

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Con la colaboración de:



Determinantes personales y colectivos de los problemas de salud

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Determinantes personales y colectivos de los problemas de salud. Nº 37 (2015)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-608-1487-0 Depósito Legal: B 20582-2015

Cuadernos
de la Fundació **37**
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Introducción

Àngel Puyol y Andreu Segura 7

Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud. ¿De quién es la responsabilidad? ¿Cómo se puede asumir?

Victòria Camps 14

Pere Ibern 23

La responsabilidad personal y sus límites. Del empoderamiento a la culpabilización.

Begoña Román 38

Ricard Meneu 50

Responsabilidad colectiva y responsabilidad profesional

David Rodríguez-Arias y Txetxu Ausín 62

David Larios 92

Un relato de lo expuesto

José Miguel Carrasco 103

Títulos publicados 112

INTRODUCCIÓN

¿Quién es el responsable de la salud de las personas? En una sociedad moderna y celosa de la libertad como la nuestra, pocos dudarian en abrazar la idea que John Stuart Mill expuso en su celebradísimo ensayo *Sobre la libertad* de 1859: «cada uno es el guardián natural de su propia salud, ya sea física, mental o espiritual». Para Mill, nadie tiene derecho a controlar la vida de los demás, porque a nadie se debe poder obligar a vivir de modo contrario a su voluntad, incluso aunque al hacerlo ponga en peligro su salud, puesto que no existe, supuestamente, una auténtica vida buena a la que quepa someter al individuo. En este punto, los firmantes de este escrito no tienen reparos en suscribir la frase de Mill.

Sin embargo, el recurso del filósofo inglés a la salud para defender la primacía de la libertad individual, no es del todo afortunado. Aunque es cierto que una parte de la salud depende de la voluntad de uno mismo, del estilo de vida que uno desea llevar, de los riesgos que aceptamos correr en la vida, y más directamente de nuestras decisiones y comportamientos personales que afectan a la salud, esta es solo una parte de la historia. La naturaleza biológica y el entorno en el que esta se manifiesta son decisivos para explicar la salud que disfrutamos o padecemos. La especificidad de cada una de las especies de seres vivos respecto de la fisiopatología es obvia, y el entorno se refiere a las condiciones y circunstancias en las que los seres vivos desarrollamos las potencialidades de nuestra naturaleza. El entorno es externo y, a menudo, ajeno a nuestra voluntad, desde nuestra alimentación en el seno materno hasta la exposición al cambio climático, desde los accidentes fortuitos hasta los determinantes sociales y económicos de la salud. Estamos expuestos a tantos factores que escapan a nuestro control, que no parece sensato sostener que cada uno de nosotros sea el «único o el principal» guardián natural de nuestra propia salud, ni siquiera cuando un comportamiento saludable es insuficiente para evitar la aparición de alguna enfermedad asociada a los estilos de vida y, desde luego, tampoco cuando el cultivo de conductas de riesgo no conlleva tal enfermedad. Tal cosa no es paradójica, aunque lo pueda parecer, ya que, por definición, los factores de riesgo aumentan la probabilidad de padecer una determinada enfermedad, es decir, las socieda-

des con mayor proporción de individuos expuestos al riesgo tienen una prevalencia más elevada de la enfermedad, pero eso no significa, forzosamente, que una persona expuesta al riesgo desarrolle inevitablemente la afección y, lo que es todavía más importante, que una persona no expuesta permanezca indemne. Así pues, está claro que la identificación de los factores de riesgo de enfermar supone una oportunidad para la prevención en el ámbito colectivo, pero no siempre en el individual. Tampoco hay que olvidar que las conductas personales vienen condicionadas por las circunstancias vitales que nos tocan vivir, y que no todos tenemos el mismo conocimiento ni la misma libertad para escoger. Lo cual no es óbice para reconocer que, ni que sea en parte, tenemos cierto margen para controlar lo mejor posible los determinantes de nuestra salud. No en vano una de las dimensiones de la salud entendida como algo más y distinto que la ausencia de enfermedad es, precisamente, la autonomía para vivir lo más plenamente posible nuestra vida.

Pero si es verdad que controlamos o que pretendemos controlar parte de nuestra salud, pero no toda, ¿quién acaba siendo responsable de qué cuando la perdemos o la conservamos? Aunque no se nos obliga a comer más, más grasa o más grasa insaturada, sabemos que la obesidad se ceba en las clases sociales con menor poder adquisitivo. Un fenómeno muy actual, ya que no hace tanto que la gordura solo estaba al alcance de las élites sociales y económicas. Podemos vivir apresuradamente o tomarnos la vida con filosofía, pero resulta que la probabilidad de padecer un infarto es mínima entre los trabajadores cualificados con empleos de alta responsabilidad. Podemos llevar una vida saludable y alimentarnos correctamente, pero la obsesión por la comida sana, la apetencia desbocada por lo correcto, deriva en una patología típicamente moderna llamada *ortorexia*. En definitiva, resulta hartamente complicado saber cuándo una persona es responsable de su salud y cuándo no lo es. Y si el individuo no es completamente responsable de su salud, ¿quién lo es? Cabe pensar que si la enfermedad está causada por el entorno, una causa *social* de la causa *natural* de la enfermedad, tal como señala la moderna epidemiología social y los llamados determinantes sociales de la salud, entonces la responsabilidad es social. ¿Quién, si no, debe responsabilizarse de la desigual esperanza de vida existente entre los barrios barceloneses de Sarrià-Sant Gervasi y la Barceloneta, que es de siete años?

Por otra parte, si la mala salud de alguien no es su responsabilidad, pero tampoco la de los demás (pensemos en un accidente fortuito o en una enfermedad congénita), entonces ¿nadie es responsable de esa pérdida de salud? Si es así, ¿quién debe pagar los costes de la atención sanitaria que necesita la persona que se ha hecho daño sola, pero involuntariamente, o la que sufre una parálisis causada por sus propios genes?

La cuestión de la responsabilidad por la propia salud tiene una importancia ética. Los enfermos pueden recibir una reprobación moral por la mala conducta relacionada con su salud. Es el tipo de reproche moral que podemos lanzar, por ejemplo, al excursionista que se pierde imprudentemente en la montaña pese a las advertencias conocidas por todos, y al que después hay que rescatar con un elevado coste económico. Las personas que enferman por imprudencias tienen, sin duda, una responsabilidad moral que todos tenemos el derecho, y hasta el deber, de recordar, sobre todo si esos enfermos nos reclaman ayuda económica para ser tratados de sus dolencias. Pero la responsabilidad por la salud no tiene solamente una consecuencia moral, sino también política: ¿a quién cargamos los costes de la mala salud de las personas? ¿a ellas mismas? ¿al conjunto de la sociedad? ¿a partes iguales o según alguna fórmula de equidad en función de la causa probada o probable?

Vivimos tiempos de fuertes restricciones presupuestarias de la sanidad pública (de todos los servicios públicos en general), de modo que existe la tentación de utilizar la cuestión de la autorresponsabilidad por la salud como un argumento para traspasar los costes de la atención sanitaria del seguro público al privado, de la socialización de los costes sanitarios que caracteriza al Estado del bienestar a la privatización de dichos costes en el Estado mínimo o neoliberal. Así pues, el tema de la responsabilidad por la salud tiene efectos claros sobre la equidad y la solidaridad.

El discurso de la solidaridad no puede ni debe esconder el margen de responsabilidad por los costes que sí tienen los individuos, aunque sea periférico o secundario. Los individuos tenemos que asumir nuestra parte de responsabilidad y la sociedad tiene derecho a pedir cuentas de ello. Alguna diferencia debe haber entre un enfermo que deliberadamente lleva una vida poco saludable (pero quizá muy rica en emociones) y otro que opta por unos hábitos

de vida mucho más prudentes y saludables (aunque quizá también algo más aburridos). El segundo no tiene la obligación de costear el modo de vida del primero, del mismo modo que este no está obligado a ceder parte de su felicidad al otro. Puesto que existe *algún* tipo de elección libre en los estilos de vida que llevamos, debe haber sitio para la responsabilidad individual a la hora de asumir esas elecciones personales. Ahora bien, ¿de qué modo podemos imputar a un enfermo *su* parte de responsabilidad sin dañar la solidaridad? ¿Cómo se incentiva la responsabilidad personal? ¿Esta no debería ser un valor asumido por el individuo y no el resultado de un comportamiento incentivado?

Otra cuestión relacionada con la responsabilidad por la salud tiene que ver con la utilización de los servicios sanitarios públicos, incomparencias incluidas, y el grado de cumplimiento de las prescripciones médicas, así como con los efectos que, sobre la eficiencia en la utilización de recursos sanitarios, tienen las intervenciones sobre los pacientes que siguen expuestos a factores de riesgo más o menos voluntarios.

Finalmente, hay que tener en cuenta el corolario derivado de la aparente paradoja que se citaba hace unos párrafos en el ámbito de la salud pública y que se conoce como la paradoja de la prevención de Geoffrey Rose: la constatación de que el mayor número de afectados por una enfermedad, en una sociedad determinada, no acostumbra a proceder de aquellos grupos de personas expuestas a un riesgo elevado, sino de los grupos menos expuestos, por la sencilla razón de que estos acostumbran a ser más numerosos. Por ejemplo, para reducir el número de afectados por síndrome de Down en la sociedad, una política limitada a la prevención en el grupo de madres añosas (estrategia de riesgo elevado) tendrá mucho menos impacto que una política dirigida al conjunto de gestantes (estrategia poblacional). Eso ocurre también con los factores de protección, es decir, con las actividades preventivas. Así pues, la mayoría de las personas que llevan a cabo actividades preventivas –vacunarse, cribados o conductas saludables– no obtendrán por ello un beneficio directo; es decir, aunque no hubieran practicado tales conductas, tampoco habrían padecido la enfermedad que pretendían evitar. Unas cuantas enfermedades, obviamente, se podrán evitar. Pero todas las personas se beneficiarán de pertenecer a una sociedad más saludable. Por lo que un poderoso argumento para

conducirse saludablemente es de carácter social, lo que corresponde a las especies biológicas que, como la nuestra, son sociales por naturaleza.

Los textos que aquí se incluyen aportan luz a estas y otras cuestiones relacionadas con los determinantes personales y colectivos de los problemas de salud. Todos los textos tienen un objetivo común: intentar averiguar de quién es la responsabilidad por la salud y cuáles son las políticas que se derivan de ello.

Angel Puyol

Profesor de Ética y Filosofía Política
de la Universitat Autònoma de Barcelona

Andreu Segura

Coordinador del grupo de Ética y Salud Pública
de la Sociedad Española de Salud Pública
y Administración Sanitaria (SESPAS)

**Determinantes
personales y colectivos
de los problemas de
salud. ¿De quién es
la responsabilidad?
¿Cómo se puede asumir?**

Victòria Camps

Pere Ibern

Victòria Camps

Catedrática emérita de Filosofía Moral y Política de la Universitat Autònoma de Barcelona

¿Quién es responsable de la salud pública?

En un documento reciente de The Hastings Center sobre la salud pública se lee que: «la salud pública cubre aquello que la sociedad hace para asegurar condiciones saludables para sus miembros, y se centra en la población y no en los individuos». Para corroborar la definición, el mismo documento menciona la definición de salud pública del Institute of Medicine: «aquello que nosotros, como sociedad, hacemos colectivamente para asegurar las condiciones de una vida sana para el conjunto de la población.»¹

De acuerdo con ambas definiciones, parece claro que el sujeto responsable de la salud pública es el «nosotros» que compone «la sociedad», un conjunto al que no es posible atribuirle responsabilidad ninguna a no ser que proyectemos esa carga no en todos y cada uno de los miembros de una sociedad, sino en quienes representan a la ciudadanía y detentan el poder de legislar, ejecutar y juzgar el cumplimiento de las leyes en los Estados de derecho. Son los tres poderes, y en especial el ejecutivo, los últimamente responsables de que en una sociedad se den de manera efectiva las condiciones para que la ciudadanía pueda llevar una vida sana.

La primera de tales condiciones es la garantía del derecho a la protección de la salud, entendida como un bien básico. Garantizar el acceso equitativo a los servicios sanitarios es la primera responsabilidad de los poderes públicos. Pero, cuando nos referimos a la salud pública y a la responsabilidad correspondiente, pensamos más en una atención preventiva que curativa. De lo que se trata al hacer frente a epidemias insospechadas, programar vacunaciones, evitar las consecuencias de la droga, del tabaco o de la contaminación, disminuir los accidentes de tráfico, etcétera, no es tanto curar patologías como prevenirlas, una actuación cualitativamente distinta de la atención sanitaria que interviene para diagnosticar y tratar una dolencia. Si

el individuo enfermo acude automáticamente a un centro sanitario para ponerse en manos del profesional cuando se siente mal, ese mismo individuo no siempre ve con buenos ojos las medidas de prevención, especialmente si estas le obligan a cambiar su estilo de vida o a privarse de ciertos gustos. En cualquier caso, la enfermedad limita la libertad de las personas porque pone de manifiesto su vulnerabilidad, pero una cosa es sentirse enfermo y otra atender y seguir los consejos de alguien para prevenir posibles e inseguras dolencias. Toda la doctrina a favor del derecho a la libertad individual sobre el propio cuerpo y el bien de cada uno, se hace manifiesta ante cualquier medida pública preventiva.

No hace falta invocar a John S. Mill para recordar que, en una sociedad liberal, el paternalismo solo puede proponerse un objetivo, evitar el daño al otro. Hacerse daño a uno mismo es legítimo si nos atenemos al sentido liberal de libertad, la llamada «libertad negativa» que consiste en una «libertad de» hacer todo lo que está legalmente permitido. Hace falta una justificación añadida para interferir en la vida de las personas con el fin de evitar que incurran en comportamientos y estilos de vida que pueden perjudicarles. El primer conflicto con que se encuentran las políticas de salud pública, que velan por la salud general de la población, es la interferencia en las libertades individuales.

No obstante, en un Estado social de derecho, la pregunta de si los gobiernos tienen que imponerse la tarea de modificar el comportamiento humano, no puede ser contestada con una simple negativa. Aunque el individuo sea libre de hacer con su vida lo que le plazca, dentro de los límites de la legalidad, ese «nosotros» que forma la sociedad y del que responden en primer lugar los representantes políticos, pero al que también pertenecen todos y cada uno de los ciudadanos, tiene también un compromiso con el bien común o el interés general. Garantizar un derecho básico, como la protección de la salud, forma parte de ese interés general, el cual podría poner la obligación de prevenir enfermedades al mismo nivel que la de educar a los hijos o pagar impuestos. La justificación moral de la intervención pública en los estilos de vida vendría dada por el deber moral de todos los ciudadanos de cooperar en la instalación de formas de vida saludables.

Es ese razonamiento el que conduce no solo a legitimar las políticas públicas en materia de salud, sino a responsabilizar a los propios individuos de su salud. Las medidas que se toman para restringir la velocidad, para disuadir al fumador de que siga fumando, para erradicar enfermedades mediante vacunaciones masivas, no son hasta ahora medidas tan drásticas como la de obligar a la escolarización de todos los niños o la obligación de pagar impuestos, pero son, al fin y al cabo, medidas coercitivas cuya justificación moral no radica exactamente en convencer al individuo de qué es lo que le conviene para su bien, sino en la disminución de patologías que encarecen la asistencia sanitaria y, en general, deterioran la salud de la población. Son medidas de justicia.

Pero no todo consiste en tratar de modificar ciertos hábitos poco saludables, o introducir otros (como el de vacunarse), incómodos, pero necesarios por su eficacia en la erradicación de ciertas dolencias. Los condicionantes de la salud no tienen que ver solo con los hábitos, sino con las condiciones de vida en general. Desde hace tiempo, uno de los temas de estudio relativos a la salud pública es el de los «determinantes sociales de la salud», que se refiere no tanto a los hábitos particulares o a los estilos de vida de las personas que son libres de vivir de una forma o de otra, como a los impedimentos estructurales para que ciertas personas desarrollen formas de vida sanas. Es una realidad incontestable que la penuria económica, que suele ir acompañada de deficiencias culturales, es un determinante de mala salud. En general, los pobres viven peor, también en términos de salud, y viven menos que los ricos. Si el objetivo es mejorar la salud general de la población, la incidencia en el mundo de los menos favorecidos, con el fin de conseguir que suba su nivel de vida para que puedan preocuparse de su propia salud de la misma forma que lo hacen los que viven mejor, no es solo legítima, sino una obligación de justicia.

Resumiendo lo dicho hasta aquí, los poderes públicos son responsables de establecer y asegurar las condiciones de una vida sana para el conjunto de la población. Y tienen que hacerlo de dos formas: corresponsabilizando a los ciudadanos de su propia salud y procurando modificar las condiciones en que viven los menos favorecidos, que impiden que puedan hacerse responsables de las dolencias que padecen.

La justicia y la vida buena

La distinción entre la justicia y la llamada «vida buena» es una constante del pensamiento filosófico liberal de nuestro tiempo. Con tal distinción se quiere poner de manifiesto que las obligaciones del Estado y de los ciudadanos en general, solo conciernen a los contenidos de la justicia distributiva, pero en ningún caso a las opciones de los individuos con respecto a la forma de vida que eligen en cada caso. Dicho de otra forma, todo individuo es libre de elegir el bien para sí, dentro de los límites marcados por los principios de justicia. La teoría de la justicia de John Rawls es la más representativa de esa concepción de la justicia, que debe valer para todos, a diferencia de las concepciones del bien que son individuales y no universalizables. En el ámbito de las preferencias individuales, no hay unos bienes mejores que otros desde el punto de vista moral. En cambio, la adhesión a un ideal de equidad es obligatoria y universalizable.

Cuando intentamos ver el tema de la salud desde la perspectiva de la distinción entre la justicia y la vida buena, aparece con mayor fuerza la paradoja. De acuerdo con la teoría de la justicia de Rawls, el primer principio de la justicia es la libertad individual. Es el primero y es prioritario con respecto al segundo principio que es la igualdad de oportunidades. De acuerdo con tal teoría, se da por supuesto que la salud es un bien cuya protección el Estado debe garantizar como un aspecto de la igualdad de oportunidades, lo que implica que compete al Estado establecer las condiciones para un acceso equitativo a los servicios sanitarios e incluso las condiciones para que todos, incluidos los menos favorecidos, tengan la capacidad de llevar una vida sana. Pero, al mismo tiempo, la misma teoría reconoce que, al escoger una forma de vida buena para sí, el individuo es libre de optar por una vida más o menos sana de acuerdo con sus preferencias. Es decir que las obligaciones de igualdad y de equidad no deben interferir en las opciones de libertad, siempre y cuando esas opciones no contradigan el *harm principle*, el daño a otros, pues, en la medida en que el comportamiento de uno puede dañar a otros, no estamos hablando ya de una simple elección del bien individual, sino de algo que afecta al principio de justicia.

Para algunos filósofos –especialmente los comunitaristas– esa paradoja derivada de la distinción entre justicia y vida buena da cuenta de que la tal

distinción es una falacia. En realidad, la concepción de la justicia como equidad ha ido enriqueciéndose a medida que ciertas opciones de vida individual han sido restringidas como moralmente injustificables. Por ejemplo, la esclavitud o la discriminación de la mujer. El mismo Estado de bienestar pone unos límites a las preferencias individuales, que filósofos neoliberales, como Robert Nozick, no están dispuestos a aceptar como algo universalizable. Dichos filósofos defienden que las obligaciones de pagar impuestos para sostener un Estado social, de educar a los hijos, de tener un seguro sanitario obligatorio, deben ser opciones morales individuales, pero no un elemento definitorio de la idea de equidad. Todo ello pone de relieve que la interferencia en la vida de las personas para modificar sus hábitos haciéndoles así responsables de su propia salud queda justificada cuando pasa a formar parte del ideal de justicia que queremos para la sociedad. Un ideal de justicia cuyos contenidos, dicho sea de paso, no son tan universales o evidentes como pretendía Rawls.

Sea cual sea la concepción de justicia, parece evidente que esta se alimenta de las concepciones del bien de los ciudadanos, las cuales, a su vez, si hablamos de una ciudadanía responsable, no pueden sustentarse en una mera libertad negativa que inhiba a los individuos de cooperar con el interés general. A diferencia de esa libertad, la autonomía moral o «libertad positiva» no se entiende como un atributo del individuo, que este puede utilizar a su antojo, sino como un valor que incluye al mismo tiempo el compromiso con el bien común, un compromiso que, en el caso que nos ocupa, incluye a su vez la cooperación con la salud pública. Como escriben Bayer y Moreno: «una fijación excesiva en la autonomía implica descuidar el resto de principios morales».² Es sencillamente imposible avanzar en la equidad sin contar con el compromiso y la cooperación del conjunto de la sociedad.

Libertad y responsabilidad

Una concepción de la libertad o la autonomía que no quede restringida a la mera libertad negativa, sino que consista en un autogobierno real del individuo con vistas a un bien común (lo que Isaiah Berlin llama «libertad positiva» o «libertad para»), es la autonomía moral propiamente dicha, la que, en la

acepción kantiana, se entiende como autonomía para actuar como se debe, para hacer lo que se debe hacer. La libertad positiva sería la libertad que consigue vincular la libertad de elección y de acción con la responsabilidad, con el hacerse cargo de lo que uno hace e incluso, si así se le exige al individuo, rendir cuentas de ello. Ahora bien, esa libertad positiva plantea una serie de interrogantes éticos cuando la contemplamos desde la perspectiva que nos ocupa ahora: *libertad para llevar una vida sana*, contribuyendo con ello a la salud general de la población.

1. Si es cierta la ecuación que dice «a menos renta, peor salud», de ella se deduce que la mejor manera de reducir la mortalidad y morbilidad de una sociedad es distribuyendo la riqueza de forma más equitativa. Como bien ha explicado Rawls, la justicia distributiva es una función que corresponde a las instituciones y no a los sujetos que, por sí solos, son incapaces de mejorar la justicia de la sociedad. Estamos hablando, pues, de una responsabilidad de los poderes públicos.

Muchos de los expertos que estudian los determinantes sociales de la salud, ponen de relieve el hecho de que no son exactamente las diferencias económicas las que empeoran la salud de las personas, sino el *social standing*, el lugar que ocupa cada uno en la sociedad y las expectativas, o falta de expectativas, que ello genera cuando uno se compara con sus coetáneos. Es la falta de expectativas lo que produce inseguridad y baja autoestima. Un ejemplo recurrente es el que compara a Estados Unidos con Grecia. Grecia, con un PIB inferior al de Estados Unidos, tiene mayor esperanza de vida, porque, aunque el estatus económico general sea más bajo, es una sociedad, en su conjunto, más igualitaria, y las sociedades más igualitarias son más longevas.

2. Una segunda cuestión que se plantea con respecto a las virtualidades de la «libertad positiva» es la de hasta qué punto un individuo es libre de escoger un estilo de vida o de modificar sus hábitos. No se trata aquí de poner en entredicho la existencia de la libertad humana en general, sino de poner en relación la voluntad individual con las estructuras socioeconómicas en que uno tiene que desarrollar su autonomía. Cuando en la cultura juvenil se extienden fenómenos como

el botellón y el beber se convierte en una seña de identidad para los adolescentes y jóvenes, hay que preguntarse hasta qué punto son libres de resistirse a esa cultura y administrarla correctamente. Pero no solo las estructuras afectan a los jóvenes condicionando de forma casi inevitable su conducta. ¿Es posible ser un alto ejecutivo no estresado, con las consecuencias para la salud que tiene el estrés? La capacidad para una libertad que podríamos llamar «virtuosa» requiere un ambiente que mínimamente la favorezca. Cuando ese ambiente –o ese *ethos*– falta, también habría que decir que no se da uno de los condicionantes fundamentales para la buena salud. El individuo es una construcción social, que responde emotivamente a los desafíos que la sociedad le ofrece, no es solo esa razón pura en la que pensaba Kant como base para crear una voluntad buena.

