.

Correspondencia

Angel Puyol
Departamento de Filosofía
Edificio B (Campus)
Universitat Autónoma de Barcelona
08193 Bellaterra, España
angel.puyol@uab.cat

INTRODUCCIÓN

Nadie duda de que las personas tenemos que responsabilizarnos de nuestras elecciones voluntarias. Lo contrario haría a la sociedad moralmente inhabitable y jurídicamente imposible. El principio de autonomía en bioética consagra esa idea en el campo de la salud: “Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de estas y respetando la autonomía de los demás”¹. Este principio sigue los consejos del filósofo liberal John Stuart Mill: “cada uno es el guardián natural de su propia salud, sea física, mental o espiritual”². En consecuencia, hay que respetar la voluntad de los enfermos autónomos y retirar cualquier tratamiento médico que rechacen.

Siguiendo este razonamiento, cabría pensar que la sociedad debe también responsabilizar a los enfermos de sus estilos de vida voluntarios^{3,4}, es decir, de las elecciones libres que les han conducido a la enfermedad o a no poner los medios necesarios y conocidos para prevenirla o tratarla. Pensemos en los montañeros que se accidentan o se pierden en la montaña, los candidatos a un trasplante de pulmón que siguen fumando, los enfermos del corazón que se niegan a abandonar una vida estresada, los obesos que no moderan la ingesta de alimentos, las personas que practican un sexo inseguro, los que no siguen las recomendaciones de sus médicos, los que sufren accidentes de motor por exceso de velocidad y/o sin haber usado el cinturón o el casco. Si todos ellos están bien informados de los riesgos que asumen voluntariamente, perderían el derecho a reclamar la misma atención sanitaria que los demás en el sistema público de salud. La sociedad no parece deberles lo mismo que al resto de los enfermos.

Si aceptamos la responsabilidad individual por la salud hay que aceptar también sus consecuencias. Al menos hay dos efectos claramente positivos de esta doble asunción: pro-

bablemente se incrementa la conciencia individual de los riesgos para la salud derivados de los estilos de vida poco saludables y se disminuyen los incentivos de los individuos a utilizar indebidamente los recursos del sistema público de salud.

Se puede producir, sin embargo, un tercer efecto mucho más discutible: tal vez las personas responsables de su mala salud deberían perder el derecho a reclamar a los demás la atención sanitaria que necesitan, lo que supondría un importante ahorro para el gasto público y un aumento de los costes privados de la atención sanitaria a través de seguros y/o impuestos y tasas suplementarios. Eso es lo que se esconde tras las ideas de que “la salud es un bien privado que depende de uno mismo y no del estado”⁵, del vínculo entre la “responsabilidad del paciente” y la “viabilidad del sistema sanitario”⁶, del cobro por los rescates en la montaña o, indirectamente, de los impuestos que luchan contra la obesidad^{7,8}. Una importancia desmedida de la responsabilidad personal en la atención sanitaria conduce a la preponderancia de la sanidad privada contra la pública y a la utilización de la responsabilidad como criterio de equidad en un contexto de limitación de recursos.

Si la autorresponsabilidad preside las responsabilidades por la salud, la provisión de atención sanitaria quedaría en manos de la libertad de los individuos de contratar un seguro médico privado, incluso en el caso de que, paradójicamente, y como hay pruebas de ello, el aseguramiento obligatorio mejorase el bienestar de todos los miembros de la comunidad⁹. En una concepción liberal de la sanidad no se puede reclamar a los demás que contribuyan a sufragar los costes de la atención sanitaria que uno necesita¹⁰. Si llevamos al extremo la defensa de la libertad individual en el ámbito de la salud, el enfermo que no dispone de recursos económicos suficientes o no ha contratado un seguro sanitario privado queda a merced únicamente de la caridad o la beneficencia de los demás.

Se puede objetar que no todos los individuos disponen de los recursos económicos necesarios para contratar un seguro sanitario de amplia cobertura, lo que abriría las puertas al paternalismo estatal. Pero esa objeción solo es plausible si se demuestra que no solo no pueden contratar el seguro sino que no han podido hacerlo, es decir, que no han gozado de las oportunidades o de la libertad de hacerlo en ningún momento de sus vidas, ellos o los responsables directos de su salud (padres o tutores). La cuestión del acceso a la atención sanitaria queda en manos de los fiscales de la responsabilidad individual, de los juicios sociales e ideológicos sobre la existencia de elecciones realmente libres, de los procedimientos de obtención de responsabilidad individual construidos a imagen y semejanza del derecho penal. Una sociedad liberal convencida de que sus miembros tienen, o han tenido en algún momento de sus vidas, la oportunidad real de obtener los recursos económicos necesarios para pagarse un seguro médico no debe ningún tipo de atención sanitaria a quien no ha aprovechado dicha oportunidad. La sanidad pública se restringe entonces a los elementos sanitarios que benefician a todos y que los individuos no se pueden proveer a sí mismos, como la previsión y tratamiento de epidemias, pero no incluye una atención sanitaria universal de amplia cobertura.