3. La tercera cuestión es la que siempre ha estado vinculada al ideal de la libertad positiva, y es la siguiente: ¿quién decide en qué consiste la buena salud? La respuesta más obvia a esa cuestión es que existen expertos que saben qué estilos de vida tienen más probabilidades de generar cáncer, obesidad, anorexia o depresión. El problema de la respuesta es que se basa en datos estadísticos, no en certezas incontestables. Y que, además, como he dicho más arriba, la libertad debe ser un atributo que nos permita también actuar en perjuicio no de los demás, pero sí de nosotros mismos. Si aceptamos esa noción de libertad, difícilmente podremos aceptar al mismo tiempo unas limitaciones que nos fuercen a llevar una vida más saludable.

Esta cuestión puede plantearse también de la forma siguiente: hasta qué punto, en un Estado de derecho, son legítimas las actitudes libertarias. ¿Es aceptable la actitud que consiste en decir: pago mis impuestos y tengo un seguro privado, por lo tanto, puedo hacer lo que me plazca con mi vida? La actitud libertaria es la que lleva al límite la libertad negativa rechazando con ello todo atisbo de cooperación con el interés general. Es la actitud que nos llevaría al neoliberalismo más radical. Pero no puede decirse que sea una actitud inexistente. ¿Cómo combatirla?

¿Cómo cambiar los estilos de vida de las personas?

En realidad, las cuestiones planteadas anteriormente no ponen tanto en duda la legitimidad ética para conducir de algún modo las libertades individuales. Lo que plantean es cómo hacerlo para que no constituyan agresiones claras al ejercicio de la libertad individual. Como decía anteriormente, estamos ante un problema que no pertenece a la vida buena, sino a la justicia. Como pertenece a la justicia el deber de educar a los hijos o de pagar impuestos. ¿Quiere ello decir que las vacunas, por ejemplo, deberían ser obligatorias con la subsiguiente penalización por incumplimiento?

Creo que si queremos profundizar en la ética de la salud pública, la cuestión del cómo debe pasar a primer término. A los expertos en salud corresponde señalar qué tendencias conductuales, y que condiciones socioeconómicas, están siendo más perjudiciales para la salud de la población. Entre ellas, el primer cometido es establecer prioridades argumentándolas adecuadamente. Para lo cual lo primero que se requiere es *valentía* para tomar las decisiones más oportunas y convenientes. Las preguntas relativas a las prioridades y límites de la intervención sanitaria son *no win*, son impopulares por definición. Los intereses de grupo en liza hacen casi imposible un consenso razonable, por lo que el responsable o los responsables últimos de las decisiones deben asumir su función amparándose en las recomendaciones de expertos independientes y en la perspectiva del interés general y no de intereses parciales. Además, «todo lo que contribuye a desafiar las grandes desigualdades sociales es divisorio y no unificador: amenaza a quienes tienen más poder y más que perder».³ Sabemos por experiencia que muchas decisiones sobre salud pública se han tomado más por presiones de carácter político-electoralista, que sobre la base de evidencias científicas que avalan la razonabilidad de las mismas.

Por otro lado, en el terreno de la salud, conviene desarrollar el poder de la persuasión. En muchos casos, incentivar puede ser más conveniente que regular, pero no en todos. Algunas regulaciones, que en principio fueron muy contestadas, como las relativas al tráfico, han dado resultados positivos

y han contribuido a modificar la conducta de las personas. El caso de los motoristas no se hubiera impuesto nunca si únicamente se hubiera recomendado. Si ciertas modas, costumbres o tendencias deben corregirse para que las personas ejerzan mejor su libertad, hay que ponderar qué medidas son prudentes y operativas para conseguir esos cambios. Hay incentivos económicos que son eficaces para promover estilos de vida, por ejemplo, la subvención para la compra de bicicletas, las deducciones tributarias para desincentivar hábitos poco saludables, o la restricción de la publicidad que influye en hábitos alimentarios nocivos.

La idea que está en la base de toda esta argumentación y que quisiera dejar clara para acabar, es la que no ha dejado de repetir Daniel Callahan al sostener que un sistema sanitario justo y sostenible requiere no tanto un nuevo sistema de redistribución de recursos, como «una revisión pública de las aspiraciones personales y una transformación de nuestros hábitos del corazón».⁴ Los individuos que solo se preocupan por sus intereses particulares carecen de la motivación necesaria para comprometerse con el sistema. Revertir esa tendencia no es fácil en una economía que fomenta el consumo y el placer inmediato, pero no es imposible.

Notas

1. Gostin, L. O., «Public Health», *Bioethics Briefing Book*, The Hastings Center, 2008.
2. Bayer, R. y Moreno, J. «Health Promotion: Ethical and Social Dilemmas of Government Policy», en Bayer L., Gostin, Lawrence O., Jennings, B., Bonnie Steinbock, eds., *Public Health Ethics. Theory Policy and Practice*, Oxford University Press, 2007.
3. Daniels, N., Kennedy, B. P. y Kawachi I. *Why Justice is Good for Our Health: The Social Determinants of Health Inequalities*, 1999, *op. cit.*
4. Cf. Jennings, B. «Health Policy in a New Key». Setting Democratic Priorities, *op. cit.*, y Callahan D.; *False Hopes*, Nueva York: Plenum Press, 1981.

Pere Ibern

Centre de Recerca en Economia i Salut.
Universitat Pompeu Fabra

Introducción

La consecución de una mejora en la salud individual y poblacional pasa necesariamente por un cambio en la toma de decisiones en el ámbito personal y colectivo. Nuestras elecciones personales respecto a determinados comportamientos implican mayor o menor nivel de salud (tabaco, alcohol, dieta y ejercicio, sexualidad). Admitiendo la complejidad y multifactorialidad en la aparición de enfermedades, el impacto de los hábitos de vida saludables resultan fundamentales para comprender el alcance de fenómenos como la obesidad o determinadas conductas de riesgo que implican mayor morbilidad y mortalidad.

Más allá de los comportamientos individuales, tenemos los factores económicos y sociales (educación, renta, empleo, entorno familiar y comunitario), los factores físicos y medioambientales, la asistencia sanitaria y finalmente, la genética. En todos ellos somos en cierta medida responsables, directa o indirectamente. Incluso en cierta parte la expresión de nuestros genes (epigenética) es fruto de decisiones de nuestros progenitores y del entorno físico en el que nos encontramos.

La consideración de que los humanos tomamos las decisiones de forma racional y que así conseguimos satisfacer nuestras preferencias, se ha puesto en cuarentena desde hace bastantes años. La comprensión de nuestro proceso de toma de decisiones en dos modos (intuitivo o reflexivo, –según Thaler–, o según reglas heurísticas, intuitivo y reflexivo al mismo tiempo –según Gigerenzer–) nos lleva a reflexionar sobre la autonomía real de los humanos.

Desde el punto de vista de la economía del comportamiento, la salida natural a los sesgos cognitivos que nos llevan a alejarnos del óptimo podría afrontarse mediante determinados mecanismos (arquitectura de la elección) que

ayudarían a descartar libremente opciones que una persona escogería de manera sesgada. Se trataría de preservar la libertad de elección, al mismo tiempo que se impulsaría una opción más favorable para la salud individual (*nudging*). La cuestión de si con ello el regulador ejerce un paternalismo éticamente reprochable surge inmediatamente y abre un espacio de debate que necesita acotarse para llegar a alguna concreción de utilidad.

Decisiones individuales

A lo largo de la vida los individuos toman innumerables decisiones sobre su salud; algunas de ellas más fáciles de tomar que otras. La dificultad puede deberse a las dudas, al conflicto o bien a la incertidumbre a la que se enfrenta el individuo, pero también al esfuerzo que representa. Existen sesgos cognitivos ampliamente documentados en la psicología cognitiva que nos distorsionan a la hora de tomar decisiones óptimas. Sabemos aquello que es mejor para nuestra salud, en buena parte de las ocasiones, pero nuestra decisión y comportamiento se aleja de ello. Algunos de los sesgos más representativos son:

- **Descuento hiperbólico.** Es la tendencia a tener grandes preferencias hacia beneficios inmediatos (a corto plazo) en comparación a beneficios posteriores o costes a largo plazo. Se trata de una «miopía» en la comparación que conduce a inconsistencia dinámica o temporal en la toma de decisiones.
- **Aversión de pérdida.** Es la tendencia de las personas a preferir, en mayor medida, evitar las pérdidas, en comparación a la posibilidad de obtener ganancias.
- **Prejuicio o sesgo de confirmación.** Es la tendencia a buscar o interpretar información de una manera que confirme nuestras propias preconcepciones.
- **Prejuicio o defensa del *statu quo*.** Tendencia de algunas personas a valorar o apreciar, en mayor medida, las cosas que permanecen estables.
- **Ilusión de control.** Es la tendencia del ser humano a creer que puede controlar, o al menos influir, en las consecuencias o resultados que claramente no puede controlar ni influir.

- **Teoría de la identidad social.** Los individuos tienden a anteponer la importancia de pertinencia a un grupo ante los argumentos sólidos. Las personas adoptan juicios erróneos o falsos solo para permanecer dentro del grupo. El grupo puede llegar a influir decisivamente en la conducta de una persona.
- **Anclaje.** La tendencia a confiar demasiado en un rasgo o una pieza de información al tomar decisiones (por lo general la primera pieza de información que adquirimos sobre ese tema).

Un aspecto fundamental que influye a la hora de tomar decisiones es el número de opciones o alternativas que disponemos. Demasiadas opciones pueden dificultar la toma de decisiones, pueden inducir a la inacción o, incluso, pueden llegar a provocar malestar. Este hecho se conoce como *paradoja de la elección*. Dicho de otra manera, la *paradoja de la elección* trata de explicar que el número de alternativas para tomar una decisión aporta beneficios hasta un punto óptimo a partir del cual, si se añaden nuevas alternativas, los beneficios empiezan a disminuir.

Entre las aportaciones más destacadas relativas a la toma de decisiones individuales bajo condiciones de incertidumbre, debemos reseñar al menos tres. Herbert Simon (1957) a quien se atribuye el concepto de «racionalidad limitada», Kahneman-Tversky (1974) que se centraron en el uso de heurísticos en la toma de decisiones y Gigerenzer (2001) quien estudió las decisiones instintivas. Todos estos autores ponen en duda el modelo de elección racional, argumentando que el proceso de toma de decisiones a menudo no se corresponde con la maximización del bienestar del agente, quien siempre sabe cuál es la mejor decisión y es capaz de tomarla sin equivocarse.

El modelo de «racionalidad limitada» de Simon cuestiona el modelo de elección racional por diversos motivos. El autor expone que el comportamiento real de los agentes sufre una desviación muy importante respecto al comportamiento que supuestamente sigue el *homo economicus*. Su explicación fundamental reside en que el comportamiento racional de los individuos tiene límites. En primer lugar, la imperfección del conocimiento dado que el ser humano tiene un conocimiento fraccionado, tanto de las condiciones que rodean su decisión como de las consecuencias que se derivan de ella. En

segundo lugar, la imposibilidad de anticipar consecuencias de las decisiones debido a que, al pertenecer al futuro, el individuo las debe suplir con su propia experiencia. Por último, también encontramos límites en la imaginación de las personas puesto que esta tampoco llega a concebir todos los modelos probables que el individuo puede poner en práctica. Es decir, que no valora algunas decisiones al no reconocer que sean consecuencias posibles.

Entonces lo que plantea el modelo de «racionalidad limitada», es que las personas no pueden encontrar una decisión óptima que maximice su bienestar por mucho que quieran, porque no son capaces de hacerlo. Ello les llevará a escoger la primera alternativa que satisfaga, aunque no sea la óptima, y, a partir de ese momento, ya no se buscarán nuevas alternativas.

La «racionalidad limitada», por lo tanto, se caracteriza por dos conceptos: búsqueda y satisfacción. Si la persona que toma las decisiones no conoce las alternativas desde un principio, entonces debe *buscarlas* a través de un proceso de aproximaciones hasta encontrar la alternativa más *satisfactoria*, momento en el cual se suspenderá la búsqueda.

Kahneman y Tversky, por otra parte, muestran que las personas deciden y actúan en base a una gran cantidad de reglas heurísticas y sesgos cognitivos para reducir el esfuerzo. Las reglas heurísticas son reglas generales y poco definidas que funcionan en base a las memorias, experiencias, prototipos y normas aprendidas del entorno en que vivimos y que están arraigadas en el subconsciente. Dicho de otra manera, son «atajos» mentales para resolver problemas que paso a paso serían demasiado complejos de resolver. Las reglas heurísticas nos disminuyen la sobrecarga cognitiva y nos simplifican los problemas, pero a la vez esto nos puede conllevar errores en la toma de decisiones.

Para entender bien lo que proponen Kahneman y Tversky podemos pensar en dos sistemas. El «Sistema 1» se refiere al procedimiento cognitivo que funciona de manera automática, inconsciente e intuitiva; está siempre activo y es el que nos permite gobernar nuestros actos con mínimo esfuerzo. Dicho de otra manera, es el que funciona a través de reglas heurísticas. El «Sistema 2», por el contrario, funciona más como un agente racional; se encarga de analizar situaciones que exigen una mayor complejidad de pensamiento y esfuerzo mental. La mayoría de las decisiones que toman los individuos están

determinadas por el «Sistema 1», mientras que el «Sistema 2» se utiliza en menor medida. El problema que de ello se deriva es que las reglas heurísticas del «Sistema 1» no siempre dan lugar a una decisión óptima.

Destacaremos tres sesgos cognitivos relacionados con la heurística que provocan que los individuos no tomen decisiones de manera óptima:

- **Heurística de representatividad.** Se realizan juicios en la medida en que algunas situaciones se parecen a otras situaciones o categorías. Tomando unos ejemplos representativos de una población, las inferencias que se obtengan de esa muestra serán válidas para la población. No obstante, al usar este heurístico se supone que una pequeña muestra es tan representativa del total como una muestra mayor. Algunos de los errores o sesgos que se cometen cuando el «Sistema 1» usa este heurístico son la falacia del jugador, la falacia de la conjunción, la insensibilidad a las probabilidades previas y al fenómeno de las regresiones medias y el uso de la información no diagnosticada en la decisión.
- **Heurística de disponibilidad.** Es una predicción sesgada, debido a la tendencia a centrarse en el beneficio o acontecimiento más destacado, más familiar y emocionalmente cargado. Dicho de otra manera, se trata de una estrategia que toma el «Sistema 1» basada en la información que está disponible primero, fundamentada en la idea de que lo más frecuente es lo que está más disponible en nuestra memoria.
- **Heurístico de anclaje y ajuste.** Consiste en emitir un juicio basado en algún valor inicial que posteriormente se va ajustando hasta producir la respuesta final. Esto provoca que la respuesta final esté sesgada hacia el valor inicial. Por tanto, se asume equivocadamente que dicho valor inicial siempre es relevante para el problema. El anclaje es la tendencia humana común a confiar demasiado en la primera pieza de información que se ofrece («ancla») al tomar decisiones.

Gigerenzer, por el contrario, da un giro a la teoría de Kahneman-Tversky y opina que las reglas heurísticas no son ni «irracionales» ni «sub-óptimas» y que, en determinadas ocasiones, son más «eficientes» ya que nos permiten tomar mejores decisiones con menos esfuerzo. Gigerenzer afirma que «tomamos mejores decisiones si tenemos en cuenta una buena razón que

si tenemos en cuenta diez». Es decir, considerar solo la información relevante, o inmediata disponible, para tomar decisiones rápidas, resulta más efectivo que hacer cálculos y sopesar racionalmente todos los pros y contras de una determinada decisión. Tal afirmación se sostiene sobre la base de la evolución: el proceso de elección se basa en una serie de reglas generales que nuestro cerebro ha ido aprendiendo a lo largo de los años.

Decisiones de las empresas

En la medida que las decisiones y comportamientos individuales sobre la salud se desarrollan en determinados entornos y con determinadas opciones, cabe considerar, más allá de la decisión individual, las decisiones de las empresas. En base a la libertad de empresa, se puede decidir ofrecer al mercado productos y desarrollar actuaciones que sean más o menos saludables en el marco legal existente. Es esta capacidad de elección la que conlleva una preocupación creciente por la responsabilidad corporativa en los productos no saludables, cuando las empresas priorizan resultados financieros respecto al valor agregado en salud. En el ámbito de la nutrición, bebidas alcohólicas y tabaco es donde se muestra este dilema. Desde el campo de la economía de la salud, una de las dudas que suscita mayor preocupación actualmente es cuál es la forma más eficaz para hacer frente a la carga de enfermedades causadas por productos no saludables. Las tres opciones que se proponen son: la auto-regulación voluntaria, los acuerdos público-privados (PPP) y la regulación e intervención en el mercado. Mediante el primero la propia industria decide como considera óptimo regularse atendiendo al interés general y no solo al interés sectorial. La mayor dificultad estriba en que todas las compañías deben acogerse a la auto-regulación, de otro modo la existencia de *free-riders* le resta valor a tal opción. Como segunda respuesta encontramos los acuerdos público-privados. Es conocido que el acuerdo entre gobierno y un determinado sector para establecer y promover determinadas prácticas saludables resulta complejo de adoptar y hacer cumplir en la mayoría de casos. Los partidarios de este punto de vista argumentan que la industria cada vez produce más alimentos o bebidas que son poco saludables y que un acuerdo entre el gobierno y estas industrias podría reformular algunos productos

para ser menos insanos y un compromiso de reducir este daño podría tener un gran beneficio en la salud pública.

En cuanto a la última respuesta, la regulación e intervención en el mercado, cabe decir que la regulación pública reconoce específicamente los conflictos de intereses entre la promoción y la protección de la salud pública y las empresas que se benefician de los productos no saludables. La amenaza de la regulación gubernamental es la única manera de cambiar las organizaciones transnacionales.

Esta regulación debe dirigirse en distintas líneas. En primer lugar, las acciones deben ir encaminadas a la ejecución de políticas de salud pública, investigación y programas. Algunas de las acciones que se pueden emprender, por ejemplo, podrían ser no dar ningún papel en la formación de políticas para las enfermedades no transmisibles, restringir la interacción con la industria tabaquera y hacerla más consistente con las recomendaciones de las convenciones para el control del tabaco, discusiones entre las industrias de productos no saludables solo entre estas y el gobierno, con una meta clara por parte de este último. En segundo lugar, la regulación también debe ir destinada a los profesionales de la sanidad pública, así como a las instituciones y a la ciudadanía. Por ejemplo, implementar políticas efectivas y de bajo coste que ejerzan presión directa sobre la industria del tabaco, del alcohol o de la alimentación y bebidas, concienciar al público de los efectos perjudiciales de estas industrias, no financiar ni dar otros apoyos para la investigación, la educación y los programas a todas estas industrias que afectan a la salud pública. Por otra parte, el gobierno y los organismos internacionales intergubernamentales también tienen un papel clave. Un ejemplo sería la introducción de legislación, regulación, impuestos, precios, prohibición y restricción de la publicidad y el patrocinio para reducir la mortalidad y discapacidad causada por enfermedades no transmisibles.

Decisiones de los gobiernos

Las actuaciones de los gobiernos en el marco de la promoción de hábitos de vida saludables se han centrado fundamentalmente en la difusión de infor-

mación así como estrategias de cambio de comportamiento desde los servicios de salud. La difusión de información es necesaria pero no suficiente. El fundamento que sustenta la difusión de información parte de considerar la racionalidad como guía para las decisiones individuales. Como hemos visto anteriormente, decisiones individuales y comportamiento se alejan a menudo de tal paradigma. Las estrategias desde la atención sanitaria tienen un componente superior a la simple información, y tratan de cambiar comportamientos buscando aquellas opciones que puedan ser más efectivas, se trata de un proceso *ad hoc*, no sistematizado, de resultados variables.

Una de las maneras que tienen los gobiernos para influir en la toma de decisiones de los individuos es a través del *nudging*. Los *nudges* son intervenciones que conducen a las personas en una dirección concreta, preservando la libertad de elección, y cuya intención es ayudar para mejorar el bienestar personal o la promoción de la autonomía. En los últimos años, tanto las instituciones privadas como las públicas han mostrado un gran interés en el uso del *nudging*, porque generalmente presenta unos costes muy bajos y tiene un gran potencial para promover objetivos económicos y de otro tipo, incluyendo objetivos relacionados con la salud pública.

El objetivo principal del *nudging* es influir en las decisiones de manera que las personas, fruto de su decisión libre, estén mejor de lo que estaban antes de dejarse influenciar. Es decir, es hacer la vida más simple, más segura o, simplemente, más fácil. Aunque pueda decirse que los *nudges* son una forma de paternalismo suave, estos están específicamente diseñados para preservar la libertad de elección.

Cualquier forma de *nudging* oficial debe ser transparente y abierta. Una de las principales ventajas es que evitan la coerción. Por lo tanto, nunca pueden manipular o engañar. La ciudadanía debería ser capaz de revisar y escudriñar los *nudges* igual que otras acciones del gobierno o de otro tipo.

El interés en el *nudging* está creciendo porque presenta costes muy bajos o incluso inexistentes, proporciona resultados rápidos (incluyendo significativos ahorros económicos), mantiene la libertad de elección y porque es altamente efectivo. Muchas veces los *nudges* tienen un mayor impacto que otras medidas más caras y más coercitivas.

Es extremadamente importante confiar en la evidencia más que en las instituciones, anécdotas, ilusiones o dogmas. El *nudging* más efectivo trata de dibujarse a partir de trabajos basados en la ciencia del comportamiento (incluyendo la economía del comportamiento) y, por lo tanto, refleja una comprensión realista de cómo las personas van a responder ante iniciativas del gobierno.

Los *nudges* abarcan una amplia gama y su número y variedad va adaptándose constantemente. A continuación, se presentan diez de los más importantes:

- a) Reglas predeterminadas (*default rules*). Por ejemplo, la inscripción automática en programas de educación, salud o ahorros entre otros.
- b) Simplificación, en parte para promover la adopción de programas existentes.
- c) Uso de normas sociales, enfatizando lo que la gente debe hacer.
- d) Incremento de la facilidad y conveniencia. Por ejemplo, creando opciones de *low-cost* o dando más visibilidad a productos saludables.
- e) Revelación de información (*disclosure*). Por ejemplo, costes económicos o medioambientales asociados al uso de energía, coste de ciertas tarjetas de crédito, etcétera.
- f) Avisos, gráficos u otras alertas. Estrategias de compromiso previo.
- g) Recordatorios.
- h) Implementar la provocación de intenciones.
- i) Informar a las personas sobre la naturaleza y las consecuencias de elecciones que tomaron en el pasado.

La ambigüedad de todas estas medidas reside en que las personas encargadas de influir en las decisiones no tienen por qué tener suficiente información para saber considerar lo que es mejor para el resto. Además, existe una elevada complejidad a la hora de comparar y evaluar la influencia de los *nudges*.

A pesar de su atractivo, a la vista de las limitaciones de las opciones anteriores, el *nudging* plantea cuestiones éticas serias. Un *nudge* podría ser justificado sobre la base de que ayuda a contrarrestar una tendencia sesgada de comportamiento, pero esa tendencia no es una justificación necesaria para un *nudge*.

Aunque *a priori* parezca que el *nudging* es una forma de influenciar la toma de decisiones comúnmente aceptada, no se pueden obviar las críticas que ha recibido. Algunos sostienen que la mayor controversia se relaciona con su contenido paternalista, que afecta a la autonomía de las personas. Puede verse como algo coercitivo, que sirve para forzar la voluntad o conducta de alguien. Puede atacar la dignidad, tratando de manera muy infantil o considerando a las personas adultas como niños. Puede considerarse como una forma de manipulación. Impide o no invita a aprender y algunos consideran que se debe evitar porque las personas que las diseñan pueden equivocarse.

Podría decirse que el *nudging* es una forma distinta de paternalismo: más suave y medio orientada. No obstante, las personas tienen criterio propio, disponen de los medios para lograrlo y el ejercicio de este paternalismo podría socavar su autonomía. Dicho de otro modo, el paternalismo puede considerarse como una falta de respeto, un fracaso al reconocimiento de la autoridad que las personas tienen para tomar sus propias decisiones. Además, los reguladores pueden cometer errores al diseñar advertencias, pueden conducir a las personas hacia caminos equivocados cuando producen reglas predeterminadas, o pueden dar información distinta a la que es útil conocer para tomar una decisión.

Respecto a la autonomía, no podemos afirmar claramente que el *nudging* la limite cuando hay falta de información, sesgo en el comportamiento y la toma de decisiones o cuando existe algún tipo de error sistemático. Si la gente tiene que tomar decisiones, su autonomía es reducida aunque solo sea porque no pueden prestar atención a aquellas actividades que parecen más dignas de su atención. Existe, por lo tanto, una estrecha relación entre la gestión del tiempo y la autonomía. En la medida en que el *nudging* ayuda a reducir la dificultad de la gestión del tiempo, aumenta de una forma importante la autonomía. Con respecto a esta, el problema de verdad radica en la posibilidad de manipulación.

Decir que el *nudging* puede ser coercitivo se relaciona con que las personas podrían aceptar pasivamente una regla por defecto a pesar de no tener ningún entusiasmo por el resultado que produjera pero que, si se centraran en el tema en cuestión, rechazarían el resultado. Es decir, existe el riesgo de que

una norma por defecto produzca resultados dañinos, aunque las personas no hayan consentido las acciones que les han llevado a tomar tales decisiones. Si las personas se sienten humilladas, o creen que han sido tratadas sin respeto, sufren una pérdida de bienestar.

La manipulación se da cuando alguien intenta alterar el comportamiento de la gente de una manera encubierta para engañar, ocultar o no revelar un aspecto relevante para la toma de decisiones. Es decir, una acción se considera manipuladora si tiene falta de transparencia o si influencia consciente o inconscientemente a las personas en el sentido de que mina su capacidad para tomar decisiones. En *nudging*, por ejemplo, este caso puede ser la publicidad subliminal que se considera manipuladora e insultante porque actúa a espaldas de la persona que la ve, sin tener en cuenta su consciencia.

Los impedimentos al aprendizaje es otro punto criticado del *nudging*. La capacidad de elegir puede fortalecerse a través de su aplicación continuada y ni la toma de decisiones activa, ni la toma de decisiones provocada, ni los recordatorios, ni la información sobre el aprendizaje sino más bien lo contrario, lo promueven. No obstante, el problema viene de las reglas predeterminadas u opciones por defecto: la toma de decisiones activas es mejor que por reglas predeterminadas, simplemente porque se promueve el aprendizaje, mientras que en el segundo caso ya están establecidas.

Otro problema que se achaca al *nudging* son los reguladores. Los reguladores tienen el poder de influir en la toma de decisiones, pero son personas y como tales pueden equivocarse o pueden tener un comportamiento sesgado. Este comportamiento puede deberse a la falta de información o bien a intereses políticos propios. Un cierto grado de *nudging* desde el sector público no puede ser evitado, pero no sirve al objetivo si los reguladores están sesgados. Si el *nudging* deja elegir libremente, por mucho que el regulador estuviese equivocado, las personas podrían seguir su propio camino obviando la opinión del regulador.

En conclusión, de las decisiones individuales, de las empresas y del gobierno, si la constante es nuestra racionalidad limitada, debemos admitir que podemos necesitar ayuda para mejorar la toma de decisiones. Y para ello aparece el *nudging* que si es totalmente transparente y eficaz, si su razón de ser no se

oculta, y si no limita la libertad en la toma de decisiones, no tiene porque descartarse por motivos éticos.

Bibliografía

Alemanno, A. y Garde A., (eds.) *Regulating Lifestyle Risks: The EU, Alcohol, Tobacco and Unhealthy Diets*. Cambridge University Press, 2014.

Codagnone, C. *et al.* «The challenges and opportunities of “nudging”», *J Epidemiol Community Health* jech-2014-20394. Disponible desde el 23 de mayo de 2014, doi:10.1136/jech-2014-203948

Ménard, J. F. «A “Nudge” for Public Health Ethics: Libertarian Paternalism as a Framework for Ethical Analysis of Public Health Interventions?», *Public Health Ethics* (2010) 3 (3): 229-238.

Sunstein, Cass R. y Thaler, R. *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. New Haven: Yale University Press, 2008.

Sunstein, Cass R. *Why Nudge?: The Politics of Libertarian Paternalism*. New Haven: Yale University Press, 2014.

**La responsabilidad
personal y sus límites.
Del empoderamiento
a la culpabilización**

Begoña Román

Ricard Meneu

Begoña Román Maestre

Facultad de Filosofía de la Universitat de Barcelona

Nuestro objetivo es investigar qué entendemos hoy por responsabilidad individual y, al topar con intereses o libertades de otros, cuáles serían sus límites. Es este uno de los clásicos problemas filosóficos, la adecuada relación entre lo individual y lo colectivo, lo particular y lo general, el yo y el nosotros (así como la extensión del nosotros), lo público y lo privado. Al entrar en la complejidad de esa cuestión descubrimos que a lo mejor hay que cambiar el abordaje, que no es el centro el individuo y su libertad, sino que este únicamente llega a serlo en el todo, como participante. Quizás con el cambio de la antropología que subyace al planteamiento del problema de la responsabilidad individual, cambian también las propuestas para proponer políticas de salud pública.

Para explicar esto nos proponemos, en primer lugar, dilucidar el concepto de responsabilidad y la complejidad que le es inherente. En un segundo momento defenderemos, como trascendentales para pensar la responsabilidad, la noción de empoderamiento y agencia, frente al victimismo y la culpabilización. En último lugar explicitaremos dos límites fundamentales, que cual extremos a evitar, permiten acotar la responsabilidad personal, a saber, el autonomismo y el cinismo.

1. El concepto de responsabilidad personal y su complejidad

La responsabilidad es el *deber* de hacerse cargo de las consecuencias sobre uno mismo y/o sobre otros de las acciones que uno decide emprender. Con ella se atiende a la llamada del otro, o de uno mismo, a reparar las consecuencias. Aunque en principio las consecuencias pueden ser buenas e igualmente uno puede responder de la valía de un trabajo, normalmente se pide responsabilidad por los desperfectos, no por lo «perfecto», es decir, se suele exigir la

responsabilidad cuando hay un daño, un perjuicio, primando así una connotación negativa de aquella.

Bajo el concepto de responsabilidad se engloban dos tendencias: una de tradición más jurídica, de rendir cuentas de las consecuencias de los actos, y otra más cercana al ámbito del cuidado de atender la llamada del frágil, del vulnerable. No obstante, ambas tradiciones van parejas porque, en último término, el que rinde cuentas debe hacerlo por aquello que otros dejaron a su cuidado o, tácitamente, porque todos asumen cierta cautela en su proceder dada la fragilidad de lo que sea el caso.

La responsabilidad supone una valoración de las consecuencias como buenas o malas; y supone la consideración de respeto a la fragilidad del «objeto de cuidado», todo lo cual supone un marco normativo. Parte de la complejidad inherente a la responsabilidad radica en acotar la noción de daño (máxime cuando no lo reducimos al mero dolor físico sino que incluye el daño moral) y su extensión entre los afectados, virtuales o reales, y en el tiempo. En sociedades moralmente plurales que es un daño moral, más allá del daño jurídico estipulado, es una cuestión compleja al menos por las siguientes razones:

- En primer lugar, porque catalogar las consecuencias como buenas o malas dependerá de la escala de valores, y en sociedades moralmente plurales la discrepancia en los criterios de valoración está garantizada. No todos apreciamos lo mismo ni tampoco de la misma manera. Además, ponderamos los riesgos que una acción supone para uno y para los otros, jerarquizando preferencias (que beben de esos valores) y cada uno juzga a su manera (somos emocionales y no solo racionales ni imparciales) si le compensa o no hacer la acción. En concreto, con respecto a la salud, tampoco nos ponemos de acuerdo en su jerarquía a nivel personal (cambia a lo largo de la vida o circunstancias de un mismo individuo), ni nos ponemos tampoco del todo de acuerdo en su definición ni en su protección (si es o no un derecho).
- En segundo lugar, la responsabilidad exige cierta correlación entre la acción y la consecuencia, y el conocimiento y consideración de dicha correlación es otro factor a tener en cuenta a la hora de gestionar los riesgos. La responsabilidad contiene claros ingredientes cognitivos,

pues exige una capacidad preventiva del agente que depende de su capacidad intelectual y estratégica. De la misma forma que la responsabilidad exige conocimiento y no todo el mundo lo tiene, ni está en las mismas condiciones de tenerlo. La condición de vulnerabilidad deber ser tenida en cuenta a la hora de exigir responsabilidades. Por eso es irresponsable pedir a los niños, por ejemplo, la misma responsabilidad que a un adulto por exactamente la misma acción y consecuencia; o exigir la misma responsabilidad a un adulto que a otro experto en la materia sobre la que se toman decisiones.

- El concepto mismo de riesgo (Beck, 2006) supone el conocimiento de las probabilidades de peligro y las medidas preventivas adecuadas. En la sociedad del conocimiento saber es poder, y este no está a igual alcance de todos. De forma que la responsabilidad no es igual a todos, de ahí que sea crucial el concepto de delegación responsable, la cuestión de quién hace qué. La responsabilidad exige poder. Un axioma deóntico (en pura lógica de los deberes) nos recuerda que «si debo, puedo, y si no puedo, no debo», por ello el que hace todo lo que puede no está obligado a más. La responsabilidad implica pues empoderamiento. Saber es poder, deber es poder, si no puedo es porque no sé. Parte de la complejidad de la responsabilidad pasa por el deber de repartirla y exigirla adecuadamente, proporcionalmente. Desde el momento en que la técnica y la ciencia amplían el poder del individuo pero no su saber predictivo sobre las consecuencias (Jonas, 1995) también se amplía la desproporción entre agencia moral y responsabilidad individual. Al aumentar el poder desproporcionadamente al aumento del saber predictivo sobre las consecuencias en uno, en todos, a largo plazo va diluyéndose el terreno de la responsabilidad.
- La complejidad, por último, aumenta cuando una acción de un individuo no solo comporta consecuencias personales privadas, ya que en verdad muy pocas acciones van exentas de consecuencias públicas. Lo personal es público, decían las feministas de los años setenta poniendo de relieve la antropología liberal en la que la separación público/privado se presupone claramente definida. Sin embargo, esa separación obedece a una antropología y ontología individualistas y de corto alcance (para el individuo o la mera suma de ellos y durante el presente).

A pesar de esa complejidad, podemos acordar que asumir responsabilidad requiere de lo siguiente:

- a) Conocer *evidencias* (pruebas) que aportan los *expertos* que conocen la *verdad* (aunque sea en sentido pragmatista de resolver problemas y, por tanto, de aminorar los daños). A mayor riesgo en una decisión, se debe exigir al agente más conocimiento y, seguramente también, mayor deliberación y consenso entre, incluso si cabe, los expertos de la materia en cuestión. En ese sentido no está de más recordar que a la medicina basada en la evidencia, le es connatural una ciencia basada en la ignorancia (Ravetz, 1987) (el mismo Sócrates es un buen ejemplo de ello). Cabe así recordar la necesaria humildad que debe impregnar las políticas públicas para saber convencer a los ciudadanos de la idoneidad de aquellas, así como retirar a tiempo, al disponerse de otras evidencias o incluso de contra-evidencias, las medidas adoptadas. Esto es especialmente pertinente en las políticas públicas donde las instituciones tienen que continuar gozando de la confianza de los ciudadanos en su saber hacer.
- b) Facilitar el acceso y la divulgación de ese conocimiento para que cada persona sepa a qué probabilidades de daño se expone y qué medidas preventivas asumir. Y debe ser eficiente para lograr el fin de no dañar. La dificultad de la comprensión, o la gravedad del daño, pueden aconsejar la imposición de medidas (como en el caso de pandemias o vacunas, etcétera).
- c) Distribuir los peligros no aumentando el mal de los que ya están peor: eso que en principio parece evidente por el deber del *primum non nocere* deja de serlo cuando son los propios vulnerables quienes, incluso democráticamente, son capaces de querer lo que no les conviene (es conocido, por ejemplo, el efecto del descuento hiperbólico que hace que se vean menos dañosos los males mayores pero no inmediatos, que los inmediatos).

En resumidas cuentas, asumir responsabilidad individual supone asumir riesgos a la hora de tomar decisiones y hacer acciones cuyas consecuencias, más o menos conocidas, compensan. La responsabilidad exige de ese modo cierta capacidad de control sobre peligros/daños, medidas preventivas, y unas

condiciones «estructurales» (económicas, políticas, culturales) desde donde pensar en ello. La responsabilidad puede conllevar también delegación y una distribución adecuada. Todo esto a su vez comporta el desarrollo de la conciencia moral de un individuo y la sociedad donde este ha devenido tal. Por eso se hace más difusa la distinción entre la responsabilidad individual y la colectiva.

En la tradición liberal que dio lugar al nacimiento de la responsabilidad jurídica, se impregnó la noción ética de responsabilidad de una antropología y ontología en exceso hobbesianas por individualista. Y desde ese paradigma se torna complejo trazar los límites de la responsabilidad individual, quedando irresponsablemente abiertas muchas cuestiones clave.

Si el poder de uno, su libertad no tiene más límite que donde empieza la de otro, ¿dónde queda «lo normativo», lo que nos debemos los unos a los otros? ¿Dónde queda el deber nuclear que define la responsabilidad que no sea lo estrictamente jurídico-contractual? Si no hay deberes para con uno mismo, porque uno puede hacer consigo mismo lo que quiera (se auto-posee), ¿por qué lo tendría para con los otros si no es por mero miedo al castigo? Si no hay deber de cuidado de sí, ¿por qué debería cuidarse de los otros? ¿Es lo mismo un «porque me da la gana», un «porque yo lo quiero», cuestión de mera facticidad, que una responsabilidad acotada y restringida a una zona de legitimidad?

Las sociedades del conocimiento han puesto en evidencia precisamente la desproporción entre la agencia moral de uno y su responsabilidad individual. ¿Hasta dónde y por cuánto tiempo podemos mantener el dicho bíblico de «perdónales porque no saben lo que hacen»? ¿No hay también un deber de aprender para que no vuelva a pasar máxime cuando ya sabemos que pasa y cómo se fragua?

2. Empoderamiento y agencia versus victimismo y culpabilización

Hegel ya detectó el camino solipsista sin salida al que conduce el error de Descartes: el *cogito* no tiene manera de salir de su insularidad y conduce al

egocentrismo. Él cambió el núcleo esencial: en la intersubjetividad, en el nosotros está el origen, en él están las fuentes del yo (Taylor, 1996). La delegación irresponsable que muchos ciudadanos hacen de su propia responsabilidad obedece, entre otras causas, a que la nuestra es una sociedad que se quiere indolente y libre de cualquier forma de compromiso que concibe como una ligadura al libre albedrío particular.

El humano es un ser finito y frágil (es paciente porque padece, sufre o tiene miedo de sufrir una enfermedad), necesitado de cuidado, es decir, necesitado de cierta estabilidad, de vínculos y afectos que le dan, entre otras cosas, capacidades para poder ser y hacer. El ser responsable lo es por su agencia, pero como dicha agencia precisa de desarrollar capacidades vale la pena hacerse eco, para mejor comprender el concepto de responsabilidad personal, visibilizan nuevos enfoques sobre la justicia en la filosofía contemporánea haciéndose eco de la insuficiente antropología individualista liberal.

En concreto M. Nussbaum en *Las fronteras de la justicia* (2007) propuso una lista de 10 capacidades para medir el desarrollo de los pueblos, a saber: 1) vida; 2) salud corporal; 3) integridad corporal; 4) sentidos, imaginación y pensamiento; 5) emociones; 6) razón práctica; 7) afiliación; 8) otras especies; 9) capacidad para jugar y reír, y 10) control sobre el entorno de cada uno. De esas 10 capacidades nos interesa centrarnos, para el tema que ahora nos ocupa, en la de la salud corporal, la razón práctica y el control del entorno.

Nussbaum especifica que entiende por salud corporal el ser capaces de gozar de buena salud, incluyendo la salud reproductiva, estar en buena forma y tener una vivienda adecuada. Está claro que para que uno pueda tener salud corporal se dan factores sociales determinantes que no competen solo al individuo: no únicamente cabe suerte o azar, o hábitos saludables, sino también un medio ambiente saludable, una educación en hábitos saludables, etc.

El lugar que uno conceda a lo largo de su vida a la salud dependerá de su cosmovisión o, en palabras de Nussbaum, de su razón práctica, que significa ser capaces de formar un concepto de bien e iniciar una reflexión crítica respecto de la planificación de la vida (lo que supone la protección de la libertad de conciencia). Sin embargo, solo en comunidad florece esta razón.

El control sobre el propio entorno político y material implica una agencia del sujeto para transformar sus circunstancias, propiamente sin tal control no habría agencia moral y, por tanto, responsabilidad. Ortega y Gasset lo recordaba con aquel tópicus de que yo soy yo y mis circunstancias. La capacidad de controlar el entorno político supone ser capaces de participar eficazmente en las decisiones políticas que gobiernan nuestras vidas; tener el derecho de participación política juntamente con la protección de la libertad de expresión y de asociación. El control sobre el entorno material alude al ser capaces de poseer propiedades (tanto tierras como bienes muebles) no solo de manera formal, sino en términos de una oportunidad real; tener derechos sobre la propiedad en base de igualdad con otros; tener el derecho de buscar un trabajo en condiciones de igualdad con otros, ser libres de registros y embargos injustificados.

En ese sentido la vulnerabilidad social y su consideración es clave a la hora de pedir responsabilidad y de repartir riesgos. En nombre de una falsa equidad o en nombre de esquivar el paternalismo, por ejemplo, se puede desconsiderar la vulnerabilidad que les hace escoger libremente una servidumbre voluntaria, así como decir que una persona ha hecho su opción cuando en realidad no tiene alternativa. Por eso es parte del problema plantear la cuestión desde una dicotomía radical entre lo individual y lo colectivo.

Podemos entender los derechos como exigencias universales que han de ser atendidas y que, cuando no lo son, dejamos desatendidas a las personas, las dejamos a su suerte, sin darles lo suyo que les debemos. Dado que hemos definido la responsabilidad como un deber, una reflexión sobre la responsabilidad personal y sus límites exige también completar la lógica de los derechos con la correspondiente lógica de los deberes. La lógica de los deberes es proporcional al poder, a las capacidades, e implica la de los deberes al menos en dos sentidos:

- El derecho de uno solo puede garantizarse por el deber que otro asume. El derecho a ser cuidado, del niño, por ejemplo, supone el deber de los padres de cuidarle. Del mismo modo, el derecho a ser atendido por problemas de salud supone el deber de los profesionales, organizaciones o Estados de atenderle.
- Pero no se trata solo de que al derecho de uno le corresponda el deber de otro, también al derecho de uno le corresponde un deber. El dere-

cho a la educación del alumno también implica el deber de educarse, de «hacer los deberes». El derecho a la asistencia sanitaria del paciente también supone el deber de cuidarse y de seguir las indicaciones médicas (que por algo se llaman prescripciones). De la misma manera, al deber de cuidarse también le corresponde el deber de los profesionales de enseñarle cómo hacerlo.

No olvidemos, sin embargo, que no se trata de incurrir en un intelectualismo y enseñar a cuidarse, no se trata solo de dar razones; hay que dar también motivos que la razón no siempre entiende, hay que dar afectos para querer cuidarse. No necesariamente se da una correlación entre lo que podríamos llamar la «razón pura», desde la que cualquiera que objetivamente analizara el caso lo entendería, y la coherencia en el obrar. Hay que considerar también las razones «impuras» psicológicas, existenciales, emotivas que realmente mueven porque conmueven. Sin duda el entorno y el desarrollo o madurez moral de una sociedad ayudan a estrechar o a separar todas esas dinámicas internas para que no sean tan dispares entre ellas. Son las sociedades que vinculan, e incluyen, y que huyen de victimizar y culpabilizar a sus miembros, las que permiten que las ligazones sean fuertes y por eso las *ob*-ligaciones más amables. Hay un derecho a tener derechos, hay un derecho a estar libre de pobreza (material e intelectual); y esto es un reclamo moral previo a la ontología atomista, individualista.

Las políticas de reconocimiento se basan en la autoestima, la autoconfianza y el autorespeto (Honneth, 1997) y sus fuentes se hallan en el entorno social. Muchas de las personas socialmente vulnerables tienen una baja autoestima y mucho autoestigma. La expectativas sobre sí mismas, además, están ya muy viciadas por la falta de reconocimiento social de esos individuos.

3. Límites a la responsabilidad personal: autonomismo y cinismo

El primer límite a la responsabilidad individual consiste en que los otros se deshagan de su deber de atender la llamada del otro y de rendir cuentas de lo

que ello conlleva. El segundo límite es que uno se deshaga de responsabilidad, y que desatienda su deber de cuidar y de rendir cuentas a los otros de sus acciones. En el primer caso se incurre en el autonomismo, en el segundo en el cinismo.

En el autonomismo hay un defecto en la autonomía y, sin embargo, se responsabiliza al individuo, culpabilizándolo, de las circunstancias en las que se encuentra recordándole que, en último término, su estado se debe a su propia decisión autónoma. En este caso pueden darse dos posibilidades:

- a) Imputar al individuo las consecuencias dañinas en las que se halla porque solo él, sin coacción, las eligió, con lo que se le suponen las capacidades intelectuales intactas y la coherencia de su comportamiento, desconsiderando hasta qué punto le es imputable el desarrollo de esas mismas capacidades y si se le dio la misma igualdad de oportunidades reales de desarrollarlas.
- b) Desconsiderar las alternativas reales de escoger otra opción, es decir, desconsiderar el contexto concreto para, verdaderamente, poder llamar «opción» a las decisiones que ahora se le imputan a un individuo: recordemos a Nussbaum, no todo el mundo tiene el control sobre su propio entorno material y político.