Ahora bien, supongamos que existen buenas razones para justificar la sanidad pública, ya que, junto a la libertad individual, una sociedad valora también la solidaridad que está detrás del paternalismo jurídico¹¹, es decir, de la obligación del Estado de atender las necesidades de salud de la población. Aun en ese caso, es posible que el principio de responsabilidad individual se utilice de un modo restrictivo en el acceso a la atención sanitaria si los recursos son limitados: estableciendo criterios de priorización a favor de los enfermos responsables y dejando permanentemente en las listas de espera a los irresponsables¹². En este esce-

nario, el Estado no abandona *de iure* a los enfermos irresponsables, pero lo hace *de facto* mientras los recursos sean limitados. La responsabilidad personal se utiliza como criterio de equidad: se atiende equitativamente a los enfermos en función de su responsabilidad, dejando en la cola de la priorización a los que no la han ejercido correctamente según los parámetros sociales de cada momento. Los que enferman o se accidentan a causa de una conducta considerada voluntaria quedarían relegados a los últimos lugares de la atención, socialmente estigmatizados por su irresponsabilidad y pendientes de que los recursos dejen de ser limitados. Este es el debate actual, por ejemplo, sobre la priorización de los trasplantes de pulmón e hígado en fumadores y alcohólicos respectivamente¹³. En una sociedad compasiva, los enfermos responsables de su mala salud serían atendidos los últimos y por caridad, no por justicia. En justicia, los enfermos deben asumir las consecuencias, por malas que estas sean, de la responsabilidad que tienen por su salud.

Como mostraré más adelante, es muy difícil saber cuál es el grado exacto de responsabilidad personal en salud. Pero, aunque lo supiéramos, el uso de la autorresponsabilidad como criterio de equidad sanitaria se expone a algunos contraejemplos incómodos. Así, las personas que deciden mantenerse vírgenes ¿tienen la misma obligación que los demás de financiar la parte de la sanidad pública que cubriría el tratamiento contra las enfermedades de transmisión sexual? Para los defensores de la autorresponsabilidad como criterio de equidad sanitaria resulta difícil negar una rebaja fiscal a las personas que deciden voluntariamente no asumir determinados riesgos para la salud. También resulta difícil negar a un enfermo de cáncer de pulmón la solicitud de reintegro del dinero que cuesta su tratamiento si durante muchos años ha contribuido a financiarlo a través de impuestos especiales, como el del tabaco, con el argumento de que las personas que asumen riesgos para

su salud deben pagar más por ello. En su momento, se le obligó a pagar unos impuestos especiales en nombre de su responsabilidad y, ahora, dicho enfermo, renunciando al tratamiento que le correspondería, reclama ese dinero para utilizarlo como le convenga en nombre del mismo principio¹⁴. Aunque los impuestos no sean finalistas, sino que vayan a una caja única, la justificación del impuesto especial en esos casos entraña en contradicción con el rechazo a la voluntad del enfermo de asumir personalmente los costes de su actividad.

La priorización de las prestaciones sanitarias debería estar presidida por criterios que tienen que ver con la necesidad. *Grosso modo*, hay dos modos de entender la necesidad médica: como gravedad, es decir, atendiendo al que tiene peor pronóstico, mayor dolor o sufrimiento, mayor dependencia, o mayor impacto de la enfermedad en la calidad de vida, o como capacidad de beneficiarse de los recursos sanitarios disponibles. El primero es más igualitario, pero menos eficiente, mientras que el segundo es más eficiente, pero menos igualitario¹⁵. Ambos criterios afrontan el dilema entre equidad y eficiencia de manera diferente, y representan dos modos de interpretar la responsabilidad social.

No obstante, creo que es un desacuerdo enfocar el problema forzando una elección a priori entre la igualdad y la eficiencia. No se trata de sacrificar o de divinizar uno u otro valor sino de llegar a un acuerdo que refleje lo más adecuadamente posible nuestras intuiciones morales en cada caso. Por ejemplo, dados unos recursos inevitablemente limitados, pocos dudarían de que tenemos más o mejores razones morales para priorizar a un enfermo joven con una buena calidad de vida esperada tras el tratamiento que a un viejo moribundo. En cambio, si se trata de elegir entre el joven anterior y veinte personas de edad avanzada, pero con una esperanza de vida de algunos años todavía y con calidad, no está claro que la eficiencia deba

ser prioritaria. La eficiencia se mide en años de vida esperados con calidad (AVAC) y se utiliza para establecer comparaciones interpersonales (incluyendo los costes económicos o no) pero, inevitablemente, viola la separabilidad moral de las personas, es decir, suma y resta cantidades de salud de diferentes personas olvidando que las vidas humanas son moralmente indivisibles. Por esa razón prohibimos, por ejemplo, el asesinato de una persona sana para utilizar sus órganos y salvar varias vidas. Permitirlo podría ser eficiente pero es moralmente indeseable porque viola valores fundamentales relacionados con la igualdad moral que hay detrás del concepto kantiano de dignidad: la idea de que no se debe utilizar a unas personas únicamente como medios para beneficio de otras.