El colmo de este autonomismo consiste en desresponsabilizarse del empoderamiento que como sociedad le debemos y culpabilizarlo de su condición de víctima. En el autonomismo le negamos a la víctima su fragilidad, su diferencia, apelando a su autonomía, desatendiendo el contexto de inequidad y de desigualdad de oportunidades, nos lo cargamos de un plumazo descargándonos de nuestro deber. Por un excesivo deseo de superación de paternalismo arraigado en prejuicios, con un prurito de autonomismo, negamos la fragilidad.

Algo de esto sucede en la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, que en un deseo loable de superar infantilismos y violación de derechos, se pretende, en su artículo 12, eliminar toda forma de tutela y curatela, exponiendo a esa persona a más vulnerabilidad: al suponerles absolutamente con plenas capacidades para tomar sus decisiones, niegan su misma condición de discapacitada.

Otro ejemplo lo podemos hallar en la complejidad que rodea al fenómeno de la obesidad: cuando se hace pivotar la condición de obeso en las decisiones personales de la persona que la sufre y que el autonomismo convierte en el factor clave, se niega la multicausalidad.

Es victimizar y no respetar la autonomía desatenderse de que esta requiere de un entorno social. En nombre de la fragilidad, a veces hay que tomar decisiones institucionalmente «paternalistas» no porque se viole la autonomía, sino precisamente porque no se puede desarrollar por motivos de discapacidad. Y ahí es donde hay que ponderar los riesgos de las franjas grises entre el paternalismo invalidante de la autonomía y la falsa autonomía (auto)destructiva que cuenta con una complicidad social del tipo «él solito se lo ha buscado».

Deberíamos como sociedad evitar tanto la culpabilización como la expiación, por supuesto también la tentación de la inocencia: el no querer crecer cual Peter Pan. Algo de esto hay en una sociedad que se quiere indolora y libre de compromisos, también del compromiso de formarse a la hora de tomar decisiones, de responsabilizarse de ellas o de delegarlas responsablemente.

El segundo límite se lo ha de imponer uno mismo y es fruto de desresponsabilizarse de las decisiones que uno tomó: en vez de asumir una perspectiva cívica, adoptan un cinismo del tipo «y a mí qué». En este caso hay un exceso de autonomía, se menosprecia el daño a terceros y se desconsidera la injusticia, al desresponsabilizarse y cargar en los otros lo que él se descarga; pues incluso en el caso extremo del suicidio, siempre alguien tiene que «cargar con el muerto».

Y es que, estrictamente hablando, hay muy pocas acciones privadas que no comporten consecuencias públicas (quizás el dormir y la contemplación, y durante poco tiempo). Incluso en el caso de Robinson Crusoe la conciencia moral le viene por su condición de humano ya socializado, y se plantea cuestiones como el suicidio, adaptarse al entorno, no matar más animales que los necesarios para comer, alimentar cierta esperanza, cultivar sus talentos.

La responsabilidad individual tiene límites. Un límite es desconsiderar la vulnerabilidad que impide desarrollar o ejercer una capacidad, un saber/poder en un individuo y, amparándose en su autonomía, culpabilizarle por

decisiones fruto de su insensatez (insensatez no autónoma sino fruto de su condición vulnerable) y, de nuevo cínicamente, culpabilizarle del mal uso de su autonomía. El otro es menospreciar el daño a terceros, como pudiera ser el caso de una excesiva autonomía desconsiderada con la justicia. Sería el cinismo (el a mí qué) en contra del civismo (respeto a todos los sujetos).

Cabe evitar ambos extremos:

- a) Responsabilizar únicamente al individuo del desarrollo de sus capacidades (querer es poder) y culpabilizarle de su incapacidad para hacerlo, desconsiderando los diferentes grados de vulnerabilidad individual y los factores sociales que le envuelven de forma que si uno está así es por culpa suya y sus malas decisiones.
- b) Desresponsabilizarse bajo pretexto de «la autonomía» y cargar a los otros las descargas personales: ¿vicios privados a cargo de lo público?, olvidarse de los deberes y solo exigir los derechos.

Las personas vulnerables pueden tener unas expectativas viciadas por su baja autoestima (por su autoestigma) y pueden incurrir en una «servidumbre voluntaria» al desconocer alternativas. Se trata tanto de evitar el infantilismo como el victimismo, de evitar tanto la tentación de la inocencia como el perdonarlos porque no saben lo que hacen (y con ello la culpabilización, la autoinculpación y la expiación). Por supuesto que el factor suerte existe, pero tener en cuenta la lotería biológico-social que influye en las decisiones que los sujetos tomamos es una tarea de justicia y de solidaridad normativa, es decir, universal y necesaria, categórica.

¿Cómo esquivar ambos extremos cuando se han de tomar decisiones de políticas en salud pública? ¿Qué responsabilidad individual como sociedad estamos dispuestos a asumir y educar? En el pluralismo cosmovisivo, de concepciones de razón práctica (con distinciones como bueno/justo, privado/público) al menos hemos de evitar los dos extremos viciosos del exceso o defecto de autonomía, los límites que hemos citado.

Debemos mediar entre el principio de idealidad y el de la realidad de hoy. Para ello hay que aproximarse continuamente a una mejora en la participación de los afectados en las políticas públicas que les conciernen; en la pre/re/

distribución de los riesgos; en las oportunidades de reconocimiento de la persona; en definitiva, en vincular más y mejor. Solemos regular y culpabilizar en exceso, desproporcionadamente a lo poco que comunicamos, empoderamos y participamos.

Bibliografía

- Beck, U. *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2006.
- Honneth, A. *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica, 1997.
- Jonas, H. *El principio de responsabilidad*. Barcelona: Herder, 1995.
- Nussbaum, M. C. *Las fronteras de la justicia*. Barcelona: Paidós, 2007.
- Organización de Naciones Unidas: *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*.
- Ravetz, J. «Uncertainty, ignorance and policy». En: Brooks, H. y Cooper, C. (eds.) *Science for Public Policy*. Oxford: Pergamon Press, 1987.
- Taylor, Ch. *Las fuentes del yo*, Barcelona: Paidós, 1996.

Ricard Meneu

*Vicepresidente de la Fundación del Instituto de
Investigación en Servicios de Salud de Valencia*

De las limitaciones de (los debates sobre) la responsabilidad personal

En los sistemas sanitarios basados en la solidaridad colectiva parece legítimo exigir alguna responsabilidad personal sobre el cuidado de la propia salud, desincentivando los comportamientos irresponsables amparados por la mancomunación de la respuesta a las consecuencias de los riesgos asumidos. Sin embargo, la aplicación práctica de esta noción resulta mucho más cuestionable, o al menos cuestionada. El debate sobre responsabilidad individual y colectiva, pese a la amplia gama de grises que debe cubrir, sufre de una penosa tendencia al claroscuro, por la que rápidamente se llega a una aceptación fatalista de las implicaciones de los determinantes sociales de la salud, o al abandono de cualquier concepto de libertad responsable para esquivar la posible culpabilización de las potenciales víctimas que una política de responsabilidad personal puede acarrear.

Como ya ha señalado Begoña Román conviene evitar ambos extremos. Por una parte el que supone responsabilizar únicamente al individuo del desarrollo de sus capacidades –un mal entendido «querer es poder»– y culpabilizarle de su incapacidad para hacerlo, desconsiderando los diferentes grados de vulnerabilidad individual y los factores sociales que le envuelven, de forma que si uno está así se asuma que es por culpa suya y de las malas decisiones que él solito tomó. Por otra, el de desresponsabilizarse absolutamente bajo el pretexto de «la autonomía» y cargar a los otros las descargas personales –¿vicios privados a cargo de lo público?–, el olvidarse de los deberes y solo exigir los derechos. Este segundo extremo, el cuestionamiento absoluto de la responsabilidad del individuo, fácilmente lleva a argumentaciones que consideraríamos chuscas si no estuvieran penosamente presentes en demasiadas de las formulaciones sobre esta cuestión.

Permítaseme por un momento recurrir a la subjetividad biográfica, ya que pretendo emplearla en mi contra. Ante los estragos sobre la salud provocados en cualquier ciudadano por alguno de los hábitos que cada vez consideramos más dañinos para aquella –absolutamente el tabaco, de manera creciente el alcohol...– es común y generalmente lícito relajar el grado de responsabilidad individual en ello. Razonablemente aduciremos la limitada información disponible, la presión comercial sufrida, el entorno socioeconómico de procedencia, o hasta la capacidad de doblegar la voluntad de abandono de esos hábitos que supone el componente adictivo de tales sustancias. Empleando mi caso como ilustración –el extendido «por ejemplo, yo mismo...»– no me cuesta encontrar y compartir tiernas fotografías infantiles amorrado a un botellón, jugando entre frascos de licores o sosteniendo un cigarrillo en festivas imágenes brumosas por el abundante humo ambiental. Ciertamente podría avalar así los razonables atenuantes de responsabilidad habituales, pero no sería jugar limpio ocultar mis datos curriculares –titulación en Medicina, especialidad en Salud Pública– o los potentes incentivos explícitos desplegados por mis familiares para disuadir del tabaquismo. Considerando estos, los alegatos sobre mi limitada responsabilidad en estas decisiones resultarían escasamente válidos, por lo que debería aceptar que, en alguna medida y de algún modo, debo asumir alguna responsabilidad sobre las consecuencias –al menos las directas e imputables– de mis decisiones. Eso siempre que pretenda defender mi derecho efectivo a consumir las sustancias referidas, reclamando mi autonomía para establecer un juicio sobre donde se equilibran los costes y beneficios que me supondrán tales acciones. Otra cosa nos llevaría a considerar «debatible» el derecho a elegir al respecto y con ello, a prohibir su consumo. Hoy de tabaco, mañana de alcohol, quizás pronto de sal o azúcar, y así hasta aproximarnos al irreductible «vivir», único determinante inexcusable de la probabilidad de enfermedad y muerte.

Como se puede apreciar, no me ha costado reconocer mi imposibilidad de zafarme de hacer frente a algunas formas de responsabilización por mis determinaciones individuales sobre mi salud. ¿Voy a ser el único? No creo. O no debería. En un foro seleccionado como este no cuesta identificar a otros participantes que comparten rasgos de información, educación o entorno socioeconómico equiparables y que deberían también renunciar a apelar a

muchos de los eximentes comunes. Máxime si, como compruebo en esta convivencia, la mayoría de sus decisiones frente a estos riesgos han respondido a una actitud más sensata en términos de preservación de su salud, eludiendo o minimizando hábitos nocivos y esforzándose en virtuosas prácticas atléticas. Y es de suponer que no se tratará de una inmensa minoría, ya que, con distintos grados, la tentación de una propia irresponsabilización puede descartarse en colectivos y grupos sociales mucho más amplios. Por tanto deberíamos centrarnos más en aproximar modos de operativizar algunas formas de responsabilidad individual –con todas las exclusiones que veamos justificadas– en lugar de empeñarnos en negar la mayor, esto es, la necesidad de hacer frente a las consecuencias previsibles de algunas de nuestras acciones. Porque por esa vía solo conseguiremos llegar al callejón sin salida que enunciaba Octave, el personaje interpretado por Jean Renoir en su obra maestra *La regla del juego*: «*Le plus terrible dans ce monde c'est que chacun à ses raisons*».

De los empoderamientos y las mejoras de las decisiones

La *Connecticut Law Review* publicó un artículo con el aparentemente oportuno título de «Salud personal en el dominio público: Reconciliar los derechos con las responsabilidades colectivas».¹ En él se afirma que: «los individuos son demostrablemente “malos electores” cuando se les deja hacer elecciones relacionadas con la salud en un “mercado” estructurado esencialmente para vender más y generar mayores beneficios a las empresas. El “derecho” (*sic*) de un individuo a elegir consumir refrescos azucarados es debatible (*sic*) a la luz de las sustanciales pruebas que demuestran las propiedades adictivas (*sic*) del consumo de azúcar». En el desarrollo de esta argumentación se afirma que: «una copiosa literatura de ciencias sociales señala que las personas a menudo tienen una capacidad limitada para evaluar opciones, ya sea debido a los sesgos inherentes a la toma de decisiones humanas, la falta de capacidad individual para comprender y sopesar con precisión los datos científicos sobre los riesgos y beneficios o la *ausencia de información*

completa en muchos entornos que requieren elección». Si se coincide con esta razonable descripción y seguidamente se prescribe evitar a los «malos electores» la toma de decisiones relevantes, ¿qué motivo hay para no llevar esa estrategia hasta las elecciones por antonomasia, las votaciones a representantes políticos? Visto así, sustraer la responsabilidad de nuestras acciones con carácter general puede llevarnos mucho más allá de lo que nos parecería deseable.

El riesgo verosímil de «culpabilización de las víctimas» no debería servir como coartada tranquilizadora para eximir de toda responsabilidad individual al conjunto de la ciudadanía. La formulación alternativa a tal «irresponsabilización» de toda la sociedad pasaría por promover su empoderamiento. Idealmente el empoderamiento respeta en principio el derecho a la autonomía, tiende a incrementar la capacidad de esta, así como al aumento de otras habilidades de afrontamiento, y es probable que reduzca las desigualdades.² El principal problema aquí es que bajo ese enunciado caben demasiadas cosas dispares. Mientras unas formas de empoderamiento pasan por la apuesta por una «educación para la salud» que pretende lograr que los individuos decidan por sí mismos en el sentido en el que sus promotores consideran que se maximiza la salud global, otras prefieren que sean las comunidades, no los expertos, quienes identifiquen las cuestiones relevantes y quienes aporten la medida del éxito, en lugar de fiarla a resultados cuantificables en mejoras de salud. Pero aunque en el ámbito de la promoción de salud el empoderamiento comunitario ha constituido un principio fundacional durante un cuarto de siglo, no es óbice para que se apunten importantes tensiones que pueden producir dilemas éticos en los profesionales de la promoción.³

En los últimos años, con la popularización de los textos divulgativos de ciencias conductuales, cada vez más se propone recurrir también a una «promoción de la salud «orientada conductualmente».⁴ Las intervenciones para favorecer cambios de comportamiento «saludables» utilizan diversos tipos de teorías para orientar las decisiones de las personas a través de la información, la persuasión, la coacción y la manipulación. Algunos problemas éticos señalados del modelo de cambio de comportamiento son que no respeta suficientemente el derecho a la autonomía de los individuos involucrados, amenazando reducir su capacidad de autonomía, y que corre el riesgo de

aumento de las desigualdades en salud.⁵ En este sentido, algunas destacadas tentativas de influir en las decisiones de manera que las personas, fruto de su decisión libre, estén mejor de lo que estaban antes de dejarse influenciar, resultan muy próximas a las estrategias de «arquitectura de la decisión» (*nudges*) sobre las que la aportación de Pere Ibern ha resultado suficientemente esclarecedora. Retengamos por ahora un par de mensajes sobre estas estrategias: que los encargados de influir en las decisiones no tienen capacidad (suficiente información) para considerar qué es «mejor»; y que el problema nuclear radica en la previsible posibilidad de manipulación más que en la limitación de la autonomía. La visión positiva es que si puede conseguirse que «el *nudging* sea totalmente transparente y eficaz, si su razón de ser no se oculta, y si no limita la libertad en la toma de decisiones, no resulta descartable por motivos éticos».

De lo aceptable a lo factible

En los debates sobre la responsabilidad individual a menudo se entremezclan dos tipos de argumentos. Existen objeciones que podemos etiquetar de normativas, como la objeción humanitaria, la llamada objeción liberal sobre los efectos colaterales de una denegación de asistencia, o la objeción de «equidad», especialmente atenta a cómo las consecuencias reales de una elección dependen en parte de factores que escapan al control del individuo. Junto a estas se ha visto aparecer otras de naturaleza práctica, como las objeciones centradas en las limitaciones de información, o con menor énfasis y mayor relevancia la objeción de «no neutralidad», atenta a si solo se identifican ciertos tipos de conductas de riesgo como de especial preocupación –¿por qué deberían los fumadores ser «penalizados», mientras que los que comen mal y demasiado o hacen poco ejercicio no lo son?– lo que traduce una preocupación importante por la posibilidad de sancionar algún tipo de «moralismo».⁶

Una visión errada de las propuestas de asunción de responsabilidades por las decisiones personales es la que tiende a interpretar, en el contexto de la atención sanitaria, que esto implica que algunos individuos verán rechazado su tratamiento (o su financiación colectiva) si podían haber evitado tal necesi-

dad adoptando otras opciones. Pero el principio de responsabilidad establece que las personas deben ser responsables de sus elecciones, no por las consecuencias de sus decisiones. Solo en el caso especial –y muy particular– en que el resultado depende únicamente de decisiones del individuo y no de cualquier otro factor, debería ser considerado responsable de las consecuencias de sus acciones. Ante cualquier riesgo algunas personas tendrán mejor suerte que otras. Ante un riesgo del 50% de enfermar, solo la mitad de los que han adoptado opciones nocivas para su salud sufrirán las consecuencias, de las que se librará la otra mitad. Considerando esto, resulta dudosamente justo penalizar únicamente a los que han tenido peor suerte con idénticos comportamientos. Por tanto, lo ideal sería poder premiar o gravar estas actuaciones en vez de sus consecuencias.

Desde esta perspectiva, más amplia y precisa, podemos considerar formas de responsabilización que eludan los problemas de una indeseada exclusión en el momento de la necesidad asistencial. Formas que no son ajenas a nuestra realidad y que pueden atisbarse como justificación –más allá de la avidez recaudatoria y la imposición Pigouviana⁷ en los impuestos que gravan el tabaco, de modo mucho más imperfecto el alcohol, y quizás en breve los refrescos azucarados o algunas formas de comida basura.

Por tanto, descartada la exclusión, puede recurrirse a otros modos de lidiar con la responsabilización personal. En lugar de desechar la responsabilidad personal o ignorar las dificultades de aplicación –asunto ciertamente relevante– e introducir paulatinamente medidas parciales, se ha sugerido considerar otras posibilidades: incorporarla como un criterio entre otros en los algoritmos de establecimiento de prioridades (del tipo del modelo sueco para cardiopatías), o también introducir sistemas de *bonus* o *malus* parciales, que no supongan exclusión.⁸ Ambas opciones tienen la responsabilidad personal solo moderadamente en cuenta, y además se sitúan en los niveles más altos de la asignación de recursos, evitando así un indeseable racionamiento «micro» en la cabecera del enfermo.

En definitiva, los problemas prácticos relacionados con la responsabilidad personal son importantes, pero no justifican el amplio rechazo a pensar más profundamente acerca de la responsabilidad sobre la propia la salud como un

medio para mejorar la asignación de recursos sanitarios. Aunque estos debates parecen demasiado despegados de nuestra realidad –sobre todo si se conocen la perfunctorias maneras en que se priorizan las asignaciones de recursos o las groseras categorías que vehiculan la limitada participación de los usuarios en el coste de los servicios–, resulta conveniente avanzar un paso más y explorar las claves de distintos modos de materializar esta responsabilización, para desentrañar su aceptabilidad y factibilidad.

Una modesta proposición como un primer paso para una larga marcha

En el improbable caso de que los debates a favor o en contra de la materialización de la responsabilidad personal sobre la salud llevaran a un acuerdo sobre una sola teoría normativa, ese marco normalmente operaría a un nivel de abstracción tal que difícilmente serviría para guiar a los responsables políticos al nivel de detalle exigible para el diseño, implementación o evaluación de ninguna intervención concreta.

Para esto, basándose en las propuestas de Norman Daniels sobre justicia procedimental,⁹ Harald Schmidt ha propuesto en los últimos años un marco que establece una serie de «pruebas» referidas a los efectos de una política de este tipo sobre los valores y componentes compartidos por la práctica totalidad de nuestros sistemas sanitarios. Esas pruebas marcan las áreas en las que debe aportarse la justificación de la intervención y que abarcan siete grandes ámbitos. El interés de traerlos aquí no es tanto proponer su aceptación, discusión o refutación, sino aportar una base para el debate sobre que es razonable o verosímil y que no lo es en la concreción de posibles modos de articular la responsabilidad personal sobre la propia salud en el marco de los sistemas sanitarios sufragados obligatoriamente por el conjunto de la sociedad.

Las áreas que propone Schmidt,¹⁰ y que se esbozan a continuación son:

1. Evidencia, razón de ser y viabilidad.
2. Intrusividad y coercitividad.
3. Imputabilidad u oportunidad de elección.

4. Equidad.
5. Solidaridad entendida como *pool* de riesgos.
6. Afectación de terceros.
7. Coherencia.

Desarrollándolas brevemente, la «evidencia, razón de ser y viabilidad» interroga sobre: ¿Cuáles son las principales razones y los objetivos de la política?, ¿Se han justificado de manera abierta y transparente, con la opción para debatirlos los afectados por la política?, ¿Cómo podemos estar seguros de que la política logrará su objetivo, en principio y en la práctica? y ¿El esfuerzo y costo requerido son proporcionales a los objetivos?

Las preguntas respecto a la «intrusividad y coercitividad» abordan si: ¿El objetivo de la política podría lograrse de manera menos intrusiva? Si no es así, ¿el grado de intrusión resulta justificable a la luz de los beneficios esperados? La «imputabilidad», entendida como oportunidad de elección pretende esclarecer en qué medida se aplican sanciones o recompensas basados en acciones atribuibles a elecciones libres y voluntarias de la gente. ¿Se pueden implementar exenciones o normas alternativas cuando las oportunidades de elección están limitadas?

La preocupación por la «equidad» se expresa en: ¿Hay grupos (como determinados subgrupos socioeconómicos, étnicos o regionales) más propensos a experimentar beneficios o cargas desproporcionados como consecuencia de la política?, ¿En qué punto sería razonable rechazar una política a causa de su impacto desigual?

Las cuestiones sobre «solidaridad», entendida como *pool* de riesgos, se refieren a: ¿Cómo afecta la política al principio implícito o explícito de solidaridad o distribución de los riesgos que tiene el sistema de salud? Si debe socavar la solidaridad o la mancomunación de riesgos ¿los afectados tienen clara conciencia de ello y resulta justificable? La «afectación de terceros» busca saber si: ¿La política tiene un efecto en las relaciones entre las personas y, por ejemplo, sus médicos? En la medida en que los médicos participan en la evaluación del cumplimiento ¿su participación está justificada y aceptada por ellos y sus pacientes?

Finalmente la exigible «coherencia» requiere saber: ¿Cómo compara la política con los estándares de responsabilidad, imputabilidad y culpa en otras áreas de la política social y la ley? Como estas tensiones pueden resolverse en más de una forma, ¿cómo deben abordarse?

Recapitulando

Frente a la tentación de descartar la responsabilidad personal por la salud para justificar una baja priorización en el acceso a los servicios públicos se ha sugerido considerar otras posibilidades, bien incorporarla como un criterio entre otros en los algoritmos de establecimiento de prioridades (del tipo del modelo sueco para cardiopatías), o también introducir sistemas de *bonus* o *malus* parciales, que no supongan exclusión.

Algunas aproximaciones recientes intentan preservar un concepto significativo de responsabilidad sobre la salud que resulte apropiado en términos descriptivos, epidemiológicos y morales, aunque exige especificar diferentes tipos de responsabilidades, complementándose con una serie de pruebas para especificar las áreas de justificación, sin que ninguna de ellas sea por sí sola definitiva. Este tipo de aproximaciones pueden favorecer avances en los esfuerzos encaminados a diseñar y evaluar políticas de responsabilidad personal. Sin considerar que la lista de criterios valorativos esté cerrada, ni que todos ellos sean igualmente relevantes, parece conveniente ante cualquier política de responsabilización explícita considerar, entre otros, algunos de los aspectos apuntados.

Notas

1. Lazzarini, Z. y Gregorio D. «Personal Health in the Public Domain: Reconciling Individual Rights with Collective Responsibilities», *Connecticut Law Review* 46 (5), 2014, págs. 1839-57.
2. Tengland, P. A. «Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies», *Public Health Ethics* 5, 2012, págs. 140-153.
3. Braunack-Mayer A. y Louise J. «The ethics of Community Empowerment: tensions in health promotion theory and practice», *IUHPE Promotion & Education*, 2008, 15(3): 5-8.
4. Valela, N. «Personal health responsibility: Blaming victims or empowering nations», *Interdisciplinary Journal of Health Sciences*, 2010; 1: 83-8.
5. *Op cit.* 2.
6. Cappelen A. W. y Norheim, O. F. «Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach», *J Med Ethics*, 2005, 31: 476-80.
7. Fleischer V. «Curb. Your Enthusiasm for Pigouvian Taxes», *San Diego Legal Studies Paper*, 2014, 14-151.
8. Buyx, A. M. «Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why maybe we should», *J Med Ethics*, 2008, 34(12): 871-4.
9. Daniels, N. «Decisions about access to health care and accountability for reasonableness», *Journal of Urban Health*, 1999, 76(2), 176-191.
10. Schmidt, H. *Personal Responsibility for health: a proposal for a nuanced approach*. En: Rosen B., Israeli, A., Shortell S. (eds.). «Improving health and health care: Who is responsible? Who is accountable?, Accountability and Responsibility in Healthcare», *Issues in Addressing an Emerging Global Challenge*, World Scientific, 2012.

**Responsabilidad
colectiva y
responsabilidad
profesional**

**David Rodríguez-Arias, Txetxu Ausín
David Larios**

David Rodríguez-Arias

Departamento de Filosofía I, Universidad de Granada

Txetxu Ausín

Instituto de Filosofía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas

El círculo vicioso de la enfermedad y la pobreza. Responsabilidades y salud global

Introducción

Bien entrado ya el siglo XXI, la humanidad dispone de conocimientos y tecnologías capaces de tratar enfermedades que hasta hace relativamente poco tiempo eran mortales. A pesar de los logros, el número de muertes causadas por enfermedades tratables sigue aumentando. Cada día del año 2013 se sumaron unas 17.000 nuevas muertes de niños y niñas en países pobres por desnutrición y patologías cuyas causas son conocidas y tratables, y que en otros países más afortunados se han erradicado desde hace décadas.¹ Durante la próxima hora, más de 800 menores de 5 años morirán en estas circunstancias evitables. Millones de personas viven atrapadas en el círculo de la enfermedad y la pobreza al no tener acceso a los medicamentos esenciales que podrían aliviar o curar sus enfermedades.

La pobreza y la enfermedad global son fenómenos íntimamente ligados entre sí y vinculados a otros factores, también interdependientes. Las condiciones de salud vienen facilitadas por factores históricos, económicos, sociales, políticos, geográficos, ambientales... y también médicos.² La salud posibilita el disfrute de derechos humanos, la gobernanza, la paz, y desarrolla el músculo económico de un país. Cuando una familia debe viajar hasta 10 kilómetros a pie para conseguir agua, no puede dedicar mucho tiempo a reivindicar dere-

chos, a mejorar la política de su comunidad, o a ser productiva en la generación de bienes. Cuando una persona se encuentra grave y crónicamente enferma, ni siquiera puede procurarse ella misma el agua y el alimento que necesita para sobrevivir.

La situación actual que vive la población más pobre del planeta, también encuentra su razón de ser en factores económicos exógenos. Las reglas del comercio internacional contribuyen de manera decisiva a este panorama. Fenómenos como la deuda externa, el *dumping* y los acuerdos sobre propiedad intelectual afectan de manera directa y evidente a la salud global. Por ejemplo, el rígido sistema de propiedad intelectual farmacéutica (patentes) fomenta una investigación sesgada, orientada casi exclusivamente a producir y perfeccionar aquellas enfermedades que padecen los ricos –los que pueden pagar el precio de los medicamentos–, y que, a escala planetaria, suponen una proporción casi despreciable de la carga total de la enfermedad y las muertes por enfermedad.

Son muchas las injusticias que padece y perpetúa el mundo contemporáneo. Sin embargo, pocas pueden compararse en magnitud y gravedad a la generada por la distribución desigual de la riqueza. Al mismo tiempo que la cuarta parte más pobre de la población mundial se disputa un exiguo 1% de los ingresos globales, el 1% más rico del planeta atesora la cuarta parte de la riqueza global. Ese 1% más adinerado del planeta está compuesto por unos 60 millones de personas.³ El 5% más adinerado de la población global disfrutamos prácticamente de la mitad de los ingresos globales.⁴ La globalización ha incrementado y continúa incrementando esa desigualdad radical.⁵ Este fenómeno también tiene gravísimos correlatos en la salud de las poblaciones de los países menos desarrollados, que mueren prematuramente tras haber sobrevivido durante años privadas incluso de lo más básico –agua potable, nutrición, atención sanitaria y educación primaria–, y hostigadas por las formas más elementales de sufrimiento –hambre, enfermedad, dolor y miedo–.

A pesar de la magnitud del problema, la pobreza tiene solución. Y esa solución está al alcance de la mano de esta generación. Las necesidades básicas de los más pobres del mundo se podrían cubrir con un coste relativamente bajo.

Se calcula que el gasto necesario anual para reducir *a la mitad* la pobreza mundial son 125.000 millones de dólares. Es importante traducir esa cifra a una escala reconocible. Baste decir que esa cantidad es idéntica al coste del rescate de la banca en España,⁶ o lo que la sociedad estadounidense gasta anualmente en cerveza.⁷ La pobreza no persiste por falta de recursos, sino por falta de voluntad. Si la solución al problema de la pobreza es alcanzable en la práctica, ¿qué haría falta para que las personas estuvieran suficientemente motivadas para erradicarla?

Este trabajo consta de dos partes. En la primera prestamos atención a las condiciones que impiden el acceso global a los medicamentos esenciales. Por un lado, contextualizamos el problema de la pobreza en su dimensión estructural, como un problema perpetuado por un orden institucional global que obstaculiza la prosperidad de los países menos desarrollados en beneficio de los países más desarrollados. Por otro lado, exploramos el fenómeno de la desigualdad en la distribución del gasto en salud y en investigación, mostrando el papel que juegan los acuerdos internacionales sobre propiedad intelectual en la creación de la llamada *brecha 90/10*. Al finalizar este bloque, presentamos el *Fondo de Impacto para la Salud* como una propuesta contemporánea para paliar esa tendencia.⁸

En la segunda parte analizamos algunos debates contemporáneos en torno al deber de luchar contra la pobreza. En este bloque trataremos de ahondar en las siguientes preguntas: ¿En quién recae la responsabilidad de reducir la pobreza? ¿Son los individuos o los Estados los que tienen ese deber? ¿Cuál es la naturaleza de tal deber? ¿Son eficaces los argumentos filosóficos destinados a motivar a las personas para que tomen iniciativas en la lucha contra la pobreza?

Nuestras reflexiones nos conducen a la conclusión de que aliviar las muertes debidas a la pobreza constituye un deber ineludible de todos quienes nos encontramos en condiciones de hacerlo: un deber *erga omnes*. Ese deber se puede concretar de múltiples formas, siendo la ayuda económica al desarrollo a través de donaciones una de ellas, aunque no la única.

I. El acceso global a la salud básica

a. Orden institucional global y acceso a los bienes primarios esenciales

No se puede consolidar la paz mundial si hay estómagos vacíos y miseria humana.

Norman Borlaug (Premio Nobel de la Paz)

La herencia del colonialismo británico en Sudáfrica fue el *apartheid*, el sistema de gobierno racista que duró desde 1948 hasta 1990. A pesar de que la ONU lo declarase en 1973 un crimen contra la humanidad, el Fondo Monetario Internacional siguió prestando dinero al régimen de los *afrikaner* incluso después de esa declaración. El dinero recibido se siguió empleando durante muchos años para financiar las fuerzas policiales necesarias para reprimir y sofocar el movimiento de liberación negro. Casos análogos, de poderes opresivos apoyados por organismos internacionales y potencias económicas europeas y Estados Unidos –muchas veces a través de golpes de Estado y dictaduras– se cuentan por decenas: Mobutu en Zaire, Duvalier en Haití, restauración del Sha en Irán, Suharto en Indonesia... ¿Acaso debe sorprender que muchos de esos países sigan siendo, todavía hoy, los más inestables del planeta? En Sudáfrica, la deuda contraída durante el *apartheid* se elevó a 26.000 millones de dólares. A pesar del carácter ominoso de esa deuda, los sudafricanos, ya liberados, siguen devolviéndola a los países del Norte, al Fondo Monetario Internacional (FMI) y al Banco Mundial. La forma injusta y vergonzosa por la que se contrajo esa deuda no solo exige moralmente su cancelación –esos motivos obligaron a España a condonar la deuda de Cuba tras su independencia–: cabría exigir a las potencias e instituciones occidentales que compensaran a las poblaciones de esos países por haber contribuido a las vulneraciones de derechos.⁹

Los países pobres pagan anualmente a las clases dirigentes de los países ricos mucho más dinero del que reciben de ellas en forma de créditos de cooperación, inversiones, ayuda humanitaria o fondos para el desarrollo. Es un sinsentido. Los tipos de interés son entre 5 y 7 veces más elevados que los que se practican en los mercados financieros. Y aunque la mayoría de los países

afectados paga escrupulosamente en los plazos previstos, su deuda externa no deja de aumentar (lo mismo que está ocurriendo ahora en Grecia). Así, se produce una enorme desproporción en la mayor parte de los Estados del Sur entre los gastos presupuestarios asignados a los servicios sociales y los que se consagran al pago de la deuda.¹⁰

Instituciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial han seguido durante muchos años contribuyendo a que se perpetúe la pobreza de los países del Sur a través de los llamados «planes de ajuste estructural». En el llamado «Consenso de Washington», el FMI, el Banco Mundial y el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos establecieron a finales de 1980 una serie de recomendaciones económicas pretendidamente destinadas a impulsar la recuperación económica de los países en desarrollo: mayor disciplina en la política fiscal, redirección del gasto público, reducción de los impuestos, liberación del comercio, eliminación de las barreras a la inversión extranjera, privatización de empresas estatales, desregulación para eliminar toda restricción a la competencia, y mayor seguridad jurídica para los derechos de propiedad. Durante la década de 1990, la reprogramación de la deuda (pagos mensuales menos cuantiosos) se condicionó a aceptar los llamados «planes de reajuste estructural», inspirados directamente en el Consenso de Washington. La obligación de liberar fondos públicos para amortizar la deuda se tradujo en la obligación, contraída por los países empobrecidos, de reducir su gasto público en salud (enfermeros), en educación (maestros), en administración (despidos masivos de trabajadores del sector público, límites en las cifras totales de trabajadores de la administración, etc.). Durante los años ochenta, antes de que se introdujeran esas medidas, algunos de esos países (por ejemplo, Tanzania durante los mandatos de Nyerere, Burkina Faso durante el gobierno de Sankara) habían experimentado mejoras importantes en sus índices de desarrollo. Ahora, en nombre de una mayor «eficacia», los planes de ajuste estructural exigían, por ejemplo, la creación de escuelas y hospitales más grandes, pero concentrados en unos pocos núcleos urbanos. En el ámbito de la educación, eso supuso sin embargo un descenso importantísimo de la educación rural. En el ámbito sanitario, muchos profesionales se pasaron al sector privado o se fueron a otros países. La prohibición del control de precios y de las subvenciones públicas

de productos alimenticios básicos y de otros bienes comunes como el combustible, el transporte público, el agua, los saneamientos y las medicinas, tuvieron efectos desastrosos para las poblaciones. Los planes de ajuste estructural –lo que ahora conocemos como «medidas de austeridad»– exigían nuevas leyes orientadas a la supresión de derechos laborales y que limitaban incluso el poder y el alcance de los sindicatos. Condujeron a una privatización de la economía y un sometimiento de ciertas sociedades, que habían tenido conatos de prosperidad postcolonial gracias a ciertas garantías sociales (la vivienda, la comida) a las reglas del mercado.¹¹

Por su parte, los Estados ricos han sabido usar las reglas del libre mercado para sabotear las economías de los pobres en su propio beneficio. En un ejercicio de cinismo y doble moral, las potencias económicas mundiales, incluso las que se precian de ser más liberales, como Estados Unidos, sí protegen sus economías con intervenciones, por medio de subvenciones estatales de productos como el trigo y otras materias primas, que hacen que los precios de importación de esos bienes primarios por los países en desarrollo sean artificialmente bajos, inferiores a los de producción. Precios tan competitivos garantizan la preferencia de la importación sobre la producción local por parte de los países menos desarrollados y terminan destruyendo la producción local de alimentos básicos, como el maíz o el trigo. Una vez eliminada la competencia, los productores de los países ricos cuentan con los privilegios de un cuasi-monopolio, incluida la libertad de subir el precio de esos bienes básicos, ahora sí, por encima del poder adquisitivo de las naciones pobres. El resultado previsible de esas formas de *dumping* son las crisis alimentarias –como la sufrida en 2014 (los precios internacionales del trigo y del maíz registraron entre enero y abril de ese año un incremento del 18% y el 12%, respectivamente)–,¹² y una consecuencia inevitable de estas últimas: la inestabilidad política de los países.

Al mismo tiempo, se han aplicado medidas ultraliberales sobre las políticas agrarias de los países del Tercer Mundo. Por ejemplo, algunos gobiernos africanos (Níger, Malawi), conscientes de la estacionalidad agrícola que define el modo de vida rural en África, aplicaron medidas para paliar sus consecuencias como la gestión de la reserva de cereales y la subvención de los precios de los alimentos. Para estabilizar las provisiones de alimentos y su

precio, se encargaba a varias organizaciones paraestatales la compra de cereales una vez finalizada la cosecha para venderla en los mercados locales a precio de coste unos seis u ocho meses más tarde. Gracias a la legislación de un precio mínimo para los agricultores y uno máximo para los consumidores, los gobiernos incentivaron a los agricultores manteniendo unos precios asequibles para la población con menos recursos. Sin embargo, estas intervenciones públicas eran contrarias a los principios neoliberales del Consenso de Washington, que rechazaba las instituciones paraestatales de reserva de cereales por considerarlas ineficaces y corruptas y también era contrario a las políticas de subvenciones de precios por estimarlas perjudiciales para el desarrollo del sector privado. Así que se suprimieron estas políticas y se buscó incentivar a los comerciantes privados en una política alimentaria orientada hacia el mercado. El fracaso del mercado produjo las enormes crisis alimentarias en Níger y Malawi de finales del siglo pasado. El fracaso estrepitoso de estas políticas no impidió al Fondo Monetario Internacional mantenerlas durante muchos años, llegando a aconsejar en 2004 al gobierno de Malawi la venta de la reserva estratégica de cereales y a obligar en 2005, al gobierno de Níger, a aplicar un impuesto del 19% sobre los productos de primera necesidad, como condición del FMI para apoyar sus presupuestos. Igualmente, estas organizaciones económicas internacionales han priorizado y favorecido un tipo de cultivo centrado en la exportación (café, coco, algodón, caucho) y controlado por las multinacionales agroalimentarias,¹³ lo que ha hecho tremendamente dependientes a los países pobres de las importaciones de alimentos hasta un 50%, con el consiguiente abandono del campo, el aumento enorme de la población urbana y la vulnerabilidad ante el incremento de los precios.

b. Distribución global de los recursos sanitarios y las enfermedades olvidadas

Considérense los siguientes datos: el 90% de los gastos anuales globales en salud están concentrados en el 10% más rico de la población mundial, que soporta tan solo el 7% de la carga global de la enfermedad.¹⁴ La brecha 90/10 se refiere al preocupante hecho de que de los (aproximadamente) 200.000 millones de dólares gastados al año globalmente en investigación médica, el

90% está destinado a estudiar patologías que causan el 10% del conjunto global de la enfermedad. El gasto de cada habitante del planeta en salud (la suma de los gastos personales y del gobierno) fue en 2010, de media, unos 948 dólares.¹⁵ Ese mismo año, los habitantes de Estados Unidos gastaron de media 8.362 dólares en salud, mientras que los de Eritrea tan solo gastaron, de media, 16.¹⁶

La desigualdad internacional es la marca de nuestro tiempo. La esperanza de vida de los habitantes de Japón en 2013 fue de 83 años. La de los habitantes de Botswana, 47. Siete de cada diez muertes de niños y niñas menores de cinco años tienen lugar en países de bajos y medios ingresos, la mayoría en África. De los 35 millones de personas actualmente afectadas por el VIH, 25 millones viven en el África subsahariana. En los últimos años ha aumentado de forma muy significativa el número de personas con VIH que reciben la medicación disponible. Se han experimentado mejoras muy importantes en el tratamiento para la prevención de la transmisión materno-filial del virus. Con todo, sigue siendo cierto que tres de cada cinco personas infectadas por la enfermedad en todo el mundo siguen sin ser tratadas con la terapia anti-retroviral. En los países africanos y asiáticos de ingresos medios y bajos, esa proporción es aún menor.¹⁷

Con frecuencia se critica a las compañías farmacéuticas transnacionales de ser responsables de este fenómeno, al focalizar sus actividades de investigación y desarrollo en la producción de medicamentos para los problemas de salud que fundamentalmente afectan a los países prósperos, a expensas de las enfermedades infecciosas –la tuberculosis es el mejor ejemplo– que fundamentalmente afectan a los mil millones más pobres de la población mundial. Las «enfermedades huérfanas» (de la ciencia) son legalmente definidas en Estados Unidos por la U.S. Orphan Drug Act, como aquellas que no podrían rentabilizar, al venderlas domésticamente, el coste derivado de su desarrollo, o que afectan a menos de 200.000 personas en Estados Unidos. Por lo tanto, para que no resulte económicamente rentable desarrollar un medicamento, ni siquiera es necesario que ese problema de salud afecte a muy pocas personas (por muy grave que sean las consecuencias de la enfermedad). Basta que esos enfermos sean pobres, aunque se cuenten por millones. Las enfermedades huérfanas son, por lo tanto, las que afectan desproporcionadamente a los

pobres. Muchas de ellas son las que más muertes causan en el mundo. Como señala el antropólogo médico Paul Farmer, con antibióticos y vacunas prácticamente se eliminaría el riesgo de muerte por malaria, tuberculosis, polio, tétanos, neumonía, sarampión, diarrea, *staphilococcus* y otras enfermedades de origen bacteriano. Y sin embargo, la mayoría de las muertes prematuras las causan precisamente estas patologías.¹⁸ Cada año, se infectan de malaria entre 300 y 500 millones de personas, y muere en torno a un millón, en su mayoría niños subsaharianos menores de cinco años (Branch, M.; CDC website). En el año 2000, de los 137 nuevos medicamentos que se estaban desarrollando, solamente uno tenía por objetivo tratar la malaria.¹⁹ Ninguno para tratar la tuberculosis, que solo en Nigeria se llevó la vida de 137.000 personas en 2007 (WHO).²⁰ El caso más reciente de la pandemia de Ébola en África Occidental nos ha permitido constatar que, a pesar de las alarmas emitidas por la Organización Médica Mundial y Médicos Sin Fronteras, hasta que no se confirmaron los primeros contagios en países como España, Estados Unidos o Inglaterra, no hubo una respuesta internacional contundente para frenar la propagación de la fiebre hemorrágica.

Aunque existen multitud de cálculos con gran disparidad de resultados, algunos han estimado que el coste medio de poner en el mercado un nuevo medicamento es de 224 millones de dólares.²¹ Resulta difícil para una compañía farmacéutica recuperar esa inversión cuando la emplea para el desarrollo de un medicamento contra cualquiera de las enfermedades endémicas de los países menos desarrollados. Estos países –se argumenta para justificar la postura de muchas farmacéuticas– no solo cuentan con un poder adquisitivo insuficiente, sino que a menudo carecen de leyes sobre derechos de propiedad intelectual necesarias para prohibir la entrada legal en el mercado de medicamentos genéricos a un precio mucho menor. La apuesta de negocio de las principales compañías farmacéuticas estadounidenses y europeas es la oportunidad, que les brinda el régimen de patentes, de disfrutar durante un período de entre 10 y 20 años del privilegio competitivo consistente en ser los únicos vendedores de ese medicamento, y la libertad que esto último implica para establecer el precio que les permite obtener el máximo rendimiento posible. Muchas veces, ese precio solamente lo pueden asumir los sistemas públicos de salud de los países que cuentan con tales sistemas, o los bolsillos

de los ciudadanos de otros países ricos que no cuentan con un sistema público de salud.

Las terapias antirretrovirales constituyen una trágica ilustración de esto último. Los costes de los medicamentos estándar para luchar contra el VIH/sida son demasiado elevados para los ciudadanos de Sudáfrica, Nigeria o India, que son los tres países con más personas afectadas por esa enfermedad. Cuando un laboratorio de un país pobre consigue reproducir esa misma sustancia y la vende a precio de medicamento genérico, las compañías protestan, llegando a querellarse contra quien lo autoriza,²² argumentando que esa competencia les impide recuperar la inversión que han realizado durante el proceso de I+D.

A pesar de la elevada inversión de las compañías farmacéuticas en I+D, hay indicios de que su gasto en *marketing*, publicidad y administración es en ocasiones aún mayor.²³ Aproximadamente un 30% de los ingresos de algunas empresas farmacéuticas se invierten en *marketing* y administración. El sociólogo Quentin Ravelli ha analizado en detalle y con un riguroso estudio de campo la naturaleza y magnitud de la actividad comercial de las empresas farmacéuticas en Francia:

En Francia, en 2014, se podían contar dieciséis mil [visitadores médicos], asalariados por las compañías farmacéuticas, que dedicaban su tiempo en visitar y conocer a los médicos. En razón de doscientos días laborables por año y seis visitas por día, eso equivale por tanto a más de veinte millones de conversaciones con los médicos.²⁴

Según un estudio de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston, en Estados Unidos, los fabricantes de fármacos de marca, emplean un 81% más de personal en sus departamentos de comercialización que en los de I+D. Y a mayor inversión en publicidad, más alto es el precio de los medicamentos. Más aún, se ha criticado a estas compañías el empleo de técnicas publicitarias manipuladoras, poco veraces y tendentes a la «medicalización» de la vida cotidiana y a la invención de enfermedades (*disease mongering*).²⁵ Asimismo, la mayor parte de publicaciones sobre salud subsisten gracias a la abundancia de beneficios procedentes de los anuncios; por ejemplo, al *Journal of the American Medical Association* le proporcionaba ya hace dos décadas siete millones de dólares al año.²⁶

Las compañías farmacéuticas son empresas privadas y, como tales, persiguen el objetivo de cualquier empresa privada: mejorar su rentabilidad, incrementar sus ingresos. El fin de mejorar la salud global no les es ajeno –se dedican a eso– pero, dada su naturaleza empresarial, es «natural» que ese fin quede en la mayoría de los casos subordinado al de maximizar beneficios.²⁷ Esperar que las empresas farmacéuticas hagan gala de un comportamiento prioritariamente prosocial resulta simplemente ingenuo. Esas empresas no fueron concebidas con ese fin, que solo suele ser perseguido salvo en la medida en que contribuye a, o por lo menos no obstaculiza, la consecución del objetivo propiamente empresarial de maximizar la rentabilidad.