Ahora bien, ni siquiera en esas situaciones especiales deberíamos introducir la autorresponsabilidad como motivo para decantar la balanza de la priorización. Otros criterios éticamente menos controvertidos pueden acudir en nuestra ayuda: las cargas sociales que el enfermo soporta¹⁶, las listas de espera o la democracia¹⁷.

No obstante, todo esto no significa que la responsabilidad personal por la salud no tenga hueco en el sistema sanitario. Lo que ocurre es que su papel debe ser secundario y no debe mezclarse con el establecimiento de prioridades. Por ejemplo, los individuos son responsables de hacer un buen uso de los recursos públicos (y merecen una sanción social si se producen abusos), así como de cumplir las recomendaciones sanitarias hasta donde las capacidades personales lo permitan.

Por otra parte, llevar hasta las últimas consecuencias la autorresponsabilidad también afecta a la salud pública. Así, la salud pública no debería tratar los factores de riesgo sin haber determinado primero si han sido voluntariamente asumidos. Si los individuos los conocen y aceptan como parte del

precio de seguir sus objetivos vitales, la salud pública no debería insistir en valorar la salud por encima de los otros bienes que los individuos persiguen libremente. La salud pública debería centrarse, e invertir sus recursos limitados, en proteger a las personas de los riesgos involuntarios, como las enfermedades infecciosas, que afectan a la población sin que sus miembros puedan defenderse eficazmente por sí mismos, y no debería ocuparse de los riesgos voluntarios. La salud pública debería abstenerse de intervenir más allá de informar adecuadamente de los riesgos para la salud de determinadas conductas voluntarias.

Ni siquiera deberían computar en las estadísticas epidemiológicas las enfermedades y las muertes causadas por conductas responsables junto a (o mezcladas con) las causadas por conductas no imputables a la responsabilidad individual. Por ejemplo, si separamos la autorresponsabilidad por la salud del estado de salud de los ciudadanos, puede suceder que un país tenga una esperanza de vida global inferior a otro y haber dispuesto, sin embargo, de una protección epidemiológica superior. La razón es que en ese país, tal vez, hay más muertes prematuras causadas por conductas atribuibles a la responsabilidad individual. Los datos epidemiológicos solo deberían computar las enfermedades que los individuos no pueden evitar.

A pesar de que existen poderosos determinantes sociales de la salud, antes de tenerlos en cuenta habría que averiguar en qué medida son la consecuencia de conductas voluntarias. Por ejemplo, la pobreza es un fuerte determinante social de la salud, pero si creamos que la de un individuo está causada por sus propias decisiones imprudentes (la elección del ocio por encima del trabajo, haber abandonado voluntariamente los estudios primarios, haber tomado decisiones financieras equivocadas,...) entonces la mala salud derivada de la pobreza no es una injusticia social que la sociedad deba compensar, ni siquiera evitar, excepto por caridad.

El papel de la responsabilidad social por la salud quedaría así limitado a prevenir o tratar los problemas de salud que son consecuencia de conductas individuales involuntarias. Sin embargo, esta tesis tiene varios problemas que la convierten en falaz. El primero es que no se puede saber cuál es la parte exacta de responsabilidad individual por la salud, lo que impide elaborar una política fiscal, redistributiva y de salud coherente con la autorresponsabilidad. Pero aunque conociésemos su grado exacto y pudiésemos deducir una política social adecuada, un segundo problema nos advierte de que la responsabilidad individual por la salud no es necesariamente lo que debe contar para saber lo que debemos a los demás por la pérdida de salud. Teniendo en cuenta ambos problemas, no se debería utilizar el argumento de la autorresponsabilidad para justificar un recorte de prestaciones, de gasto o de acceso al sistema público de salud.