Refiriéndose al negocio de la salud, el bioético norteamericano Edmund Pellegrino ha afirmado que el error de base está en haber permitido que la salud se haya convertido en una mercancía más.²⁸ Si admitimos que la atención sanitaria constituye una necesidad básica, fundamental y prioritaria, en la medida en que garantiza una mínima calidad de vida indispensable para la auto-realización humana, el ejercicio de la libertad y la misma acción humana; o si la consideramos un derecho humano, tal y como se reconoce en la Declaración Universal de 1948 (art. 25), entonces hemos de admitir que es también un derecho humano el acceso a los medicamentos esenciales, que son la base para cualquier programa de salud pública dirigido a reducir la morbilidad y la mortalidad. En este sentido, la Conferencia de Alma-Ata sobre la atención sanitaria primaria incluyó el suministro de medicamentos esenciales entre las actividades comprendidas en el derecho humano fundamental al cuidado de la salud (art. VII, Declaración de Alma-Ata, 1978, OMS/UNICEF):

Comprende [la atención sanitaria primaria], cuando menos, las siguientes actividades:

- la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes;
- la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico;
- la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia;

- la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
- el tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes;
- y el suministro de medicamentos esenciales.

Por ello, los medicamentos, al estar indefectiblemente ligados al derecho al cuidado de la salud, no son simples productos industriales, mercancías (*commodities*), sino que constituyen bienes públicos esenciales. Por lo tanto, no pueden estar sometidos únicamente a las reglas del mercado y de la competencia empresarial. La salud es un derecho básico que genera deberes de prestación, y la satisfacción de las necesidades relativas a la salud nunca debería haber quedado expuesta a las oscilaciones del mercado o a la voluntad de ciertos empresarios de sacrificar, por el bien común, algunos ingresos.

Sin embargo, ni siquiera es preciso recurrir a una afirmación tan utópica para defender las responsabilidades de las farmacéuticas con la salud de las poblaciones. También hay un argumento basado en la idea de reciprocidad. Muchas de las innovaciones que se atribuye la industria farmacéutica son producto de años y años de investigación básica y aplicada realizada en instituciones públicas de investigación, como las universidades, financiadas con fondos públicos y cuyos beneficios finales solo contribuyen a incrementar las cuentas de resultados de esas grandes empresas, en detrimento de su rentabilidad social, universal y pública. Así que, en el complejo proceso de investigación e innovación, la industria farmacéutica debe gran parte de su éxito a la inversión pública, la que pagamos con nuestros impuestos.²⁹

Pero además se puede decir que el sistema de patentes ni siquiera fomenta, en contra de lo que se ha defendido, la innovación farmacéutica. Los estudios sociales de la ciencia y la tecnología indican que el sistema de patentes está frenando el flujo de conocimiento y, en ese sentido, supone una rémora para la investigación y la innovación en vez de un estímulo. La utilización estratégica de las patentes para impedir o retrasar la competencia de los genéricos ha llevado a los fármacos «yo-también» (*me too*), que buscan la renovación de patentes mediante variaciones minúsculas o triviales de los productos existentes. La conclusión general de los expertos es que el régimen de patentes también provoca, contrariamente a su intención inicial, un aumento de

los costes que supone la innovación, reduciendo los incentivos para invertir en la misma y, por tanto, disminuyendo el nivel de innovación a nivel colectivo. Si entendemos al conocimiento como un valor fundamental de capital humano, los derechos sobre la propiedad intelectual son una barrera para la circulación de este capital en el mercado. Cuando las barreras de circulación del conocimiento son menores, aumenta el nivel de innovación.³⁰

En este trilema entre la viabilidad de las empresas farmacéuticas (para la cual han de ser rentables y producir beneficios), la necesidad de innovación y el derecho al acceso a los medicamentos, se sitúa la propuesta del *Health Impact Fund*.

c. El Health Impact Fund. Pragmatismo al servicio de la salud global

En un mundo ideal, el objetivo prioritario de la innovación farmacéutica debería ser mejorar la salud global, y ser recompensada por ello. El Fondo de Impacto para la Salud, o *Health Impact Fund* (HIF), es una propuesta que persigue precisamente eso. Concebida por el filósofo Thomas Pogge, el HIF consiste en un sistema de incentivos para que las compañías farmacéuticas reorienten su I+D hacia aquellas áreas terapéuticas más importantes a nivel global. Ese sistema de incentivos permite simultáneamente que las compañías farmacéuticas puedan vender sus medicamentos, sin perder dinero, a un precio uniformemente bajo, eliminando así el problema de acceso a los mismos por parte de los más pobres y necesitados.

El Fondo de Impacto para la Salud es una bolsa económica a la que contribuyen anualmente los Estados participantes, y que se reparte entre las empresas del ámbito farmacéutico que concurren a esta modalidad de pago, en función del impacto que tiene la nueva molécula validada en el cómputo de la salud global. Esas empresas reciben anualmente, durante un período de 10 años, una parte del HIF proporcional al impacto de su innovación. El impacto del nuevo fármaco se mide siguiendo un indicador habitual en economía de la salud: los años de vida ajustados a calidad de vida o *quality adjusted life years* (QALYs). Por ejemplo, si todos los productos registrados en un año han conseguido un impacto equivalente a un incremento de 100.000 años de

vida con calidad, y una de esas empresas es responsable de haber generado 10.000 QALYs, entonces recibiría un 10% del HIF. Se espera que el Fondo cuente con una base de unos 6.000 millones de dólares anuales, de los cuales esa compañía cobraría 600 millones anualmente durante un período de 10 años. Es decir, en un solo año el beneficio para la farmacéutica habría triplicado la inversión media estimada de desarrollo y comercialización. Con incentivos de esta magnitud se crean las condiciones bajo las cuales las farmacéuticas tienen una motivación estrictamente comercial para preocuparse por las enfermedades huérfanas. A cambio de esos pagos, renuncian a vender ese medicamento por encima del precio de producción, lo que garantizaría el acceso de esos nuevos fármacos a todas las personas, con independencia de su poder adquisitivo.

El HIF requiere una contribución sustancial, y el compromiso de hacerla durante un período de varios años, por parte de los Estados participantes. El objetivo ideal de que el Fondo cuente con 6.000 millones de dólares anuales se conseguiría fácilmente si todos los Estados de la Unión Europea contribuyesen con un 0,03 de su Producto Nacional Bruto, o si solo Estados Unidos lo hiciera. Un 0,03 del PNB en España equivale a unos 370 millones de euros, es decir menos de 10 euros por habitante.³¹ A cambio, los Estados dispondrían de ese medicamento a muy bajo precio.

El HIF es una medida pragmática en el sentido de que, asume el *ethos* empresarial de las farmacéuticas y lo utiliza al servicio del bien común global. Esto es, porque consigue alinear los intereses privados de las farmacéuticas con el interés colectivo de la salud global. El HIF es una estrategia cooperativa beneficiosa para todas las partes implicadas (de estructura «win-win»). Beneficia, por una parte, a decenas de miles de enfermos que hasta ahora no pueden costear el precio de los medicamentos esenciales. En segundo lugar, beneficia a las farmacéuticas, que pueden ampliar el espectro de sus intereses comerciales a aquellos productos que no podrían ser rentables siguiendo el régimen tradicional de patentes, y que se podrán ahorrar cuantiosas inversiones en *marketing*.³² Por último, los Estados participantes, aunque son quienes financian el sistema, también se ven beneficiados al disponer de medicamentos para sus ciudadanos a un precio equivalente al bajo coste de producción. Los sistemas públicos de salud –y quienes contribuimos a su mantenimiento con

nuestros impuestos– nos ahorraríamos, como mínimo, el sustancial incremento de precio derivado del *marketing* y la promoción de los medicamentos que las compañías farmacéuticas repercuten en el precio final de sus fármacos.³³

II. Responsabilidades con respecto a la pobreza global

La muerte por pobreza, en contra de lo que muchas veces se cree, no es un problema inabarcable. Aunque las cifras oscilan considerablemente, algunos han estimado que bastarían 19.000 millones de dólares anuales para acabar con la desnutrición mundial. 19.000 millones de dólares es la cantidad que se gasta anualmente el mundo en maquillajes o en perfumes.³⁴ El gasto necesario anual para reducir a la mitad la pobreza mundial se estima en 125.000 millones de dólares, una cifra que es, en el momento en el que escribimos esto, prácticamente idéntica al coste del rescate financiero en España durante la crisis que comenzó en 2008.³⁵ El esfuerzo anual necesario para eliminar la pobreza global (unos 300.000 millones de dólares) es tres veces lo que se gastan cada año los habitantes de Estados Unidos en alcohol. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, el gasto mínimo necesario *per cápita* para cubrir las necesidades y servicios básicos (agua potable, saneamientos, etc., cuya ausencia es responsable de gran parte de las muertes por enfermedad) de una persona asciende a 44 dólares anuales.³⁶ Los programas de la OMS para evitar muertes causadas por malaria, diarrea, infecciones respiratorias y sarampión cuestan 234 euros por vida salvada.

Según Milanovic, las personas que tienen un salario igual o superior a 15.000 euros anuales, forman parte del 5% más rico de la población mundial. Si donasen el 10% de sus ingresos, todavía formarían parte del 6,2% más rico de la población mundial. El 10% más rico de la población mundial detenta el 85% de la riqueza global, mientras que el 10% más pobre solo dispone del 0,035%. ¡El 1% más rico dispone del 39,9% de la riqueza mundial!³⁷

Lo que cuesta el tratamiento antiparasitario para un menor se valora en 0,37 euros. Lo que cuesta prevenir un caso de malaria se valora en 1 euro y

35 céntimos, y el coste de vacunar por completo a un niño en 11,15 euros. Existen organizaciones mundiales, como Oxfam, Unicef, o ACNUR, acreditadas por su eficacia en el uso de los recursos empleados en ayuda humanitaria y al desarrollo. Hay otras menos conocidas, que se someten periódicamente a evaluaciones de eficiencia y transparencia, algunas de las cuales (por ejemplo *Against Malaria Foundation*, o *Schistosomiasis Control Initiative*) puntúan muy alto en los *rankings* de calidad existentes sobre ayuda al desarrollo (por ejemplo, www.givewell.org).

Duplicar la riqueza de las cuatro quintas partes más pobres de la población mundial tan solo le costaría, al restante 20%, (dentro del cual nos encontramos quienes escribimos esto y, nos atrevemos a decir, probablemente también usted), un 8,7% de sus ingresos. Y al 1% más rico, le costaría solo un 15% de lo que tienen.³⁸

La solución al problema de la pobreza está, lo señalábamos en la introducción, al alcance de nuestra generación. Nunca antes la desigualdad global había adquirido proporciones tan elevadas, pero nunca antes habíamos tenido una capacidad comparable para erradicarla. ¿Qué motivos nos faltan para comenzar a afrontar con determinación esa responsabilidad? Una razón que las personas aducen para no donar dinero a organizaciones eficaces y fiables de ayuda contra la pobreza, es que esa ayuda debería ser gestionada por los Estados, y pagada con impuestos. ¿Realmente nos preocupa que nuestros gobiernos asuman esa responsabilidad?

España ha recortado desde 2012 su contribución en Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en más de un 50%. La AOD española nunca estuvo a la altura de la de otros países de Europa como Suecia u Holanda, que superan con creces el famoso 0,7%. Ni siquiera en los tiempos de bonanza (en 2008 alcanzó el 0,5%). Actualmente, nuestra AOD se ha desplomado hasta quedar en un raquítico 0,15% de la Renta Nacional Bruta. ¡Por debajo incluso de la media mundial (0,20%)! Nuestros gobiernos no contribuyen con lo que matemáticamente les correspondería para combatir la pobreza. Como resultado, sigue siendo un hecho que cada minuto se producen 21 muertes de niños por causas evitables y que algunas de esas muertes, podrían ser evitables por cualquiera de nosotros. Cabría esperar de quienes estiman que la responsabilidad de combatir la

pobreza es estatal, que por lo menos ejercieran presión democrática cuando sus gobiernos adoptan decisiones de este tipo, con un impacto cuantificablemente funesto para tantos miles de personas.

¿Tienen los más ricos del mundo el deber de combatir la pobreza?

Se suelen aportar dos tipos de razones morales para justificar que nosotros, las personas que vivimos confortablemente en los países más ricos del mundo, debemos combatir la pobreza global. El primer tipo lo conforman razones morales de tipo *asistencial*. Peter Singer ha articulado el más famoso argumento que representa este enfoque. Si usted se encuentra en un parque y descubre que un niño se está ahogando en un estanque, decidir no salvarle la vida, pudiendo hacerlo, porque eso arruinaría su par de zapatos preferidos, resultaría una atrocidad moral. La mayoría estamos de acuerdo con esto. Si ese niño no se estuviera muriendo aquí, sino a miles de kilómetros, y lo único que hiciera falta para salvar su vida fuera pagar a una organización lo que cuesta un buen par de zapatos, ¿estaríamos igualmente obligados? Singer argumenta que, en efecto, lo estaríamos. Para ello, su argumento precisa de dos premisas: la distancia no es moralmente relevante, y el hecho de que haya más personas que podrían salvar esa vida tampoco es relevante. Cuando alguien se encuentra en condiciones de salvar la vida a otra persona, sabe que si no actúa esa persona morirá, y sabe que al actuar no sacrificará nada moralmente tan relevante como lo que supone la pérdida de una vida, entonces tiene la obligación de actuar. Cuando hay personas que se encuentran en una situación de sufrimiento y necesidad extremos, y nosotros nos hallamos en una situación que nos permite reducir ese sufrimiento y cubrir esa necesidad, tenemos, afirma Singer, el deber moral de asistir a esas personas, aunque eso implique un coste para nuestro bienestar, siempre y cuando ese coste no comprometa nada que se acerque en importancia a no salvar una vida.³⁹

El tipo de deber del que habla Singer es un deber de tipo positivo porque su cumplimiento no requiere una mera abstención o una no-interferencia, sino que, al contrario, impone una asistencia.⁴⁰

Una de las principales objeciones que recibe el argumento elaborado por Singer es que cuestiona la distinción, clásica en filosofía moral, que se establece entre lo obligatorio y lo elogiable (o supererogatorio), esto es, entre, por un lado, lo que es correcto hacer y sería incorrecto no hacer y, por otro, lo que está bien hacer pero no es incorrecto no hacer, entre lo correcto y lo bueno, entre una moral de mínimos y una de máximos, entre la justicia y la excelencia. Muchas personas tienen la convicción de que no somos tan responsables de los daños que simplemente permitimos, como de aquellos que causamos directamente. ¿Es errónea esa intuición? Si *matar* y *dejar morir* fueran equivalentes, todos seríamos homicidas. Los Estados y los individuos, se critica a Singer, tienen el deber de no obstaculizar el florecimiento ajeno (eso sí es obligatorio), pero no el deber de garantizarlo (esto último es supererogatorio).⁴¹ Al borrar la distinción entre lo obligatorio y lo supererogatorio, este enfoque nos compromete con una ética demasiado exigente, irrealizable, «de santos».

El segundo tipo de razones está basado en las ideas de *contribución* y *autoría en el daño*. Thomas Pogge es el filósofo más representativo de esta versión. Su tesis es que tenemos el deber de aliviar el daño que sufren los pobres de los países menos desarrollados porque hemos contribuido a crearlo (somos autores de ese daño), o bien porque estamos contribuyendo a perpetuarlo. Pogge no niega que tengamos buenas razones de asistencia para salvar a quienes se encuentran en situaciones de extrema pobreza. Sin embargo, cree que es erróneo centrarse en ese tipo de razones cuando razones de no dañar están en juego. Según Pogge, debemos dejar de pensar los deberes con respecto a la pobreza del mundo en clave de ayuda. Asumiendo la preponderancia que el pensamiento liberal concede a los deberes negativos, Pogge entiende que la pobreza es la consecuencia de la violación de una libertad, de la violación del derecho negativo que tienen los pobres del mundo a no verse privados de lo que les pertenece y a no verse obstaculizados en su camino hacia la prosperidad.⁴² Ese derecho genera en nosotros un deber también de tipo negativo: la prohibición de dañar a los pobres del mundo, y la de compensarles por el daño que les hemos causado. El daño, estima Pogge, les es causado tanto de manera individual como institucional. Pogge da una mayor importancia a los daños institucionales pasados y presentes perpetrados con-

tra los pobres que les impide disfrutar de sus derechos más básicos: esclavitud, guerras de agresión y conquista, dominio colonial, apropiación unilateral de sus recursos naturales, explotación de sus poblaciones, derrocamiento de iniciativas democráticas redistributivas, imposición de gobiernos-títere y dictadores favorables a los intereses coloniales, programas de ajuste estructural, proteccionismo comercial, *dumping*, venta de armas, paraísos fiscales, cobro de deuda odiosa, derechos de propiedad intelectual y patentes, y flujos ilícitos de capital de los países pobres a las potencias occidentales. Institucionalmente, nuestros gobiernos deben realizar reformas que reduzcan la desigualdad global: reducir los flujos financieros ilícitos, reducir el proteccionismo comercial y abrir los países ricos a los mercados de los países pobres, establecer un sistema de impuestos que grave la explotación de los recursos naturales para distribuirlos globalmente (*global resources dividend*), implementar medidas como el *Health Impact Fund*. Individualmente, alguien viola los derechos negativos de los pobres (no absteniéndose de obrar de una forma que les priva de lo que les pertenece) cada vez que deposita su dinero en un banco que invierte en armas, en especulación financiera o en blanqueo de capitales, cuando los médicos aceptan obsequios de compañías farmacéuticas, lo cual repercute en el precio de venta al público de un medicamento y limita su disponibilidad, cada vez que consume productos de empresas explotadoras o con una alta huella ecológica en países en desarrollo, cuando fomenta la esclavitud sexual y el tráfico de personas alimentando la demanda de prostitución,⁴³ cada vez que vota a políticos que apoyan y negocian con gobiernos corruptos y élites políticas que custodian y promueven desigualdades radicales en países pobres. Esas violaciones de derechos negativos son incumplimientos de deberes negativos correlativos, que prohíben dañar a los pobres y, según Pogge, obligan a compensar por esos daños mediante los medios que están al alcance de quien ha participado en esas violaciones: promoviendo cambios sociales y políticos en esa dirección, presionando a nuestros gobiernos, compensando por los beneficios obtenidos ilegítimamente, por ejemplo, donando una parte de nuestros ingresos a ONGs destinados a la lucha contra la pobreza.

En definitiva, según Pogge, nuestro deber de reducir la pobreza global es un deber de justicia, y no solamente de beneficencia. Es un deber que se origina

en nuestra participación en la existencia y perpetuación de esa pobreza, y que nos obliga a no contribuir ni mantener un orden institucional global injusto y a rectificar la injusticia creada por nosotros o de la que nos hemos beneficiado indebidamente.

El argumento de Pogge ha recibido numerosas críticas. Steinhoff llama la atención sobre la incorrección, cometida por Pogge, de clasificar los deberes de reparación como deberes negativos. Comparte además, con otros críticos, la objeción de que, en contra de lo defendido por Pogge, la responsabilidad de la pobreza no puede ser atribuida a los individuos de los países más ricos.⁴⁴

En un sentido, la tesis de Pogge es menos arriesgada que la de Singer, y en otro sentido, lo es más. El argumento de Singer se basa en hechos menos controvertidos –resulta difícilmente cuestionable que hay muchas vidas que podríamos salvar y que tenemos la posibilidad de ayudar de forma decisiva a salvarlas–, pero descansa en una premisa moral más discutible –que tenemos la obligación moral de aliviar el sufrimiento allí donde se produzca aunque al hacerlo no sacrifiquemos algo de relevancia moral equivalente. Posiblemente resulta más popular la premisa normativa de Pogge, de naturaleza estrictamente liberal, a saber, que uno solo tiene la obligación de no dañar. Sin embargo, la premisa fáctica de acuerdo con la cual estamos violando el derecho de los pobres del mundo a no ser dañados, es obviamente más discutible que la de Singer.⁴⁵

Un argumento moral puede ser más o menos correcto, en el sentido de tener mayor o menor fuerza argumentativa y estar respaldado por premisas más o menos sólidas.⁴⁶ Una cuestión diferente es si resulta convincente.⁴⁷ Y es que no es lo mismo argumentar que persuadir. Un argumento es convincente cuando, con independencia de su validez interna, tiene de hecho capacidad para cambiar la opinión de quien lo escucha –en caso de que no estuviera inicialmente de acuerdo– o apuntalarla –en caso de que coincidiera inicialmente con lo argumentado. La cuestión de la capacidad persuasiva de un argumento es un asunto más empírico que normativo. Su performatividad tiene que ver con la retórica y con elementos emocionales y cognitivos relacionados con la motivación para actuar. En el problema que nos ocupa tiene importancia práctica, pues los dos tipos de argumentos que hemos visto

acaban siendo muy comprometedores para los más privilegiados del planeta, que podrían verse impelidos, en caso de ser persuadidos por ellos, a tomar iniciativas para combatir la pobreza. ¿Son, de hecho, convincentes estos argumentos?

Uno de los proyectos coordinados desde *Academics Stand Against Poverty*⁴⁸ investiga precisamente los factores que motivan a las personas a tomar la iniciativa de combatir la pobreza.⁴⁹ En un estudio llevado a cabo, se enfrentó a estudiantes universitarios estadounidenses y españoles a los argumentos referidos más arriba de Singer y Pogge. El estudio comprobó que, comparada con quienes no leyeron ninguno de esos argumentos, una proporción significativamente más alta de quienes sí leyeron uno de esos argumentos, creían que tenían la obligación moral de donar a organizaciones para el alivio de la pobreza y, de hecho, estaban dispuestos a donar una parte mayor de su dinero con ese fin.⁵⁰

Conclusiones

En este trabajo hemos mostrado que la pobreza y la enfermedad globales son fenómenos íntimamente relacionados. Tienen que ver con graves déficits en la distribución de los recursos existentes, no en la ausencia de los mismos. La pobreza tiene múltiples causas, pero su solución solamente podría venir de la mano de cambios en el régimen institucional y comercial que gobierna las relaciones entre los países de la parte más rica y los de la más empobrecida del planeta. Que el problema de la pobreza tenga un componente antropogénico y una solución también humana debe ser interpretado como una buena noticia, pues significa que está en nuestras manos la posibilidad de hacer que el mundo sea menos injusto. Hemos defendido que esa responsabilidad es compartida por instituciones e individuos, que tenemos deberes subsidiarios de exigir a nuestros gobiernos que empleen modos no explotadores de relacionarse con los países del sur, y también deberes directos de combatir la pobreza. Siguiendo algunos debates en filosofía política contemporánea sobre justicia global, hemos descrito dos modos comunes de concebir y justificar la existencia de esos deberes, sin llegar a tomar partido por uno u otro tipo. Al

margen de la cuestión sobre la validez o verdad de los argumentos ofrecidos por los filósofos Thomas Pogge y Peter Singer, hay indicios empíricos de que los argumentos filosóficos relacionados con los deberes para con los más pobres tienen de hecho capacidad para influir en las *creencias* y en el comportamiento de los agentes. Esto supone un aliciente para la implicación de la reflexión filosófica en los debates sobre la salud global.

Bibliografía

- Ausin, T. «Conflicto de valores en la investigación farmacéutica: entre la salud pública y el mercado», *Arbor* 184, (730) 2008, págs. 333-345.
- «Tomando en serio los derechos de bienestar», *Enrahonar* 40/41, 2008, págs. 83-98.
- Benatar, S. R. «Global disparities in health and human rights: a critical commentary», *Am J Public Health* 88(2), 1998, págs. 295-300.
- Bermejo, L. *Falacias y argumentación*. Madrid: Plaza y Valdés, 2014.
- Collier, P. y Úbeda, V. *El club de la miseria*, Turner, 2012.
- Farmer, P. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, 2004.
- Gloyd, S. *Debilitar a los pobres: el impacto de los programas de ajuste estructural. El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*. Fort, M., Mercer, M. y Gish, O. Barcelona: Paidós, 2006, págs. 97-122.
- Lawford-Smith, H. «The Motivation Question: Arguments from Justice and from Humanity», *British Journal of Political Science* 42(3), 2012, págs. 661-678.
- Leonard, A. *The Story of Stuff: How Our Obsession with Stuff Is Trashing the Planet, Our Communities, and Our Health-and a Vision for Change*, Free Press, 2010.

- Milanovic, B. *Global Income Inequality by the Numbers: in History and Now –An Overview–*, The World Bank. Development Research Group. Poverty and Inequality Team, 2012.
- Molina, A. «¿Normal o patológico? El enfermo imaginario en la tierra de nadie», *Arbor*, 189 (763), 2013.
- Nozick, R. *Anarchy, State, and Utopia*, Basic Books, 2013.
- Patel, R. *Obesos y famélicos. El impacto de la globalización en el sistema alimentario mundial*. Barcelona: Los Libros del Lince, 2008.
- Pellegrino, E. D. «The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic», *J Med Philos*, 24(3): 243-266, 1999.
- Pogge, T. W. *World Poverty and Human Rights: Cosmopolitan Responsibilities and Reforms*. Wiley, 2002.
- *Politics as Usual: What Lies Behind the Pro-Poor Rhetoric*. Wiley, 2013.
- y Unesco. *Freedom from Poverty as a Human Right: Who Owes what to the Very Poor?* United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization, 2007.
- Pollack, R. y O'Rourke, L. *Off the Charts: Pay, Profits, and Spending by Drug Companies*. Junr. Washington, D.C.: Families USA, 2001. Disponible en: <http://www.actupny.org/reports/drugcosts.html>.
- Ravelli, Q. *La stratégie de la bactérie: biographie sociale d'une marchandise médicale*. Seuil, 2015.
- «Les dessous de l'industrie pharmaceutique. Itinéraire d'un médicament ordinaire», *Le Monde Diplomatique*, nº 730, año 62, enero de 2005: 14-15.
- Singer, P. *The Life You Can Save: How to play your part in ending world poverty*, Pan Macmillan, 2010.
- Steinboff, U. «Why "We" Are Not Harming the Global Poor: A Critique of Pogge's Leap from State to Individual Responsibility», *Public Reason* 4 (1-2): 119-138, 2012.

Notas

1. UNICEF, *Levels & Trends in Child Mortality*, Report 2014. Disponible en: http://www.childmortality.org/files_v19/download/unicef-2013-child-mortality-report-LR-10_31_14_195.pdf.
2. Collier y Úbeda, 2012.
3. La mitad de esos 60 millones son estadounidenses (los ciudadanos pertenecientes al 12% más rico de Estados Unidos). Los restantes 30 millones lo componen el 5% más rico de los británicos, franceses, alemanes y japoneses, y el 1% más rico de otros países como España, Portugal, Italia, México, Brasil, Rusia y Sudáfrica (Milanovic, 2012).
4. Pogge, 2013.
5. Oxfam ha presentado un informe con el escalofriante dato de que una de cada nueve personas en el mundo carece de alimentos suficientes para comer y más de 1.000 millones de personas viven con menos de 1,25 dólares al día, al mismo tiempo que se calcula que en 2016 el 1% de la población mundial tendrá más dinero que el 99% restante. Disponible en: <https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com/sites/default/files/documentos/files/riquezaTenerloTodoQuererMas190115.pdf>.
6. 100.000 millones de euros, es decir 124.619 millones de dólares.
7. Disponible en: <http://www.npr.org/blogs/money/2012/06/19/155366716/what-america-spends-on-booze>.
8. Disponible en: <http://healthimpactfund.org/>.
9. Pogge, 2002.
10. Datos del Comité para la Anulación de la Deuda del Tercer Mundo: disponible en: <http://www.cadtm.org>.
11. Gloyd, 2006.
12. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2014/05/29/global-food-price-increase-august-2012>.

13. Conglomerados de agronegocios que combinan colonialismo y control sobre los canales de producción, distribución, *marketing* y financiación. Véase el caso de la United Fruit Company en Patel, 2008: 99 y ss.
14. Benatar, 1998.
15. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/>.
16. Disponible en: <http://www.gapminder.org/data/>.
17. Disponible en: <https://aids.gov/federal-resources/around-the-world/global-aids-overview/>.
18. Farmer, 2004: 203.
19. Farmer, 2004: 317.
20. Hace varias décadas se desarrollaron antibióticos para curar la tuberculosis. Sin embargo, la bacteria se ha hecho resistente, lo que hace que ya no sean eficaces en muchos casos. Actualmente, el tratamiento más eficaz contra la tuberculosis requiere una combinación de isoniacida y rifampicina. Disponible en: <http://en.wikipedia.org/wiki/Tuberculosis#Management>.
21. Farmer, 2004: 305. Los datos en los que se basa Farmer son antiguos. Posiblemente, el coste medio actual es sustancialmente mayor. Según Forbes, es coste ascendería a 5.000 millones de dólares, oscilando entre los más de 10.000 millones por medicamento de las compañías farmacéuticas Abbott y Sanofi hasta los 26 y 15 millones de otras más modestas, como Lev y OMRIX. Disponible en: <http://www.forbes.com/sites/matthewherper/2013/08/11/the-cost-of-inventing-a-new-drug-98-companies-ranked/>.
22. Caso Glaxo-Wellcome contra Ghana por haber producido el antirretroviral Combivir[®], y caso Novartis contra India por haber comercializado un genérico del medicamento oncológico Glivec[®]. Disponible en: <http://www.future-science.com/doi/pdf/10.4155/ppa.12.72>. Sobre este asunto, Ausin, 2008.
23. Pollack y O'Rourke, 2001.
24. Ravelli, 2015b. Véase también: <http://www.monde-diplomatique.es/?url=articulo/0000856412872168186811102294251000/?articulo=9992285cd8e4-4705-8f4f-d75bf7e12afd> (Ravelli, 2015).
25. Molina, 2013.
26. «Artimañas de las farmacéuticas para publicitar sus medicamentos sin mencionar riesgos». Suplemento de Salud de *El Mundo*, 20 de noviembre de 2002. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2002/11/20/medicina/1037789226.html>.
27. Existen casos, cada vez menos excepcionales, de directores ejecutivos de empresas que, deliberadamente, han tomado la decisión de renunciar a un crecimiento empresarial máximo cuando entendieron que incrementar sus cifras de negocio era incompatible con el cumplimiento de objetivos sociales considerados por ellos como éticamente valiosos. Es el caso de Yvon Chouinard, fundador de la empresa textil Patagonia[®].
28. Pellegrino, 1999.
29. A modo de analogía, cabría argumentar que, si a un productor agrícola le ofrezco de forma gratuita la tierra en la que cultiva, me da derecho a obtener una parte de su producción, o a un precio reducido de la misma. Si ese agricultor, que está cultivando en mi tierra, me vendiera los frutos de su trabajo al precio que le proporcionara mayor rentabilidad, podría pensarse que me está engañando.
Es bien conocido el caso de la Universidad de California, Berkeley, que en noviembre de 1998 firmaba un acuerdo con Novartis, que hizo una donación de 25 millones de dólares al Departamento de Microbiología. En contrapartida, la universidad pública concedía al gigante suizo de farmacia y biotecnología el derecho de apropiarse de más de una tercera parte de los descubrimientos generados por los investigadores del departamento (incluidos los financiados por el Estado de California o por el Gobierno Federal), así como de negociar las patentes de invención derivadas de ellos. Además, la universidad concedía a Novartis el control de dos de las cinco sedes del comité de investigación del departamento, encargado de recaudar fondos para la investigación. Un ejemplo más del nuevo modelo

de «cooperación» entre las universidades y el sector privado, que despliega con agresividad la lógica del lucro en el ámbito académico e investigador público. Véase Ibrahim Warde, «La educación superior, vampirizada por las empresas», *Le Monde Diplomatique*, edición Cono Sur, número 22, abril de 2001, 28-29.

Otro tanto sucede con el fármaco Sovaldi, de actualidad en España, desarrollado gracias a 33 proyectos de investigación financiados con dinero público durante más de dos décadas. Disponible en: <http://lacienciaydemonios.com/2015/01/13/el-caso-del-medicamento-sovaldi-contrala-hepatitis-c-como-ejemplo-de-la-ruinosa-privatizacion-de-la-investigacion-biomedica/>.

30. Fundación Urrutia Elejalde. *Winter Workshop on Economics and Philosophy: «Do patents promote innovation? And copyright creativity?»*. Disponible en: <http://urrutiaejalde.org/2007/05/20/do-patents-promote-innovation-and-copyright-creativity/>.
31. Entre 2006 y 2011, en España el gasto farmacéutico anual por habitante fue de 259 euros. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com>. El gasto militar anual por habitante en España fue de 368 euros. Disponible en: <http://www.principiamarsupia.com/2012/08/28/el-gasto-militar-de-espana-en-cifras-sencillas/>.
32. Las compañías farmacéuticas podrán seguir eligiendo el sistema tradicional de libre mercado para otros medicamentos.
33. Por supuesto, países como España, Italia o Estados Unidos tendrían muchos otros beneficios indirectos, como los derivados de la reducción de las enfermedades infecciosas y la mayor prosperidad de sus países vecinos del Sur, y el consiguiente ahorro que supondría para esas potencias en sus costosas políticas actuales de inmigración. Según un informe de Amnistía Internacional, la Unión Europea gastó cerca de 2.000 millones de euros en proteger sus fronteras externas entre 2007 y 2013, mientras que solo dedicó 700 millones a mejorar la situación de las personas refugiadas y solicitantes de asilo en su territorio durante el mismo periodo. Según el mismo informe: «España es uno de los países en Europa en que la diferencia entre el presupuesto destinado para el control

de fronteras y el que se dirige a mejorar la situación de las personas refugiadas y solicitantes de asilo es mayor: 289.394.768,35 euros frente a 9.342.834,5 euros entre los años 2007 y 2013». Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/noticias/noticias/articulo/las-politicas-migratorias-de-la-ue-ponen-en-peligro-vidas-y-derechos/>.

34. Leonard, 2010: 146. Según Naciones Unidas, el coste de terminar con el hambre asciende a 30.000 millones de dólares al año. Se trata de una cantidad considerable. Sin embargo, palidece al compararlo con el producto global bruto: resolver todas las crisis alimentarias durante un periodo de 10 años equivaldría al 1% del producto global bruto de un solo año.
35. 100.000 millones de euros, es decir 124.619 millones de dólares.
36. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Part2.pdf.
37. Milanovic, 2002.
38. Pogge, 2013: § 5.4, pág. 106.
39. Singer deja a la honesta capacidad de argumentar de cada cual la justificación de lo que es tan importante que no puede sacrificar por salvar una vida: «“Nearly as important” is a vague term. That’s deliberate, because I’m confident that you can do without plenty of things that are clearly and inarguably not as valuable as saving a child’s life. I don’t know what *you* might think is as important, or nerarly as important, as saving a life. By leaving it up to you to decide what those things are, I can avoid the need to find out. I’ll trust you to be honest with yourself about it» (Singer, 2010: 17).
40. Los deberes positivos generalmente son correlativos a derechos «positivos», o «de prestación», *a tener, recibir o adquirir algo*. Prototípicamente, aunque no siempre, los derechos positivos coinciden con los llamados derechos «socioeconómicos y culturales», de «bienestar» o de «segunda generación». Resulta, sin embargo, problemático creer que siempre se da esa ecuación, ya que hay derechos civiles, o «negativos», como el derecho a un juicio justo, que también requieren prestaciones (una administra-

- ción de justicia), así como derechos socioeconómicos que simplemente requieren una abstención por parte del Estado (el derecho al descanso). Véase al respecto (Ausin, 2008).
41. El pensamiento liberal se ha defendido en la prioridad de las libertades, relegando a un segundo plano la defensa de los derechos de bienestar. En sus versiones más extremas contemporáneas (Nozick, 2013), se defiende que los gobiernos deben únicamente ocuparse de garantizar las libertades civiles y políticas, mientras que el respeto de los derechos socioeconómicos y culturales constituye un *desideratum* moral pero no estrictamente un derecho del que emane un deber jurídico de protección. Este planteamiento liberal ha calado en la concepción común acerca de los deberes individuales, y en la jerarquía normativa que implícita o explícitamente se atribuye a los deberes positivos y negativos: se asume comúnmente que los deberes negativos tienen prioridad sobre los positivos. Por ejemplo, se tiende a creer que los deberes asistenciales de dar de comer a quien está desnutrido, de ofrecer atención sanitaria a quien está enfermo, o de ofrecer alojamiento a quien no lo tiene, no alcanzan el rango de importancia y de prioridad de que gozan los deberes negativos de no matar, no agredir o no violar. Con la *tesis de la preponderancia de los deberes negativos* nos referimos a esa creencia común de que los deberes negativos son más vinculantes y perentorios (*stringent*) que los positivos, en el sentido de que imponen obligaciones cuyo incumplimiento es moralmente más grave.
42. Pogge y Unesco, 2007.
43. Al respecto, véase el monográfico número 16 de *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, (2014), coordinado por Ana de Miguel Álvarez y Esther Torrado Martín-Palomino (<http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/issue/view/17/showToc>), incluida una entrevista a Amelia Valcárcel, quien reconoce su perplejidad al preguntarse por qué los varones de nuestras sociedades consumen sexo. «Para mí esa es la incógnita y no se me ocurre más que explicaciones que comprometen a lo que llamamos simbólico. [...] Mi hipótesis es que se compra dominio».
44. Steinhoff, 2012.
45. El 25 de noviembre de 2014, Thomas Pogge impartió una conferencia en el Centro de Estudios Políticos y Constitucionales titulada «What are our duties towards the global poor». Pogge dedicó una amplia porción de su presentación a demostrar la validez de su premisa fáctica con datos actualizados sobre los efectos de las reglas y prácticas comerciales internacionales en la distribución desigual de la riqueza global.
46. Bermejo, 2014.
47. En el mismo sentido, Holly Lawford-Smith establece una distinción entre la «verdad» (*truth*) de un argumento y su «realizabilidad» (*feasibility*), Lawford-Smith, 2012.
48. *Academics Stand Against Poverty* (ASAP) es una organización internacional que tiene por misión coordinar e incrementar el impacto positivo de las iniciativas que se realizan desde la academia para luchar contra la pobreza. Disponible en: www.academicsstand.org.
49. Se trata del proyecto «Moral Psychology and Poverty Alleviation». Disponible en: <http://academicsstand.org/projects/moral-psychology-and-poverty-alleviation/>.
50. Buckland L., Krishnamurthi M., Lindauer M., Rodríguez-Arias D. y Véliz C. *Testing the Motivational Strength of Positive and Negative Duty Arguments Regarding Global Poverty* (investigación no publicada).

David Larios Risco

Vicepresidente de la Asociación Juristas de la Salud

Determinantes personales y colectivos de los problemas de salud: responsabilidad colectiva y responsabilidad profesional

1. Responsabilidad ética y jurídica

En ética, responder significa hacerse cargo de las consecuencias morales y materiales que produce una determinada conducta; la responsabilidad, por tanto, es un atributo irrenunciable de la *persona*, definida con toda sobriedad en términos kantianos como «*aquel sujeto cuyas acciones le son imputables*». Desde el punto de vista jurídico, la responsabilidad se define como la obligación de reparar los daños y perjuicios causados a las personas como consecuencia de acciones u omisiones.

Ambas definiciones apuntan en un mismo sentido: responder es hacerse cargo de los efectos que los actos propios tienen para los demás, concretándose tal responsabilidad en la obligación (ética o jurídica) de hacer frente a sus consecuencias negativas, de reparar el daño causado. Ambos enfoques comparten también unos mismos elementos: (i) existencia de una lesión física o daño moral infligido a una o más personas y (ii) atribución de las consecuencias de ese daño a un sujeto individual o colectivo mediante una relación de causa a efecto.

2. Responsabilidad profesional y responsabilidad colectiva

Nótese que hasta el momento no hemos hablado de si la actuación que causa el daño puede considerarse correcta o incorrecta; esta distinción nos conduciría a diferenciar entre lo que el Derecho llama responsabilidad *objetiva* (por el resultado) y responsabilidad *subjetiva* (por culpa). A continuación vere-

mos que la primera es una responsabilidad de tipo colectivo, en tanto que la segunda es individual.

En efecto, según la formulación clásica de la teoría de la responsabilidad *objetiva* o *sin culpa*, el responsable deberá hacer frente a la indemnización en que se valore el daño producido con su actuación, y ello con independencia de que tal actuación pueda ser considerada *correcta* (adecuada a las reglas de una buena práctica), *imprudente* (la que, no pretendiendo causar el daño, desatiende de forma negligente las reglas mínimas de cuidado y no evita, en definitiva, que el daño se produzca) o *dolosa* (la que intencionadamente se dirige a causar el daño).

De este modo, y en términos jurídicos, las administraciones, dispositivos y servicios sanitarios responderán de forma colectiva, como un único ente, por la actuación de las autoridades y personal a su servicio, y ello con independencia de que la actuación de sus agentes (directivos, técnicos o profesionales) haya sido correcta o incorrecta, siempre que de tal actuación se derive un perjuicio para los ciudadanos o para la colectividad que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal del servicio público. Esta responsabilidad es colectiva porque la Administración, que opera siempre a través de personas, responde por la actuación del conjunto de sus empleados, sin que tal responsabilidad se individualice en los profesionales intervinientes, salvo que la Administración ejercite la denominada *acción de repetición*, dirigida contra los profesionales causantes del daño, con el fin de que reintegren a la Administración lo pagado por su actuación siempre que haya sido calificada de dolosa o gravemente negligente; acción esta de la que, por cierto, no se conocen precedentes en el ámbito de la salud pública.

La copiosa jurisprudencia sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración ha estructurado una compacta doctrina que parte del art. 106.2 de la Constitución española para determinar que los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes o derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, resultando que la legislación ha estatuido una cobertura patrimonial de toda clase de daños producidos por la actividad de los servicios públicos entendidos como refe-

rentes de la actividad administrativa; de ahí que siempre que se produzca un daño para un particular sin que este venga obligado a soportarlo por disposición legal o vínculo jurídico, hay que entender que se origina la obligación de resarcir ese daño por parte de la Administración ya que, al operar el daño como mero hecho jurídico, es totalmente irrelevante para la imputación del mismo a la Administración que este haya sido causado en el estricto ejercicio de una potestad administrativa o en forma de mera actividad material.

Así, por ejemplo, responde la Administración (y no los técnicos actuantes) de los perjuicios derivados a comerciantes o industriales por las medidas cautelares o inmovilizaciones de mercancías percederas por los servicios de inspección sanitaria, aun siendo derivadas del funcionamiento normal de estos y en cumplimiento de sus funciones, siempre que tales medidas inflijan un daño económico o patrimonial al titular del establecimiento o industria.¹

Frente a ello, la responsabilidad profesional por daños producidos por uno o varios agentes de los servicios sanitarios puede ser exigida de forma individual, principalmente a través de la vía penal, pues no cabe acción civil contra los empleados públicos por el ejercicio de sus funciones para la Administración.

Podemos definir la responsabilidad profesional como la obligación (individual) de reparar el daño causado a una persona o personas como consecuencia de acciones u omisiones negligentes o intencionadas (responsabilidad subjetiva) por acciones u omisiones propias de quien ejerce una determinada profesión.

Así, la responsabilidad profesional se caracteriza por ser: (i) *subjetiva*, es decir, producto de una actuación negligente o intencionadamente dañosa, pues no cabe responsabilidad penal objetiva o sin culpa, (ii) *individual*, no cabe responsabilidad personal de un ente colectivo: el juez penal examinará la actuación de las personas de forma individual hasta determinar qué grado de responsabilidad (en su caso) tiene cada uno de los co-autores del daño, (iii) *agravada por el sujeto*, al que se le presupone una mayor cualificación y una posición de garante con respecto a la víctima del daño, una mayor capacidad para anticipar y prever las consecuencias de sus actos u omisiones que la que resulta exigible a un ciudadano corriente, (iv) *especial*, en el sentido de que hay delitos que solo pueden ser cometidos por empleados públicos, y

(v) *susceptible de aseguramiento* solo en lo relativo a la responsabilidad civil económica o patrimonial, pues no cabe el aseguramiento de la pena; no olvidemos que el profesional penalmente responsable ha de hacer frente no solo a la pena correspondiente (prisión o arresto y/o inhabilitación y/o multa), sino a la indemnización de los daños y perjuicios que haya causado su actuación en la cuantía y proporción que fije el juez (en caso de que exista más de un responsable).

Un reciente ejemplo de exigencia de responsabilidad penal a empleados públicos de servicios de salud lo encontramos en la denuncia presentada por la Central Sindical Independiente de Funcionarios (CSI-F) ante la Fiscalía Provincial de Madrid por la gestión de la crisis sanitaria provocada por el brote de Ébola, acusando al Director Gerente del Hospital La Paz-Carlos III de Madrid de carecer de un documento de evaluación de riesgos en relación con el tratamiento de casos de Ébola en el centro, y al Director Gerente del SUMA 112 de un presunto delito contra la salud y seguridad de los trabajadores, al considerar el sindicato denunciante que se ha puesto en riesgo al equipo de profesionales que atendió a los pacientes con Ébola por la falta de medidas organizativas y técnicas con las que tuvieron que enfrentarse al brote.

Así pues, mientras la responsabilidad profesional tiene carácter individual y es raramente exigible en materia de salud pública, la responsabilidad colectiva (patrimonial) de la Administración sanitaria, principal forma de responsabilidad en nuestro campo, tiene un claro trasfondo de solidaridad: responden los presupuestos públicos del pago de la indemnización de que se trate, lo que no supone sino un reparto de cargas, una redistribución de fondos públicos a favor de los ciudadanos que han sufrido un daño, daño ocasionado, en definitiva, por los servicios públicos a los que todos contribuimos. Es decir, todos respondemos del daño que los servicios públicos causen a unos pocos.

3. Responsabilidad colectiva y salud pública

Si, como afirma Victòria Camps (citando a Lawrence O. Gostin) en el apartado que abre esta publicación, la salud pública es la salud del *nosotros*, «aquello que *nosotros*, como sociedad, hacemos colectivamente para asegurar

las condiciones de una vida sana para el conjunto de la población», debemos aceptar que el primer y principal responsable de la salud colectiva es ese *nosotros*.