QUIÉN ES RESPONSABLE DE QUÉ

El primero de los problemas señalados al inicio del apartado anterior es de orden filosófico. Uno de los debates más prolíficos de la ética contemporánea tiene que ver con la relación entre la justicia y la responsabilidad individual. En una teoría igualitarista y liberal de la justicia, que sostiene que el estado debe respetar la igual libertad de todos, parece justo que se compense por las desigualdades sociales, económicas y de salud de las que los individuos no son responsables (a través de políticas de equidad en salud y en el acceso a la atención sanitaria), pero no se deberían compensar las desigualdades que son el resultado de elecciones libres o autónomas. Este igualitarismo de la suerte (*luck egalitarianism*)^{12,19-21} incluye la mala suerte impredecible (*brute luck*) entre los factores que quitan responsabilidad a los individuos, como la muerte súbita, una enfermedad de origen genético o una intoxicación alimentaria en un local con los permisos en regla, mientras que responsabiliza a los individuos de la mala suerte

predecible (*option luck*) como una inversión financiera arriesgada o una salmonelosis contraída en un chiringuito clandestino. En los casos de *option luck* los individuos tienen que pagar el coste de su libertad. Ellos deciden libremente los riesgos que están dispuestos a asumir y los demás no tienen que pagar las consecuencias.

Dejando a un lado los problemas metafísicos (e irresolubles) de la existencia del libre albedrío, una teoría de la responsabilidad individual por la salud debería tener un modo concreto y práctico de determinar el grado exacto de esa responsabilidad. De otro modo, tendríamos una buena idea imposible de observar en la vida real. El problema es que casi nunca podemos saber cuál es el grado de voluntariedad que tiene un individuo en la elección de los estilos de vida que afectan a su salud^{22,23}, ya que muchos estilos de vida actuales tienen su origen años atrás, incluso en la niñez y la adolescencia, o están asociados a condicionantes sociales que se escapan al control o la elección de los individuos, como demuestra la abundante literatura sobre los determinantes sociales de la salud. Estos incluyen la pobreza, la clase social, la educación, las condiciones de trabajo²⁴, pero también la influencia de los amigos^{25,26} y de las redes sociales^{27,28}. Y, en todo caso, los estilos de vida tienen tantos factores causales que resulta demasiado complejo desligar todas las elecciones autónomas de las no autónomas y el grado de importancia de ambas en el estado final de salud del individuo en su largo proceso de formación. Aunque no faltan los intentos de dilucidar, ya sea indirectamente^{29,30}, lo que está fuera y dentro del control del individuo en la formación de los estilos de vida relacionados con la salud, sigue siendo imposible saber con exactitud y en todos los casos cuándo ocurre qué y en qué grado.

Al problema de determinar la voluntariedad en la elección de las conductas relacionadas con la enfermedad se añade el de la

información imperfecta sobre su evolución, debido a la incertidumbre sobre cuándo enfermamos, con qué gravedad y si los tratamientos aplicables en su momento serán seguros y efectivos. Es decir, aunque se pudiese determinar la voluntariedad del individuo en la elección del estilo de vida que le ha llevado a la enfermedad, la falta de una información clara sobre su evolución futura impide que podamos afirmar que el individuo es completamente responsable de los efectos futuros de su enfermedad asociados a su elección voluntaria. La falta de información precisa se agrava además por el hecho de que los determinantes sociales de la salud condicionan de manera inequitativa la distribución de la información y el modo en que los individuos la procesan.

Sin toda esa información básica, la que tiene que ver con la voluntariedad y con la evolución de la enfermedad asociada a ella, no podemos diseñar políticas públicas ajustadas al principio de responsabilidad individual por la salud. Si, pese a ello, lo hacemos es porque, con anterioridad a los hechos, hemos elegido qué debe contar como responsabilidad individual. Esa elección previa, que proviene de nuestro mundo moral e ideológico, es la que determina si alguien es, por ejemplo, responsable de su situación socioeconómica o de no haber prevenido adecuadamente sus problemas coronarios.

LO QUE DEBEMOS A LOS DEMÁS

Lo que debemos a los demás en materia de salud no puede depender de la responsabilidad individual porque desconocemos cuál es ese grado de responsabilidad. Pero aunque lo conociésemos, hay una serie de problemas que impiden que una política justa de salud se base en la autorresponsabilidad.

1. Los individuos somos responsables de las elecciones voluntarias que afectan a la propia salud pero, al tratarse de procesos causales complejos, es muy fácil que para

tomar una decisión correcta: a) no se disponga de toda la información necesaria (¿quién tiene acceso a todo el conocimiento disponible sobre la relación entre estilos de vida y posibles enfermedades en el futuro?); b) no se perciba con claridad lo que está en juego en cada momento (no es necesariamente irracional tomar decisiones que solo serían peligrosas a largo plazo) o c) no se tenga la fuerza de voluntad suficiente para renunciar a un placer inmediato (fumar, comer, vivir apasionadamente, ...) en beneficio de uno mayor en el futuro más o menos lejano. Estos juicios erróneos²² son, en cierto modo, comprensibles e incluso no se puede esperar que una persona razonable siempre los tenga que evitar.

2. Los juicios erróneos, comprensibles o no, en cualquier caso son fatales para los afectados en una teoría de la responsabilidad individual por la salud, en la que la sociedad no debe nada a los individuos que enferman a causa de sus estilos de vida voluntarios. El abandono de los imprudentes³¹ es una consecuencia lógica de esa teoría de la justicia. El resultado es que muchos enfermos, incluso graves, quedan a merced de las posibilidades privadas de costear el tratamiento que necesitan. Quizá se pueden invocar otros principios morales para atenderles, como la compasión o la caridad, pero no la justicia. La justicia de casino es implacable con los imprudentes. Este resultado es especialmente desconcertante cuando pequeños juicios erróneos provocan consecuencias graves para la salud. Por ejemplo, un pequeño despiste (involuntario, aunque moralmente reprochable) en la toma de la medicación puede provocar un resultado grave de salud que la sociedad ya no estaría obligada a atender.

3. La justicia sanitaria basada en la autoresponsabilidad acaba castigando conductas moralmente positivas como la solidaridad. Imaginemos a una persona joven y soltera que decide dejar su prometedora carrera profesional para cuidar a un hijo con una

enfermedad crónica grave y a sus padres con demencia senil porque no tiene a nadie que pueda realizar esa tarea por ella. Al poco tiempo, con escasos o nulos ingresos, la mujer empobrece y finalmente enferma al no haberse cuidado a sí misma lo suficiente mientras se preocupaba del bienestar de su familia. Cuando necesita ayuda, la respuesta de la teoría de la responsabilidad individual por la salud podría ser que ella eligió voluntariamente dejar el trabajo, cuidar a su familia y despreocuparse de su propia salud. La sociedad no le debe nada, aunque para algunos tenga mucho mérito.

4. Supongamos que la sociedad quiere evitar la deshumanización del caso anterior y decide no castigar los estilos de vida voluntarios pero socialmente positivos. El problema ahora es que los prejuicios sociales, morales y culturales de una determinada sociedad acaban suplantando o corrigiendo a la teoría de la responsabilidad por la propia salud³². Podría ocurrir que la sociedad castigase estilos de vida poco saludables (y, en general, socialmente reprochables) como la drogadicción, el alcoholismo, la pereza, la gula o la luxuria, mientras premia estilos de vida voluntarios socialmente aceptables como los deportes de riesgo o la maternidad tardía (que puede estar relacionada con el cáncer de mama).

5. Otro efecto perverso consiste en la necesidad que tiene la teoría de la responsabilidad individual de diseñar políticas que invaden la privacidad de las personas enfermas con el fin de esclarecer su responsabilidad. El personal sanitario haría las veces de fiscal y policía, los juzgados se llenarían de enfermos reclamando su inocencia, los enfermos responsables exigirían una rebaja de impuestos¹⁴ y viviríamos inmersos en una asfixiante sociedad de la culpación³³.

Así pues, para saber lo que nos debemos unos a otros en materia de protección de la salud, la responsabilidad individual debe tener un papel, pero debe ser secundario o

periférico, y es aconsejable que las instituciones lo estimulen. Aunque toda política de salud pública es invasiva de un modo u otro, ya sea coartando o simplemente influyendo en las conductas relacionadas con la salud, se pueden incentivar comportamientos saludables y desincentivar los nocivos sin comprometer la autonomía individual³⁴. La responsabilidad social por la salud no debe oponerse a la individual, ni esta a aquella. El fomento de la autorresponsabilidad tiene que ser una de las obligaciones de toda política de salud pública, pero sin absolutizarla, sin abandonar la protección de la salud de los individuos en nombre de su propia responsabilidad. La razón es simple: nadie está en condiciones de garantizar completamente su propia salud, de ser su único guardián.

Así pues, lo que debemos a los demás en materia de salud no depende únicamente, ni siquiera fundamentalmente, de la elección voluntaria de los individuos sino del valor de la elección³⁵, que viene determinado, a su vez, por las circunstancias de la elección. Lo importante para valorar una elección personal no es si ha sido voluntaria sino si las circunstancias han proporcionado al individuo la oportunidad real de elegir alternativas. Y lo que sabemos sobre los determinantes sociales de la salud es decisivo. Si esos poderosos condicionantes han actuado como causas sociales de la enfermedad (de las causas biológicas), difícilmente podemos responsabilizar a las personas enfermas de sus elecciones en el pasado, aunque hayan sido voluntarias, puesto que en un contexto de fuertes condicionantes sociales no existe, en general, una oportunidad real de elegir alternativas más saludables.

EL BIEN DE LA SALUD

Sin embargo, la ausencia de una completa responsabilidad individual o el desconocimiento de su grado exacto no justifica todavía una responsabilidad social. ¿Por qué unos individuos tienen que cargar con los costes de la protección de la salud de los

demás a los que no se ha causado ningún daño? Supongamos que un niño tiene una grave enfermedad de origen genético y los padres no pueden costear el tratamiento que necesita. ¿Por qué tenemos el deber de justicia, y no de caridad, de atenderle a pesar de todo? La respuesta es que la salud de las personas es un bien en sí mismo.

La salud tiene una importancia moral especial porque su limitación impide disfrutar de una efectiva igualdad de oportunidades^{36,37}, y de la posibilidad de que las personas interactúen entre sí como iguales^{30,38}. Pero eso no debe hacernos pensar que tiene un valor meramente instrumental. Creo que la salud tiene un valor en y por sí misma. Este es un juicio normativo pero con base empírica. Quien pierde la salud no piensa únicamente en la pérdida de un recurso valioso para lograr objetivos importantes en la vida. También experimenta un mal en sí mismo: el deterioro de su cuerpo, el dolor de la enfermedad, la pérdida de una parte de su identidad. La salud es un bien en sí mismo como lo es la libertad. No es necesario que echemos de menos la libertad y la salud con el fin de conseguir otros fines para saber que nuestra vida es peor sin ellas.

La tesis de que la salud es buena por sí misma y no meramente por su utilidad no remite a algún tipo de esencialismo metafísico ni requiere una justificación ajena a la propia salud (por ejemplo, sostener que la salud es buena en sí misma porque Dios así lo quiere). La salud es buena por sí misma porque su valor no depende de otras cosas externas, es decir, de lo que podemos conseguir con ella o de sus consecuencias. Naturalmente, la pérdida de salud produce dolor y deterioro corporal, pero esos efectos son internos, propios del ámbito de la salud, definen la propia pérdida de salud. Y es la atribución que hacemos a la importancia moral de esa pérdida lo que confiere finalmente valor a la necesidad de recuperar la salud. El valor de la salud no depende únicamente de los efectos externos que puede

producir: mayor libertad personal, obtención de trabajo y riqueza, mayores oportunidades sociales, etcétera. Tales efectos vuelven a la salud más valiosa, si cabe, pero su valor último es intrínseco. De otro modo, se podría menoscabar la salud de una persona si con ello se aumentan sus riquezas o su libertad. Por ejemplo, el Estado podría empeorar coercitivamente la salud de sus ciudadanos a cambio de un empleo mejor remunerado, de mayores oportunidades sociales o de ventajas económicas para la comunidad (en mi opinión lo hace, por ejemplo beneficiando a los habitantes de una comunidad a cambio de instalar una incineradora o un cementerio nuclear...). Si pensamos que la salud no puede ser el precio de esos efectos positivos es porque creamos que su valor no depende exclusivamente de ellos.

Eso no significa que una persona no pueda comprometer libremente su salud, es decir, decidir por sí misma de qué modo sirve mejor a su propia idea de salud. La salud es un bien objetivo, pero también es un bien subjetivo. Lo mismo ocurre con la libertad. No existe, por tanto, una definición única de lo que sea la buena y la mala salud, como no existe un único modo de ejercer la libertad personal. Alguien puede considerar, desde su libertad personal, que beber moderadamente alcohol y fumar marihuana con los amigos de vez en cuando, o realizar un deporte de riesgo, es parte de lo que le hace feliz, de lo que significa llevar una vida saludable en su conjunto. Ese individuo debe ser consciente de que hay una probabilidad seria de que determinados estilos de vida afecten negativamente la calidad de su vida en otros sentidos también importantes para él. Aun así, la última palabra sobre la conducta adecuada para mantener una buena salud en el conjunto de una vida la debe tener cada persona con toda la información disponible.

Ahora bien, la libertad para decidir en qué consiste la propia salud no es una razón para

que esta no deba ser protegida por todos. La protección de la salud de las personas sigue siendo una responsabilidad social a partir de unos términos socialmente consensuados sobre las condiciones básicas de la buena salud (y teniendo en cuenta la posible limitación de recursos) como parte de lo que significa proteger la existencia de las personas, siempre con la opción de que puedan rechazar tal protección, o parte de ella, desde su libertad o autonomía.

Por otro lado, la idea de que la salud y la libertad tienen un valor intrínseco puede hacer colisionar los deberes de protección hacia ellas. Eso ocurre, por ejemplo, cuando está en juego el principio de justicia. Imaginemos que una persona rechaza una intervención quirúrgica por razones religiosas (por ejemplo, porque se niega a recibir una transfusión de sangre). El médico, siguiendo su deber de beneficencia sanitaria, le ofrece un tratamiento alternativo (*o second best*) que supone un coste económico mucho más elevado que la intervención quirúrgica. ¿Debemos pagar entre todos ese segundo tratamiento? Mi respuesta es que sí, siempre y cuando la propuesta alternativa que el enfermo está dispuesto a aceptar se ajuste a los estándares de coste-efectividad en su ámbito, como cualquier otro tratamiento.

No hay que castigar a las personas por ejercer su libertad en contra de su propia salud según los estándares médicos. Supongamos ahora que el rechazo a la propuesta más efectiva desde un punto de vista médico se debe a una elección personal no relacionada con la religión (por ejemplo, una mujer que se niega a que le practiquen una mastectomía: un procedimiento considerado efectivo contra su cáncer de mama). Imaginemos que el tratamiento alternativo *o second best* que la paciente está dispuesta a aceptar supone un mayor gasto en medicamentos y posibles recaídas futuras. ¿Deberíamos asumir esos nuevos gastos entre todos o hacemos pagar a la paciente la diferencia económica entre

ambos tratamientos? Creo que estaríamos de acuerdo en que hay que suffragarlo entre todos si no excede los estándares de coste-efectividad, como en el caso anterior. La libertad del enfermo debe ser respetada a la hora de aceptar o rechazar una propuesta médica, con independencia de si los motivos personales son religiosos o de otro tipo, pero no debe suponer un castigo social o económico para quien la ejerce.

Pues bien, si la salud es un bien en sí mismo, no debería importarnos quién es el responsable de la enfermedad para determinar lo que debemos a los enfermos. No solo eso. Si la salud es un bien en sí mismo y sabemos que una redistribución más justa de la riqueza mejora la salud de los más pobres sin empeorar la de los más ricos, *caeteris paribus* deberíamos llevar a cabo la redistribución. Este es un argumento clásico a favor de la fiscalidad progresiva³⁹.

Tenemos la obligación moral de proteger la salud propia y la de los demás. Si existe un modo de lograr una mejor protección de la salud incentivando⁴⁰ la responsabilidad individual, es bueno tenerlo en cuenta, pero nunca al precio de desatender a los enfermos o de desproteger a las personas de la enfermedad. Eso no significa que debamos anteponer el bien de la salud a la libertad individual de hacer con la propia salud lo que autónomamente se crea conveniente. La sociedad debe a las personas la protección de la salud, incluso contra las conductas imprudentes, no su imposición. Tampoco significa que los individuos carezcan de responsabilidad moral por su salud, pero hay que distinguir esta de lo que nos debemos en justicia unos a otros. Por ejemplo, podemos reprochar moralmente a alguien la imprudencia de escalar una montaña con pocos recursos o de injerir voluntariamente excesivas grasas saturadas sin que ello quebrante nuestra obligación aún más básica de socorrerle en caso de accidente o enfermedad a causa de esas acciones.

CONCLUSIÓN

Resumiendo, la autorresponsabilidad tiene un papel en la política sanitaria porque contribuye a mejorar el cuidado que las personas se deben a sí mismas. Pero utilizar el argumento de la autorresponsabilidad para recortar las prestaciones públicas de salud o para priorizar a la baja a los enfermos en el acceso al sistema sanitario es falaz. En primer lugar, porque por lo general es imposible determinar el grado de responsabilidad individual por la salud. Y, en segundo lugar, porque lo que debemos a los enfermos no viene determinado por sus elecciones voluntarias, sino por el valor de la elección y el valor de la salud. El primero depende a menudo de los determinantes sociales de la salud y el segundo está ligado a la idea de salud como un bien en y por sí mismo.

De este modo, el argumento de la autorresponsabilidad por la salud no se debería utilizar para justificar una política de recortes en las prestaciones públicas, de privatización de la atención sanitaria o de baja priorización en el acceso a los servicios públicos. Quizá haya otros argumentos para justificar esas medidas, pero no se deben buscar en la idea de la responsabilidad individual por la salud.

AGRADECIMIENTOS

El autor desea expresar su agradecimiento a Andreu Segura, Ildefonso Hernández y Aurelio Arteta, así como a tres revisores anónimos de la Revista Española de Salud Pública, por sus valiosos comentarios a la primera versión del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Art. 5. Disponible en: http://portal.unesco.org.es/ev.php?url_id=31058&url_do=DO_TOPIC&url_section=201.html
2. Mill JS. Sobre la libertad. Madrid: Alianza; 1986. p. 69.

3. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document. Ottawa: Report of the Government of Canada; 1974.
4. Surgeon General of the United States. Healthy People: Report on Health Promotion and Disease Prevention. Washington DC: Government Printing Office. 1979.
5. Entrevista a Boi Ruiz, Consejero de Salud de la Generalitat de Catalunya. *El País*, 25 octubre 2011.
6. Diez temas candentes de la Sanidad española para 2012. Dos agendas simultáneas: recortes y reformas [Internet] PwC; [consultado el 19/2/2014]. Disponible en: http://www.pwc.es/es_ES/es/publicaciones/sector-publico/assets/diez-temas-candentes-sanidad-2012.pdf.
7. Leicester A, Windmeijer F. The “fat tax”: economic incentives to reduce obesity. London: Institute for Fiscal Studies; 2004; Briefing Note num. 49.
8. OECD's current tax agenda. OECD; 2012.
9. Ramiro Avilés MA, Lobo F. La justificación de las políticas de salud pública desde la ética y la eficiencia económica. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010; 24, suplemento 1: 120-27.
10. Engelhardt, TH. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós; 1995.
11. Alemany M. El paternalismo jurídico. Madrid: Iustel; 2006.
12. Le Grand J. Equity and choice. London: Harper Collins; 1991.
13. Ubel PA, Baron J, Asch D. Social Responsibility, Personal Responsibility, and Prognosis in Public Judgments about Transplant Allocation. Bioethics 1999; 13(1): 57-68.
14. McLahlan H. Smokers, virgins, equity and health care costs. J Med Ethics. 1995; 21: 209-13.
15. Puyol A. Justícia i salut. Ètica per al racionament dels recursos sanitaris. Bellaterra: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona; 1999.
16. Solans A, Adam P, Espallargues M. Elaboració d'un sistema universal/generic de prioritització de pacients en llista d'espera. Barcelona: Agència d'Informatió, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2011.
17. Daniels N. y Sabin J. Setting Limits Fairly. Oxford: Oxford University Press; 2002.
18. Cohen GA. On the currency for egalitarian justice. Ethics. 1989; 99: 906-44.
19. Arneson R. Equality and equality of opportunity for welfare. Philos Stud. 1989; 56: 77-93.
20. Dworkin R. Virtud soberana. La teoría y la práctica de la igualdad. Barcelona: Paidós; 2003.
21. Roemer JE. Equality of opportunity. Cambridge: Harvard University Press; 1998.
22. Marmot M, Shipley MJ, Hemingway H, et al. Biological and behavioural explanations of social inequalities in coronary heart disease: The Whitehall II Study. Diabetologia. 2008; 51: 1980-8.
23. Stringhini S, Dugavot A, Shipley M, et al. Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: Further analysis of the British Whitehall II Study and the French GAZEL perspective cohorts. PLoS Medicine. 2011; 8(2), e1000419.
24. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts, Copenhagen: World Health Organization; 1998.
25. Harris JE, González López-Valcárcel B. Asymmetric peer effects in the analysis of cigarette smoking among young people in the United States, 1992-1999. J Health Econ. 2008 Mar;27(2):249-64.
26. Powell LM, Tauras JA, Ross H. The importance of peer effects, cigarette prices and tobacco control policies for youth smoking behavior. J Health Econ. 2005 Sep;24(5):950-68.
27. Christakis N, Fowler J. The spread of obesity in a large social network over 32 years. N Engl J Med. 2007; 357:370-379.
28. Cohen-Cole E, Fletcher JM. Is obesity contagious? Social networks vs. environmental factors in the obesity epidemic. J Health Econ. 2008 Sep;27(5):1382-7.
29. Roemer J. A Pragmatic Theory of Responsibility for the Egalitarian Planner. Philosophy and Public Affairs 1993; 22: 146-66.
30. Le Grand J. Individual Responsibility, Health, and Health Care. En: Eyal N, Hurst S, Norheim OF, Wikler D, editores. Inequalities in health. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 299-306.

31. Anderson E. What is the point of equality? *Ethics* 1999; 99: 287-337.
32. Wikler D. Personal and social responsibility for health. *Ethics Int Aff.* 2002; 16 (2): 47-55.
33. Segura A. Salud, responsabilidad y culpa. Barcelona: La Vanguardia. 19 marzo 2013. Monográfico especial Medi Salud; p. 7.
34. Sunstein C, Thaler R. Libertarian paternalism is not an oxymoron. *Univ Chic Law Rev.* 2003; 70: 1159-1162.
35. Scanlon T. Lo que nos debemos unos a otros. Barcelona: Paidós; 2003.
36. Daniels N. Just health care. Cambridge: Cambridge University Press; 1985.
37. Daniels N. Just health. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
38. Hausman DM. Egalitarian critiques of health egalitarianism. En: Eyal N, Hurst S, Norheim OF, Wikler D, editores. *Inequalities in health.* Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 95-112.
39. Marmot M. Fair Society Healthy Lives. En: Eyal N, Hurst S, Norheim OF, Wikler D, editores. *Inequalities in health.* Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 296.
40. López Casasnovas G. ¿Cambia la fiscalidad los estilos de vida? Impuestos para luchar contra la obesidad. *Rev Esp Salud Pública.* 2013; 87:541-548.