Pero, ¿quién es ese *nosotros*? En términos jurídicos, la respuesta es clara: los poderes públicos, las instituciones públicas, son el principal responsable de garantizar la salud colectiva. Y en un Estado democrático de Derecho ese «*nosotros*» se personifica en los tres poderes clásicos del Estado: legislativo, ejecutivo y judicial.

Al primero le corresponde la formulación de las grandes líneas de las políticas de salud pública a través de las leyes que votan los representantes de los ciudadanos en las cámaras legislativas estatales y autonómicas, y como tal es responsable, principalmente, de la tramitación y aprobación de tales normas, ya que, por lo general, la propuesta viene dada por el gobierno de turno (los denominados proyectos de ley), siendo minoritarias las leyes que se tramitan a iniciativa de las propias cámaras o de la ciudadanía, previo apoyo acreditado de 500.000 firmas obtenidas en un plazo máximo de 9 meses (las denominadas proposiciones de ley).

Pero es el poder ejecutivo, en términos tanto cuantitativos como cualitativos, el principal responsable de las políticas de salud pública. El gobierno, además de ejercer la iniciativa legislativa a través de la presentación de los proyectos de ley ante las mesas de las cámaras, ejerce la función ejecutiva, que le habilita para dictar reglamentos y actos administrativos a través de la Administración, que es el brazo ejecutor de las políticas públicas, el aparato que materializa las decisiones legislativas y reglamentarias y las traduce en medidas concretas de salud pública tales como la imposición de tributos especiales sobre el alcohol o el tabaco, la exigencia de una licencia previa a la apertura de un centro sanitario, la paralización de una partida de alimentos en mal estado o el establecimiento de una sanción a los motoristas que circulen sin casco. El gobierno, por tanto, es el encargado de la planificación, formulación, ejecución y control de las políticas, medidas y acciones de salud pública, y como tal, su máximo responsable.

Pero no todos los actos del gobierno están sujetos a responsabilidad jurídica, que en último término es exigida ante los órganos del tercer poder, el poder

judicial. Los actos políticos del gobierno están exentos de ese control y de esa responsabilidad, es decir, la decisión de construir uno, cuatro u ocho hospitales en una Comunidad Autónoma no es un acto fiscalizable por los órganos del poder judicial; se trata de un acto político del que, en su caso, responderá el gobierno de esa Comunidad en términos políticos, es decir, ante los representantes de los ciudadanos en las cámaras (grupos parlamentarios de la oposición) y, en último término, ante la ciudadanía, que deberá decidir si otorga o no su confianza a un gobierno que, por ejemplo, decide construir esos hospitales bajo fórmulas de gestión público-privada que comprometen el presupuesto en infraestructuras sanitarias públicas durante los próximos 40 años. Pero tal actuación está exenta de una responsabilidad jurídica. Los tribunales podrán controlar si, una vez tomada la decisión de construir el hospital, la fórmula contractual elegida es la correcta y si su ejecución se ajusta o se desvía de las normas sobre contratación pública, pero no sobre la decisión misma.

Así pues, las facultades (y responsabilidades) del poder judicial son limitadas en el control de los actos del gobierno, pero no de los actos de la Administración: los actos administrativos están plenamente sujetos al control de legalidad que ejercen los órganos de la jurisdicción contencioso-administrativa, de forma que las administraciones responden (de forma colectiva, como ya hemos dicho) de las actuaciones de sus agentes, en tanto que la responsabilidad profesional (individual) está sujeta al control de los órganos de la jurisdicción penal.

Una vez determinado que ese *nosotros*, el principal responsable en salud pública, es el gobierno y su brazo ejecutor (la Administración), debemos preguntarnos ¿de qué responde ese *nosotros*? Para dar respuesta a este segundo interrogante acudiremos a la clásica distinción entre actividades administrativas de *servicio público*, de *fomento* y de *policía*.

Entre las primeras, dirigidas a la prestación directa de servicios a los ciudadanos, destaca la asistencia sanitaria a la población protegida a través de los servicios públicos de salud (hospitales, centros de salud, centros de especialidades, dispositivos de transporte sanitario, etcétera...). Y en este punto debemos destacar que la responsabilidad de las administraciones sanitarias

no se produce únicamente por los daños producidos por sus actuaciones, sino también por la falta de acciones prestacionales o por la insuficiencia o inadecuación de estas. En este sentido resulta paradigmática la decisión del Tribunal Supremo, que condenó a la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha a abonar una indemnización de 800.000 euros a una menor gravemente afectada por secuelas derivadas de una meningitis C púrpura fulminante que padeció, pese a haber recibido la vacuna antimeningocócica A+C de polisacáridos en el año 1997, al entender que la Administración sanitaria había llevado a cabo una campaña de revacunación con información y población-diana insuficiente en el año 2000, fecha en que existía evidencia de la ineficacia de la vacuna anterior y en la que ya estaba disponible la nueva vacuna conjugada, cuya administración habría evitado a la menor las terribles consecuencias de la enfermedad que se trataba de evitar con las campañas de vacunación previas y posteriores.²

Entre las segundas, actividades de fomento, encontramos las que tienen como fin, bien incentivar determinadas actividades, prácticas o hábitos de vida que coadyuvan a la mejora de la salud colectiva (mediante, por ejemplo, la rebaja de impuestos o el otorgamiento de ayudas públicas a productores de alimentos orgánicos), o bien, desincentivar hábitos de vida que contribuyen al deterioro de la salud, sin llegar a su prohibición, mediante, por ejemplo, el establecimiento de impuestos especiales que gravan el consumo de tabaco y alcohol.

Por último, con las actividades de policía, aquellas desarrolladas por los poderes públicos por el pueblo y para el pueblo y no en ejercicio de un poder despótico (de ahí su denominación, derivada del término griego *polis*) para garantizar los derechos e intereses de los particulares frente a las actuaciones de terceros, lo que implica la limitación de las libertades individuales para alcanzar un orden social mínimo que beneficie a todos. En ejercicio de estas actividades de policía, el gobierno y la Administración controlan, limitan y, en último término, prohíben y sancionan actividades y conductas considerados perjudiciales para la salud colectiva, tales como el consumo de drogas ilegales, o la conducción sin el uso del cinturón o del casco, etcétera... , imponiendo de este modo verdaderas limitaciones a la libertad individual, al eliminar por completo las opciones de elegir para los ciudadanos en aspectos que el poder público considera altamente nocivos para la persona y para la colectividad.

La responsabilidad de los poderes públicos en la definición de políticas y en la ejecución de actuaciones de salud pública que implican limitaciones a la libertad individual es, sin duda, el terreno más resbaladizo desde el punto de vista ético y jurídico. De ahí que sea necesaria una evaluación cuidadosa de los riesgos reales y potenciales de la limitación, y que solo ante una clara evidencia de perjuicio para la salud sea legítima una intervención que elimina la opción individual.

Con el fin de ofrecer una forma útil de pensar acerca de las diferentes maneras en que las políticas de salud pública pueden afectar a la libertad de las personas, a sus opciones de elección, *The Nuffield Council on Bioethics* propone la siguiente «escala de intervención» de actuaciones en salud pública. Las medidas situadas en los puestos más altos de la escala son más intervencionistas y, por lo tanto, requieren una justificación más fuerte.³

<i>Eliminate choice.</i> Regulate in such a way as to entirely eliminate choice, for example through compulsory isolation of patients with infectious diseases.
<i>Restrict choice.</i> Regulate in such a way as to restrict the options available to people with the aim of protecting them, for example removing unhealthy ingredients from foods, or unhealthy foods from shops or restaurants.
<i>Guide choice through disincentives.</i> Fiscal and other disincentives can be place to influence people not to pursue certain activities, for example through taxes on cigarettes, or by discouraging the use of cars in inner cities through charging schemes or limitations of parking spaces.
<i>Guide choices through incentives.</i> Regulations can be offered that guide choices by fiscal and other incentives, for example offering tax-breaks for the purchase of bicycles that are used as a means of travelling to work.
<i>Guide choices through changing the default policy.</i> For example, in a restaurant, instead of providing chips as a standard side dish (with healthier options available), menus could be changed to provide a more healthy option as standard (with chips as an option available).
<i>Enable choice.</i> Enable individuals to change their behaviours, for example by offering participation in an NHS 'stop smoking' programme, building cycle lanes, or providing free fruit in schools.
<i>Provide information.</i> Inform and educate the public, for example as part of campaigns to encourage people to walk more or eat five portions of fruit and vegetables per day.
<i>Do nothing or simply monitor the current situation.</i>

La escala de intervención que hemos incorporado nos permite reflexionar sobre los tres principales elementos que han de ser tenidos en cuenta en la formulación de políticas de salud pública responsables: (i) la evidencia científica disponible sobre las causas de la enfermedad o el daño (por ejemplo, entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón) y sobre la efectividad y eficiencia de la intervención pública que se emprende para atajarlos (por ejemplo, el efecto del aumento del precio sobre el consumo de tabaco); (ii) la percepción del riesgo para la salud de la población, entendido en términos de probabilidad de que ocurra un evento dañoso en relación con la gravedad del propio evento y definido normalmente en términos estadísticos (por ejemplo, número de fallecimientos prematuros debidos al cáncer de pulmón), de forma que las decisiones en salud pública estén guiadas no solo por el asesoramiento científico acerca de la entidad del riesgo, sino por la percepción del riesgo que tiene la población, lo que determinará que la medida sea mejor o peor aceptada; y (iii) el principio de precaución y proporcionalidad, considerado por muchos como la clave de una gestión de riesgos responsable, y que según la Comisión Europea estaría integrado por los siguientes elementos:⁴ a) asesoramiento científico sobre el riesgo basado en la última evidencia científica disponible, b) equidad y coherencia, c) consideración de los costes y beneficios de las acciones, d) transparencia y e) proporcionalidad.

En definitiva, la responsabilidad colectiva de ese *nosotros* que somos como sociedad y cuya titularidad, en términos jurídicos, atribuimos a los poderes públicos, principalmente al poder ejecutivo, viene determinada por diversos factores presentes en las políticas públicas y acciones administrativas de prestación de servicios, fomento y policía, acciones con un diverso grado de intervención en la esfera de los particulares cuya formulación y ejecución debe respetar los principios y elementos apuntados para evitar causar daños en la salud física o en la esfera moral de los individuos de los que debemos responder colectivamente en virtud del instituto jurídico de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

Notas

1. Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de marzo de 1998 (Sala Tercera, Sección 6ª), Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 3 de febrero de 1999 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 8ª) y Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha de 2 de febrero de 2004 y de 28 de abril de 2005 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª).
2. Sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera, Sección 6ª) de 25 de junio de 2010.
3. Fuente: Nuffield Council on Bioethics - Public Health: Ethical Issues – Chapter 3 - Policy Process and Practice. Disponible en: <http://nuffield-bioethics.org/report/public-health-2/policy-process>.
4. European Commission (2000) *Communication from the Commission on the Precautionary Principle*. Disponible en: http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/library/pub/pub07_en.pdf.

Un relato de lo expuesto

José Miguel Carrasco

Fruto de la colaboración entre la Fundación Víctor Grífols i Lucas y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) se realizó el seminario *Determinantes personales y colectivos de los problemas de salud, ¿de quién es la responsabilidad?* En él participaron más de una veintena de profesionales del campo de la ética y la salud.

La dinámica del seminario se organizó en torno a tres bloques temáticos en los que dos expertos (ponentes), uno del campo de la ética y otro del campo de la salud, realizaron una presentación de definiciones, principios, dilemas o trabajos con el objeto de introducir y promover las aportaciones y el debate entre los asistentes.

A continuación, y con un carácter meramente descriptivo y complementario a los textos redactados por los ponentes para esta publicación, se presenta un resumen de las aportaciones realizadas por los participantes en el seminario.

Determinantes personales y colectivos de los problemas de salud. ¿De quién es la responsabilidad? ¿Cómo se puede asumir?

Victòria Camps, catedrática emérita de Filosofía Moral y Política de la Universitat Autònoma de Barcelona, y Pere Ibern, investigador del Centro de Investigaciones en Economía y Salud, fueron las personas expertas encargadas de introducir este bloque temático.

Victòria Camps planteó cuestiones relacionadas con el sujeto «nosotros», componente principal de «la sociedad», como responsable de la salud pública al que no es posible atribuir responsabilidad si no es a través de quienes le representan y detentan el poder de legislar, ejecutar y juzgar. Serán los tres poderes, por tanto, los responsables de facilitar las condiciones necesarias para que la ciudadanía pueda llevar una vida sana, mediante políticas orientadas a garantizar la igualdad y la equidad de políticas sanitarias y de salud pública, planteándose que dichas políticas podrían entrar en conflicto con

algunas libertades individuales. La distinción entre justicia y «vida buena» se presentó para poner de manifiesto las obligaciones del Estado y la ciudadanía en relación con la justicia distributiva, frente a la no injerencia en las opciones individuales respecto a la forma de vida. Una concepción de la libertad «positiva» que consista en el autogobierno del individuo con vistas al bien común plantea interrogantes en contraposición a una concepción «negativa» (hacer lo legalmente permitido) en lo relacionado con la salud: ¿quién decide qué es una buena salud? ¿hasta qué punto un individuo es libre de escoger un estilo de vida o modificar sus hábitos? ¿la falta de equidad condiciona la toma de decisiones individuales al respecto?

Pere Ibern, abordó en su presentación el posible paternalismo de las instituciones reguladoras de las que nos hemos dotado los humanos en relación con la protección de la salud, materializado a través de los sistemas de prestación de servicios que la sustentan, y asumiendo la inevitable toma de decisiones en el ámbito personal y colectivo para la consecución de mejoras en la salud individual y poblacional. La existencia de posibles sesgos y el cuestionamiento de la toma de decisiones de forma racional por parte de los seres humanos se presentaron como base para la reflexión sobre su autonomía. Preservar la libertad de elección a la vez que se impulsan elecciones individuales favorables para la salud (*nudging*), plantea dilemas relacionados con la autonomía de las personas, dibujándose una estrecha línea de separación entre la persuasión y la manipulación.

Una vez finalizadas las presentaciones, el debate giró en torno a la necesidad social de regular aquellas cuestiones que puedan garantizar o promover el bien social, siempre y cuando esta regulación sea «razonable» y tenga como límites la garantía de las libertades individuales. La prohibición es asumida dentro de las regulaciones, se plantean dudas y se debate sobre la aceptación de las mismas, puesto que no todas son acatadas en igual medida pese a su carácter colectivo en pos del bien común. En definitiva, el ejercicio de regular se presenta como algo complejo que, en cualquier caso, debe ser legitimado por el apoyo de la ciudadanía y fundamentado no solo en el respaldo de la voluntad política de los legisladores, sino también en la necesaria transparencia política de sus acciones.

Las penalizaciones asociadas a la promoción del bien colectivo aparecen en el debate cuestionándose quién puede o debe ser objeto de ellas, planteándose que con frecuencia la aplicación de tasas, como por ejemplo las orientadas a desincentivar el consumo de productos poco saludables, se dirigen al último eslabón de la cadena (consumidor) y rara vez a sus orígenes (productor).

Se debate sobre la posibilidad de recurrir a la publicidad como herramienta para impulsar elecciones individuales que contribuyan a modificar conductas y hábitos de la ciudadanía que contribuyan a potenciar y promover el sentido de lo común (colectivo). En este sentido, se presenta como un problema la impunidad de los medios de comunicación que, como generadores de opinión pública y tendencia de hábitos, pueden contribuir a desarrollar conductas, tanto personales como colectivas, con consecuencias negativas tanto a nivel individual como comunitario.

Más allá de las acciones orientadas a influir en los hábitos personales y colectivos, se presenta a la población joven y mejor formada como la más capacitada para asumir responsabilidades en la asunción del riesgo para la salud de sus conductas.

La responsabilidad personal y sus límites. Del empoderamiento a la culpabilización

Las personas expertas encargadas de presentar este bloque de debate fueron Begoña Román, profesora de Ética de la facultad de Filosofía de la Universitat de Barcelona y Ricard Meneu, vicepresidente de la Fundación del Instituto de Investigación en Servicios de Salud de Valencia.

Begoña Román comenzó su exposición con la premisa de que la responsabilidad es el deber de hacerse cargo de las consecuencias de los actos, respondiendo del daño que se hace a otros. Para responder de forma justa al daño causado es necesario evaluarlo a través de un marco compartido de lo que es el daño, el beneficio y la consciencia del riesgo. La responsabilidad personal implica conocer el riesgo y la existencia de «deberes con uno mismo», desde la asunción del deber de cuidar de «los otros». El empoderamiento se presen-

ta frente al victimismo y la culpabilización como mecanismo para hacer a los individuos responsables, lo que implica educación para pasar de la «lógica del derecho» a la «lógica del deber» (el derecho a ser cuidado supone el deber de cuidarse). El cinismo, des-responsabilizarse uno mismo, y el autonomismo, no considerar la vulnerabilidad del otro y culpabilizarle de sus actos, son presentados como los límites de la responsabilidad individual.

Ricard Meneu resalta en su exposición la capacidad limitada de las personas para evaluar opciones en la toma de decisiones en relación con el empoderamiento, entendido como el «dar a alguien la capacidad de tomar decisiones o de hacer algo», es decir, actuar libremente pero con responsabilidad adquirida, asumiendo que el empoderamiento no preserva la libertad. La intrusión y la coerción son cuestionadas, preguntándose si existen alternativas a ellas. Las políticas de responsabilización explícita deben considerar la evidencia y la viabilidad del comportamiento, la oportunidad de elección, la equidad, la distribución del riesgo y la posibilidad de que exista intrusión y coerción. En los sistemas sanitarios basados en la solidaridad colectiva parece legítimo exigir responsabilidad personal sobre el cuidado de la propia salud, aunque la traslación a la práctica de dicha exigencia es prácticamente inalcanzable.

La donación de órganos surge como ejemplo práctico en el debate entre los asistentes, identificándose factores capaces de potenciar la donación en nuestro contexto, pero también planteando dudas sobre los límites de la responsabilidad individual y colectiva. El caso de los donantes vivos es presentado como posible ejemplo de traslación de la responsabilidad colectiva, gestionada por una institución pública como la Organización Nacional de Trasplantes, a la responsabilidad personal, debido a la necesidad de encontrar donantes compatibles entre familiares y entorno del paciente.

Se debate sobre la imposición frente al empoderamiento; la capacidad de tomar decisiones responsables frente a la necesidad de acatar. La imposición puede presentarse en ocasiones, no siempre, como un instrumento capaz de cambiar hábitos o modificar actitudes, pero asumiéndose que no necesariamente asienta la asunción de responsabilidad. En este sentido, la puesta en marcha de procesos orientados a empoderar a las personas, capacitándoles para tomar decisiones y actuar de forma responsable, son vistos como mucho

más complejos que la culpabilización derivada del no acatamiento de la imposición.

El debate de este bloque concluye con diversas intervenciones en las que se plantean los límites de la responsabilidad desde los diferentes principios éticos, planteándose la preponderancia de unos frente a otros en diferentes momentos históricos. En estos momentos el principio de autonomía es percibido como el predominante y, en consecuencia, sobre el que giran la mayor parte de las argumentaciones sobre la responsabilidad personal.

Responsabilidad colectiva y responsabilidad profesional

David Rodríguez-Arias, investigador del Instituto de Filosofía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y David Larios, letrado de la Administración de la Seguridad Social y de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, fueron los encargados de introducir el tema de debate.

David Rodríguez-Arias planteó en su exposición la racionalidad moral como fuente de motivación, basándose en la presentación del programa *Fondo de Impacto para la Salud* como propuesta para las mejoras colectivas en el campo de la salud en países subdesarrollados. El 90% de los gastos anuales en salud se concentran en el 10% de la población mundial, que padece solo el 7% de la carga global de enfermedad, evidenciando cómo la mortalidad de cada país se relaciona con su gasto en salud. Los deberes positivos, basados en la beneficencia (ayudar), y los negativos, basados en la autoría del daño (no dañar), son presentados para evidenciar cómo podemos no estar causando daños a nivel individual, pero sí permitiéndolos a nivel colectivo, debiendo asumirse una responsabilidad compartida entre instituciones e individuos.

David Larios presenta la responsabilidad desde un punto de vista jurídico en el campo de la sanidad pública, esto es, como el deber de hacerse cargo de los daños y perjuicios causados por acciones u omisiones. Desde la asunción de la salud pública como la salud del «nosotros», son los poderes públicos y las administraciones, además de los responsables de la protec-

ción de la salud individual y colectiva, quienes responderán por la actuación de las autoridades y del personal a su servicio de forma colectiva (respuesta solidaria). La responsabilidad profesional es presentada como la obligación individual de reparar el daño causado como consecuencia de acciones u omisiones negligentes o intencionadas propias de quien ejerce una determinada profesión.

La gestión de los recientes casos de Ébola en España aparece en el debate como ejemplo de la necesidad de compatibilizar la responsabilidad profesional con la responsabilidad institucional. La responsabilidad de dichos profesionales de actuar correctamente en su práctica asistencial, debería acompañarse de la responsabilidad institucional, canalizada a través de sus representantes (ministro/a, consejero/a, etcétera), cosa que no ocurrió en la gestión de los casos señalados. El sistema sanitario no tiene capacidad para actuar por sí mismo, sino que necesariamente debe hacerlo a través de los técnicos que le sirven, por lo que tiene la responsabilidad (obligación) de facilitarles los medios necesarios para actuar. En sentido recíproco, los profesionales tienen la obligación (responsabilidad) de hacer un buen uso técnico y ético de ellos.

Los participantes plantean diferentes factores como posibles causas de la difusa responsabilidad de las administraciones, y sobre todo, de sus representantes y técnicos. Por un lado, la enorme dimensión de las instituciones, puesto que los profesionales se perciben a sí mismos como piezas pequeñas del engranaje del sistema, lo que reduce su identificación y sentido de pertenencia a la propia institución. Por otro, el hecho de que el aseguramiento mediante compañías de seguros se haya convertido en algo habitual, diluyendo la responsabilidad hasta el punto de que un profesional podría ni siquiera recibir la sentencia de una denuncia en la que haya estado involucrado.

Una parte importante del debate giró en torno a la responsabilidad colectiva e individual en aspectos relacionados con la solidaridad y cooperación. La capacidad y disposición a la ayuda se plantearon como un rasgo del ser humano de naturaleza instintiva, puesto que durante la infancia no se cuestiona la prestación de ayuda, es a medida que vamos creciendo cuando priorizamos de forma inteligente los objetivos y objetos de nuestra ayuda.

Se debate sobre los conceptos de justicia, solidaridad y caridad, planteándose que situar los tres en el mismo plano puede llevar a confusión, solapándose pese a su diferente naturaleza. La justicia social es presentada como valor garante de la solidaridad y frente a la caridad, pese al riesgo de implicar una responsabilidad colectiva que puede ir en detrimento de la responsabilidad personal: si la justicia social y la solidaridad es algo que nos concierne a todos ¿por qué he de ser yo quien se preocupe de ella?

Se plantean dudas sobre el grado de confianza que despiertan las organizaciones que gestionan y canalizan determinadas formas de solidaridad, como las ONGs. Los mecanismos de transparencia se presentan como garantes de comportamientos pro-sociales, mediante la visibilidad de donaciones, contribuciones, etcétera.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*

14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS