



SUMARIO

TEMA DEL DÍA

	PÁGINA
LA LIBRE OPCION INDIVIDUAL Y LA SALUD. PATERNALISMO DIRECTIVO O IRRESPONSABILIDAD PÚBLICA ANTE EL SUFRIMIENTO Y LA DESIGUALDAD. - <i>ILDEFONSO HERNANDEZ</i>	1

PENSAMIENTO ACTUAL

LICENCIA PARA FUMAR- <i>JUAN MEDRANO</i>	22
LA HIPÓTESIS DE UNA VIDA NATURAL - <i>FRANCESC BORRELL I CARRIÓ</i>	32

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

LA ENTREVISTA - <i>RAÚL CALVO RICO E IRENE CHICO SÁNCHEZ</i>	42
--	----

Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach (UAB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicaran en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI @.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

LA LIBRE OPCIÓN INDIVIDUAL Y LA SALUD. PATERNALISMO DIRECTIVO O IRRESPONSABILIDAD PÚBLICA ANTE EL SUFRIMIENTO Y LA DESIGUALDAD.

Ildelfonso Hernández Aguado

Resumen: Las actuaciones de salud pública basadas en la regulación reciben críticas por su paternalismo. Se sostiene que algunas normas coartan la libertad y que debería dejarse más margen de elección a los ciudadanos. Sin embargo, hay diversos argumentos que apoyan el uso de las leyes para proteger la salud de la población. Si se acepta que los humanos son inherentemente sociales e interdependientes, cabe aplicar los derechos humanos y la justicia social efectiva así como desarrollar la solidaridad social y el sentimiento de destino compartido. Esto también supone el uso de leyes para garantizar que todas las personas tengan la opción a una vida saludable y acceso a servicios de salud. La inacción es una grave irresponsabilidad de consecuencias graves que, además, limita muchas más libertades del conjunto de la población que el supuesto o real paternalismo incorporado por esas normas.

Palabras claves: Salud Pública, Ley, Paternalismo, Justicia Social

Abstract: *INDIVIDUAL CHOICE AND HEALTH. PATERNALISM OR IRRESPONSIBILITY AGAINST SUFFERING AND INEQUALITY.*

Public health interventions based on regulation tend to be criticized as paternalistic. It is argued that some laws restrict personal freedom and that the state should respect the freedom of choice of the individual citizen. On the other hand, there are several arguments to support the use of law to protect the health of the population. If we accept that human beings are inherently social and interdependent, it follows that we must both apply human rights and social justice, and develop social solidarity and a sense of shared destiny. This also implies the use of laws to ensure that all people have the opportunity to enjoy a healthy life and have access to health services. Inaction is a gross irresponsibility with serious consequences, which in turn limit the freedom of the population more than the real or supposed paternalism that those laws might incorporate.

Keywords: *Public Health, Law, Paternalism, Social Justice*

Artículo recibido: 11 de febrero 2017; **aceptado:** 13 marzo 2017.

Introducción

El argumento acerca del paternalismo de estado o la apelación al estado *nanny state* se emplea con frecuencia para desacreditar el uso de normas jurídicas que pretenden proteger la salud de la población. Se sostiene que algunas normas coartan la libertad y que debería dejarse más margen de elección a los ciudadanos. Este fue un argumento usado con frecuencia durante el proceso de preparación y tramitación de la ley de prevención del tabaquismo pasivo de 2011. Se recriminó entonces que la nueva ley se entrometía en la convivencia lograda entre fumadores y no fumadores en los lugares de ocio después de la ley de 2005. España se usó como ejemplo de respeto a la libertad de elección, hecho que la distinguía como una sociedad más democrática y tolerante. Este enfoque, que fue denominado modelo español, se empleó por la industria del tabaco para evitar nuevas normas en otros países¹ y al parecer tuvo eco en buen número de ministros del gabinete del Sr. Rodríguez Zapatero. Él mismo relató que precisó de tres consejos de ministros para dar el visto bueno a la ley², pues la mayoría del consejo estaba en contra, y manifestó que, a pesar de su carácter deliberativo, al final tuvo que hacer valer su autoridad para dar el visto bueno al proyecto de ley. Los argumentos principales de los ministros oponentes a la nueva ley consistían en considerarla una amenaza a la libertad que, además, situaría a España como un país prohibicionista, una objeción muy parecida al primer punto de la estrategia de acción de la industria del tabaco.

No cabe duda que algunas intervenciones de salud pública restringen la libertad personal. En problemas de salud difíciles de abordar, como por ejemplo las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, se dispone de un abanico de posibilidades de acción preventiva que, en ocasiones, incluye notorias prohibiciones y limitaciones varias, mientras que en otras puede pasar casi desapercibidas. Pero ciertamente esas intervenciones se entremeten, unas más que otras, en la esfera individual. En este artículo describo algunas de las intervenciones aplicadas y de las

no aplicadas por la salud pública para proteger la salud de la población. Reviso ejemplos de acciones que están integradas en el funcionamiento habitual de las sociedades, con ejemplos que no son objeto de discusión y otros que suscitan exacerbados debates públicos cuando se pretenden implantar. Sin olvidar aquellos ejemplos no contemplados en la agenda de decisión pública, pese a que la no decisión e inacción causa graves perjuicios a la población.

Trataré de mostrar que en realidad los debates no están directamente relacionados con el grado de paternalismo inherente a las normas o actuaciones de la salud pública en cuestión. Así mismo trataré de identificar, por una parte, las incoherencias de los que acusan de paternalismo unas normas determinadas y al mismo tiempo defienden otras que impiden la libre opción individual sobre las cuestiones humanas más íntimas; y, por otra, las incoherencias de los que apuestan por el paternalismo y sin embargo no reconocen o no son capaces de detectar las amenazas a las libertades individuales. A continuación, analizaré las justificaciones que fundamentan la acción del estado para proteger, mediante leyes y otras normas, la salud de la población. Con el objetivo de resaltar las más idóneas, pues aunque se suele aceptar que el estado puede inmiscuirse en las conductas de los individuos para impedir posibles daños a terceros, las justificaciones no son tan claras. Los estudiosos del asunto proponen una amplia gama de justificaciones; algunos de ellos consideran que en realidad se trata de una confrontación de libertades que pone en juego las distintas definiciones de libertad. Por último, se presentan unas conclusiones y una propuesta sobre las prioridades al establecer leyes en salud pública.

El uso de la ley para proteger la salud de la población.

El derecho a la protección de la salud se ha conceptualizado como el derecho a recibir asistencia sanitaria cuando ésta es necesaria. De hecho, el derecho constitucional a la protección de la salud se ha interpretado por defecto como el desarrollo de un sistema nacional de salud enfocado casi exclusivamente a la atención sanitaria asistencial curativa, paliativa o rehabilitadora. En salud pública se

habla de la estrategia de protección de la salud para referirse, por convención, a aquellas acciones que procuran proteger a la población de los efectos perjudiciales del entorno. Si bien, dentro del término se suele incluir también las garantías de provisión de servicios sanitarios de calidad. Protección que se desarrolla mediante la promulgación de normas y la vigilancia de su implantación. Así pues las competencias de la protección de la salud son variables en tiempo y lugar de acuerdo al desarrollo social y al propio de los servicios de salud pública. Actualmente, entre las medidas de protección de la salud se pueden citar las relacionadas con la salubridad del agua y de los alimentos, la salud laboral, la salud ambiental, la organización de la aprobación y distribución de medicamentos y productos sanitarios, la protección de la salud mediante el cuidado del entorno, la prevención de lesiones o la garantía de un personal sanitario capaz autorizado.

De hecho nuestra vida diaria está protegida por medidas de salud pública basadas en el uso de leyes y en la vigilancia de su cumplimiento. El agua potable que mana del grifo, la calidad del aire interior y exterior, la no toxicidad de los materiales de las edificaciones, la garantía de que nos atiende un profesional sanitario capaz, la salubridad de los productos que nos ofrecen en la restauración, la no exposición a tóxicos en el lugar de trabajo, la seguridad de que el analgésico que tomamos contiene lo que dice tener y se acompaña de una información completa, la calidad del condón que usamos, etc. La protección de la salud por parte del estado es mucho más extensa de lo cualquiera pueda percibir, y la mayor parte de las normas empleadas implican algún grado de coacción que afecta a grupos de personas –físicas o jurídicas-, ya sean un número reducido o al conjunto de la población.

Una de las razones por las cuales la salud pública pasa inadvertida a la población es su funcionamiento adecuado y, por tanto, la garantía de su éxito consiste en que no ocurra nada. La población reconoce la salud pública cuando hay fallos, por ejemplo cuando hay contaminación por metales en el agua de consumo. Es entonces cuando la gente repara que existe una norma sobre la calidad y salubridad del agua, en relación a la cual se hacen mediciones periódicas y además

hay un sistema de información sobre la situación del agua de consumo abastecida a toda la población. Igualmente, si se producen múltiples casos de una enfermedad relacionada con el consumo de un alimento, se revisa donde ha fallado la cadena de seguridad, que es un conjunto de procedimientos basados en una legislación y la inspección para su cumplimiento. Cuando se produce una lesión o enfermedad grave en cualquier lugar, surge la pregunta sobre la causa del evento y su prevención; el público y los medios de comunicación se preguntan, por ejemplo si la administración había cuidado suficiente el pavimento de la calle, o si había bandera roja en la playa y la dotación de socorristas necesarios, o si el sujeto que estaba conduciendo tras consumir alcohol era potencialmente controlable por la guardia urbana, o si el restaurante había pasado las inspecciones establecidas, o si se habían inspeccionado los artilugios de un parque de atracciones, etc.

No obstante cuando las relaciones entre la causa de un problema de salud y el desenlace no son tan obvias, la medida de protección de salud pertinente no se echa de menos ni los medios de comunicación le prestan la misma atención. Las personas que acuden a un servicio de urgencias hospitalarias por una exacerbación del asma, de una enfermedad obstructiva crónica respiratoria o por un episodio de enfermedad coronaria cardíaca en una ciudad con grave contaminación, no son conscientes de que, quizás, no habrían padecido el problema en el caso de no estar expuestos a altos niveles de contaminación y, al tiempo, no se cuestionan la inacción de las autoridades frente a un problema de salud pública. Es cierto que ahora mismo pueden conocerse en muchas ciudades los niveles de contaminación del aire de forma inmediata, sin embargo, la población aún no reacciona de la misma forma como lo hace frente a otros riesgos que sin embargo tienen menor importancia. Por ejemplo es noticia que abre informativos el no poder administrar a los hijos una vacuna ante una enfermedad muy rara y que no está prevista en el calendario vacunal, es decir prevenir un riesgo remoto, mucho más leve que otros riesgos de más frecuencia que sin embargo no suscitan movilización alguna.

Algunas medidas de protección que fueron nucleares de la salud pública hoy ya no le competen, se han integrado como parte rutinaria en otros sectores. Es el

caso de la ingeniería actual que se ocupa de las acciones del saneamiento de las ciudades, o es la edificación con sus códigos la que evita el uso de ciertos materiales tóxicos en la construcción de viviendas y edificios y la seguridad de las instalaciones. Hay áreas que efectivamente aún son competencia de la autoridad sanitaria, por ejemplo sigue siendo ésta la que emite la normativa sobre los criterios técnico-sanitarios de las piscinas, pero quizá en unos años los criterios estarán integrados en las competencias de otra parte de la administración pública, aunque los objetivos seguirán siendo proteger la salud de la población. Como antes he mencionado, el grado en que una norma coarta las libertades individuales es variable. La legislación sobre piscinas lo ilustra bien. Algunos países han ido más lejos que otros al regular las piscinas de uso unifamiliar, como Francia y Australia exigiendo determinados dispositivos para evitar ahogamientos de menores; en el caso del Ministerio de Sanidad en 2010, se planteó el tema internamente, pero no hubo buena acogida.

El marco ético de Nuffield³ usa lo que denomina la escalera de intervención "*intervention ladder*" para mostrar el grado incremental de intromisión de una medida de salud pública en la esfera individual. En la parte más baja de la escalera, el último peldaño, correspondería a la inacción o simplemente al seguimiento de la situación. Por ejemplo lo que hasta hace poco se ha hecho con la contaminación atmosférica en las ciudades: monitorizarla. A medida que vamos subiendo peldaños se incrementa la intervención sobre las personas por lo que la justificación de la medida debería ser más consistente. Las acciones en cada peldaño, desde el más bajo antes descrito hasta el superior, son las siguientes: proporcionar información y educar al público, por ejemplo campañas para promover la actividad física; facilitar la elección, por ejemplo facilitando el uso de las escaleras como alternativa al ascensor en edificios; guiar la elección por defecto, por ejemplo cuando el menú más mostrado como primera opción es el saludable y las alternativas menos saludables exigen cambios; guiar la elección por incentivos, por ejemplo subvencionar la producción de alimentos saludables; desincentivar la elección, por ejemplo aplicando tasas a productos insalubres como el tabaco y las bebidas azucaradas o aplicando

tasas a la circulación de vehículos privados en el centro de las ciudades; restringir la elección, por ejemplo eliminando ciertos productos de los menús escolares; eliminar la elección, por ejemplo cualquier medida obligatoria como el aislamiento de un caso de enfermedad infecciosa o la obligación de usar cinturón de seguridad. A medida que se sube en el grado de intervención es más probable que se considere una acción paternalista, término que usualmente se usa con carácter peyorativo.

Friedman recoge dos aproximaciones al paternalismo: el tradicional, se denomina paternalismo pronunciado "*hard paternalism*", que interfiere la libre elección individual por ejemplo eliminando una opción; y el que se denomina paternalismo suave o libertario "*soft paternalism*" que trata de guiar hacia la opción saludable sin eliminar las opciones menos deseables socialmente⁴. Esta última ha recibido cierto respaldo con la publicación del libro *Nudge* de Thaler y Sunstein inspirado en la literatura sobre paternalismo y economía del comportamiento⁵. *Nudging*, en salud pública, vendrían a ser aquellas acciones que discretamente llevan a las personas hacia la opción saludable sin coartar su libertad, como dar un empujoncito hacia la salud. Gostin y Gostin definen paternalismo como "la protección de adultos competentes sin tener en cuenta sus deseos"⁶ y Dworkin (citado por Friedman⁴) como "la interferencia en la libertad de las personas justificada por motivos relativos exclusivamente al bienestar, el bien, la felicidad, las necesidades, los intereses o valores de la persona coaccionada". Para un estudio extenso del paternalismo, el lector interesado puede acudir a la obra de Alemany⁷.

El paternalismo pronunciado o fuerte se reservaría por tanto para los dos peldaños más altos de la escalera de intervención antes mencionada, mientras que el resto de acciones serían paternalismo suave o débil. Para hacerse una idea de las propuestas que hacen los defensores del *nudging* podemos acudir a un caso corriente, el uso obligatorio de casco para los motoristas. Thaler y Sunstein recogen en su libro la siguiente propuesta⁵: la obtención de permisos de conducir especiales para circular en motocicleta, en vez de la prohibición cuestionada por muchos arguyendo que nada se puede objetar a una persona que quiera asumir los riesgos. Para obtenerlo habría que hacer un curso extraordinario y disponer de un seguro de

salud. Exigencias que consideran no triviales y menos entrometidas que la prohibición, por lo tanto que evita actuar con paternalismo. En realidad, lo más apropiado sería que el motorista que desee asumir riesgos, asuma que debe prever la protección de terceros que dependen de él, por ejemplo hijos y otros familiares, ante la posibilidad de que él mismo se convierta en dependiente grave por una tetraplejía, o sea el coste oportunidad de los cuidados en carretera y otras externalidades negativas; por ejemplo, la necesidad de recibir cuidados de por vida de la familia y las instituciones. En estas condiciones, el tipo de seguro que compense por ello puede ser mucho más disuasorio que una multa. Otras formas de lo que se denomina *nudging* encajan en las intervenciones destinadas a favorecer que las opciones saludables sean las más sencillas: por ejemplo que en los edificios las escaleras sean muy accesibles, mientras que cueste encontrar los ascensores; que sea difícil circular en vehículo motorizado y sencillo caminar o usar bicicleta, etc. Éstas son, al fin y al cabo, intervenciones tipo que incorporan cierto grado de límites ya sea a constructores o a conductores de coches.

Del conjunto de medidas de protección de la salud que hemos ido nombrando, podemos comprobar distintos grados de debate, así como una dificultad para poder relacionar la intensidad del debate con el grado de interferencia que estas normas causan en la libertad individual. Ahora mismo no podemos adquirir la mayoría de los medicamentos sin receta médica, ni ayudar a morir dignamente, ni adquirir bebidas alcohólicas o tabaco si no se tiene una cierta edad; existen límites para la publicidad, para el comercio de un buen número de sustancias, tenemos que usar cinturones de seguridad en los vehículos, no podemos comprar armas, etc. En general la mayoría de las normas establecidas no suscitan debate, o lo hacen episódicamente. El debate surge cuando se plantean cambios muchas veces no generados por la posición de la población sobre el asunto en concreto, sino influenciados por las coaliciones de interés y con otros factores que condicionan la formulación de políticas públicas.

Un ejemplo claro lo encontramos en el intenso debate generado por la ley de 2011 sobre la prevención del tabaquismo pasivo. A pesar de que todas las

encuestas mostraban que la población era favorable a la norma, gran parte del debate se alimentó por la coalición de intereses pro tabaco que incentivó, como ha hecho en otras ocasiones, a las asociaciones de hostelería y restauración, a las que patrocina y a algunos medios de comunicación^{1,2}. Casi todos los intentos de introducir alguna legislación relativa al consumo de alcohol por menores en España es contestada contundentemente por algunos sectores que consiguen desplazar el asunto al problema de la interferencia de los poderes públicos en la vida de las personas. De este modo diluyen la importancia de la norma, cuyo objetivo primordial es proteger a los menores^{8,9}. Se ha empleado el argumento sobre el paternalismo que suponían las normas propuestas sobre el tabaco y el alcohol; sin embargo, los diferentes desenlaces producidos en cada caso sobre la adopción de la regulación, ha tenido probablemente más que ver con el papel que han jugado los distintos actores y su fuerza, que con las apelaciones al paternalismo¹⁰. Los debates en la esfera pública contribuyen a la inacción política, ya que ésta suele ser premiada, tanto para los responsables concretos de las medidas potenciales como para los actores políticos en el poder en cada momento. La inacción ante la contaminación atmosférica es un caso paradigmático.

En las grandes ciudades no hay donde esconderse de la contaminación, aunque unos individuos son más perjudicados que otros según el barrio en el que vivan, generalmente hay más exposición a menor nivel socioeconómico. Los niveles de contaminación atmosférica alcanzados en ciudades como Barcelona o Madrid causan graves problemas de salud que han sido descritos y confirmados científicamente. Se han estimado las ganancias en salud que se obtendrían con políticas que redujesen los niveles de polución atmosférica por debajo de los límites recomendados por la Organización Mundial de la Salud. Y los resultados son que los beneficios sociales y económicos serían de enorme magnitud tal como Künzli y Pérez han puesto de manifiesto¹¹. Sin embargo parece que la libertad de usar el vehículo motorizado privado, aunque cause un perjuicio cierto a la población, está por encima de cualquier otra consideración. Durante años no se ha debatido sobre la inacción que ha supuesto no proteger a la población de daños ciertos para su salud.

Ahora, cuando se proponen medidas tímidas de limitación del tráfico privado o de un diseño urbano más amable con los peatones, comprobamos que el debate no se centra sobre el grado en el que los poderes públicos se entrometen en la libertad individual en el sentido de paternalismo fuerte. De hecho no se trata de medidas de paternalismo pronunciado, ni siquiera débil, pues su objetivo principal es evitar el daño a terceros, aunque se beneficie también el afectado por las restricciones, de igual forma que el fumador al que se le restringe fumar en lugares donde perjudica a terceros se beneficia él mismo. Por tanto entraría en los supuestos de intervención estatal que la teoría de la libertad de John Stuart Mill aceptaría. Incluso la inacción estaría en los supuestos de violaciones de la obligación de cumplir con la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas¹². En el caso de la contaminación atmosférica, algunos argumentan la intromisión en la libertad individual, pero considero que lo hacen como estrategia para disputar la forma de abordar el asunto y así evitar que se enmarque como un problema de salud pública. Al igual que en otros problemas, las coaliciones de interés a favor o en contra de las medidas juegan un papel relevante en la formulación de la política o en la inacción, de momento van ganando los favorables al vehículo privado motorizado. En otro ámbito, en el recorte de los derechos humanos en España relacionados con la prestación de atención sanitaria, van ganando los que entienden que no todas las personas tienen los mismos derechos.

Por otra parte, es frecuente encontrar pretendidos liberales que se oponen con energía a algunas medidas de protección de la salud en el terreno del uso del vehículo privado, la alimentación, las bebidas alcohólicas o el tabaco. Los mismos que a su vez son partidarios, por otra, de intervenciones públicas que se inmiscuyen en la libertad de las personas en las áreas más íntimas, por ejemplo en el ámbito de la muerte digna o de la preferencia sexual de las personas. Es en estas áreas cercanas a lo más privado donde encontramos paradojas de todo tipo. Hay personas favorables al paternalismo que entienden que el estado debe inmiscuirse en lo que en tiempos, y aún hoy, se denominan vicios privados tal como relata Alemany sobre la polémica en los años 50 entre Herbert L. A. Hart y Patrick Devlin al respecto de la

imposición jurídica de las normas morales cuando se reconsideraba la persecución penal de la homosexualidad y la prostitución¹³, y hay “libertarios” a los que no les preocupan ciertas coacciones a la población, sobre todo en el ámbito de los derechos básicos, por ejemplo, conculcando el derecho de asilo o infringiendo tratos crueles, inhumanos o degradantes a emigrantes.

Secularmente se ha aceptado la intervención del estado en el terreno de las enfermedades contagiosas para proteger la salud de la población. Por ejemplo en Estados Unidos se acepta la identificación y seguimiento de contactos de personas con posibles enfermedades de transmisión sexual y se les obliga a tratamiento. Se acepta así que el estado, para evitar posibles daños a terceros (transmisión de la enfermedad), pueda incluso preguntar a las personas sobre las parejas sexuales que tienen, sus prácticas sexuales, además de obligarlas a someterse a tratamiento. Se trata del mismo estado que permite a una industria contaminante asolar un territorio. Resulta paradójico tratándose del estado, porque las personas sin recursos no se pueden librar de la contaminación causada por una empresa que se ha instalado en su vecindad, mientras que si que pueden librarse de una enfermedad de transmisión sexual acudiendo a una persona competente o en el mejor de los casos adoptando las precauciones oportunas. Las aproximaciones de la salud pública a las enfermedades de transmisión sexual nos muestran que, más que paternalismo, estaban cargadas de prejuicios, entre los que destacan la misoginia y la discriminación, y, además, con una característica muy arraigada en la cultura judeocristiana, culpar a las víctimas¹⁴. Sobre el asunto vale la pena recordar la posición de Mill acerca de la restricción de libertades en relación a las normas sobre enfermedades infecciosas.

Jose y McLoughlin relatan que Mill se opuso a las leyes sobre enfermedades infecciosas. Comentan que no era precisamente doctrinario su principio por el cual argüía que el poder podía ser adecuadamente ejercido sobre cualquier miembro de una comunidad, contra su voluntad, con el único propósito de prevenir daño a otros¹⁵. Las “*Contagious Diseases Acts*” fueron establecidas en 1864 por el Gobierno Británico en respuesta a los miedos de que las enfermedades de transmisión sexual

en el ejército y la armada minara la salud y la eficiencia de los militares. Mill se opuso porque la legislación era contraria a uno de los principios básicos, la seguridad de la libertad personal y porque era una legislación parcial y discriminatoria que afectaba a una parte de las personas, las mujeres. No se trataba, a su juicio, de optar entre valores universales tales como el bien común y la libertad, pues la ley no buscaba el bien común como quedaba demostrado por el hecho de que no se ocupase de los hombres con capacidad de contagiar y porque la legislación no era imprescindible para evitar los daños. Aunque parte del análisis de Jose y McLoughlin podría ser discutible, pone en evidencia que en cualquier caso los límites deben estar en los derechos básicos de las personas y que si éstos entran en discusión las precauciones deben extremarse. Por ello, en España se requieren leyes orgánicas, de mayorías reforzadas cuando una norma afecta a los derechos fundamentales, es el caso de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.

Fundamentos de la intervención del estado para proteger la salud.

Siendo la protección de la salud una estrategia de salud pública basada fundamentalmente en leyes estatales, sin duda siempre implica un grado de paternalismo porque regulan las acciones que pueden o no hacer personas y empresas. Sin embargo, circunscribir el debate al ámbito individual no es adecuado. No se trata de que el estado desee proteger a individuos concretos sin considerar sus propios deseos, se trata de políticas públicas que se dirigen a una sociedad no a una agrupación de individuos tomados de uno en uno. Cuando los poderes públicos imponen unas tasas más altas a unas grasas alimentarias determinadas o las prohíben, o cuando impone una tasa a las bebidas azucaradas, se puede invocar perfectamente que el estado actúa paternalistamente al imponer desincentivos marcados a una conducta individual; y, es cierto, el estado modula las conductas de las personas con sus decisiones. Sin embargo, cuando se habla de paternalismo directivo del estado, no debemos olvidar todas las acciones y asimismo las inacciones. El estado determina qué podemos comer, cómo y donde hacerlo cuando legisla o se abstiene de hacerlo acerca horarios laborales, las condiciones laborales

o sobre las obligaciones de los empresarios para con la conciliación laboral y vital. Cabe reflexionar por tanto sobre los motivos que excitan debates encendidos sobre la posibilidad de aplicar cargas fiscales a las bebidas azucaradas o alcohólicas mientras pasan desapercibidas las coacciones a libertades más amplias y fundamentales para la vida de las personas que también dependen de los poderes públicos. Poderes que deberían ser estrictamente la expresión democrática de los compromisos alcanzados por la sociedad sobre la distribución de poder, la equidad y la justicia. Gostin y Gostin reivindican que

“una comunidad política debe al menos estar abierta a la idea de paternalismo para evitar o mitigar daños a la población. Si los beneficios colectivos son altos y las imposiciones a las personas son escasas, la afirmación retórica de que la actuación es paternalista no debe operar como una baza política. El paternalismo de salud pública que aumenta marcadamente la salud y el bienestar de la población ofrece una ‘libertad más amplia’. Este término se usa intencionadamente para indicar que cuando la gente tiene mejores oportunidades de salud y más longevidad, y vive en comunidades más productivas y vibrantes, tiene también unas perspectivas más altas de vida y una más amplia gama de oportunidades ahora y en el futuro....Finalmente y más importante, otra forma de ver el paternalismo de la salud pública, es a través de las perspectivas de las poblaciones y de la justicia social. Eso no es una teoría sistemática de justicia, más modestamente, una explicación del porqué aproximarse al paternalismo desde la perspectiva individualista, completamente carente del lugar que cada individuo tiene en una sociedad más extensa, es erróneo”⁶.

La visión de estos autores sigue la senda de Nancy Krieger que hace ya tiempo nos recordaba que el fundamento de la salud pública es la justicia social y por consiguiente una cuestión pública, o sea que los patrones sociales de muerte y enfermedad, de salud y bienestar, de integridad corporal y desintegración, reflejan estrechamente el funcionamiento del cuerpo político¹⁶. Por ello, las referencias al paternalismo desde la salud pública no deben dirigirse a su consideración en el marco puramente individual, el marco apropiado es la población. Las acciones de los gobiernos, pero particularmente las inacciones, su pasividad en proteger a la población, o partes de la población, de graves problemas desembocan en todo tipo de perjuicios. La misión de la salud pública es convertir este mundo en un lugar mejor, libre de miseria, inequidad y sufrimiento evitable y asume el imperativo de la solidaridad social, la responsabilidad compartida y el sentimiento de comunidad.

No es una cuestión de matiz el adoptar un enfoque poblacional o uno individual. Algunas propuestas normativas han llegado a considerar la inclusión de tasas en función de las características de las personas. Por ejemplo una tasa en ciertos alimentos a partir de una determinada puntuación del índice de masa corporal, lo que sin eufemismos son unas tasas a los gordos al adquirir ciertos alimentos. Estas aproximaciones incorporan la visión de que el individuo es libre de tomar decisiones y que es el responsable de su situación. Algo parecido a la propuesta británica, que se dejó sin efecto, de dejar en la lista de espera quirúrgica a los fumadores mientras continuasen con su hábito de fumar. Todo ello se parece mucho a la norma de control de infecciones, antes mencionada, a la que se enfrentó Mill y que ilustra lo peor de las tradiciones de culpar a las víctimas.

Las propuestas de ética para la salud pública incorporan acertadamente la perspectiva social. Por ejemplo, los principios adoptados por la *American Public Health Association* comienzan de la siguiente forma¹⁷: “*La salud pública debe dirigirse principalmente a las causas fundamentales de la enfermedad y a los requisitos para la salud, procurando evitar desenlaces adversos para la salud*”. Estos principios, que más adelante incorporan la necesidad de que todas las personas tengan recursos básicos y condiciones necesarias para la salud, se fundamentan en los derechos humanos y en que las personas son inherentemente sociales e interdependientes.

De acuerdo con estas premisas, veamos algunas de las razones que se usan para justificar normas con componentes paternalistas. Es habitual que se recurra a justificar algunas normas recordando el daño a terceros y las consecuencias negativas para la sociedad tanto en términos de salud como económicas. En el trámite de la última ley de prevención del tabaquismo pasivo, el énfasis a favor de la ley se puso en el daño a los trabajadores de hostelería que no podían elegir estar o no estar expuestos al tabaquismo pasivo y a los niños que no elegían estar en lugares de restauración contaminados. Se procuró no mencionar el bien a los propios fumadores, o si se hacía era de forma más discreta, aunque el efecto de mayor magnitud en términos de salud se alcanza en los propios

fumadores. Igualmente, en el desarrollo de normas para el control de las enfermedades relacionadas con la obesidad, se han mencionado los elevadísimos costes sociales, laborales y económicos asociados. El sentido peyorativo inherente al término paternalismo quizá explica que nadie quiera aparecer públicamente como tal, aunque hay otras explicaciones. Cuando se formulan políticas relacionadas con productos insalubres, se forman coaliciones de interés que tratan de enmarcar el asunto del debate de forma que beneficie a sus intereses. La industria del tabaco ha empleado desde hace décadas la defensa de la libre elección de las personas para oponerse a la regulación de sus productos. Los mismos métodos de esta industria han sido aplicados posteriormente por las industrias alimentarias y de bebidas, que siempre enmarcan el sobrepeso y obesidad como una cuestión de libre opción individual¹⁸. En general, las corporaciones transnacionales aplican diversas estrategias para influir en las políticas públicas de salud, impidiendo cualquier regulación que afecte a sus intereses económicos¹⁹. En ese camino, la acusación del estado niño, de paternalismo es una de sus acciones preferidas. Han llegado a emplearlo para evitar el etiquetado en semáforo (uso de colores para conocer si un producto tiene exceso de ciertos ingredientes) en la Unión Europea, precisamente cuando este etiquetado facilita la información al interesado para tomar una decisión rápida sin tener que rebuscar información en el etiquetado casi invisible –los mismos que también influyeron en la norma para reducir el tamaño de la fuente del etiquetado-²⁰. Por ello, los promotores de salud pública deben elegir adecuadamente la forma de enfocar el asunto. Aun así, el análisis de la ley de 2011 de prevención de tabaquismo, se abrió paso a pesar de los intentos de enmarcar la cuestión como un ataque a la libertad y tolerancia, mensaje que caló, por ejemplo en bastantes ministros como antes se ha mencionado, pero que no fue suficiente para contrarrestar la fuerza de la coalición a favor de la salud pública. De hecho algunos autores como Parmet, critican la posición de Friedman sobre que el paternalismo ha llegado a sus límites y de que la salud pública debe buscar otras alternativas para solucionar los problemas²¹. Parmet, en la línea de Gostin⁶, afirma que las leyes de salud pública en un estado democrático no deben ser consideradas como un edicto de un decisor que quiere beneficiar a un público no deseoso de ello, deben ser

entendidas como herramientas que las poblaciones usan para beneficiarse ellas mismas. Rebate que el rechazo observado a algunas regulaciones se deba a su grado de paternalismo sino a que no responden a las necesidades y preocupaciones sociales.

Mientras que, desde un punto de vista teórico, es preciso debatir si es adecuado defender las regulaciones de salud pública argumentando sobre las consecuencias a terceros o sobre las externalidades negativas de no actuar. Desde el punto de vista práctico, creo que los decisores y las personas que trabajan en defensa de la salud pública deben emplear este argumento si resulta estratégicamente adecuado para lograr el éxito.

Otro tipo de argumentación en favor del paternalismo se basa en las limitaciones de información y conocimiento de las personas, en las dificultades que encuentran para interpretar cuestiones complejas acerca de los riesgos para su salud, particularmente de algunos colectivos desaventajados. En la misma línea, se colige que las personas tienen dificultades para sopesar los riesgos a largo plazo en comparación a las satisfacciones inmediatas. Adicionalmente se menciona que el entorno social y cultural influye en las opciones de las personas, por ejemplo la actitud de los adolescentes en la prevención de enfermedades de transmisión sexual puede ser perfilada por su entorno social. Es un argumento aparentemente muy centrado en el individuo pero que en realidad lleva implícito la relevancia del contexto. Pinilla mostró que gran parte de la prevalencia de tabaquismo en jóvenes escolares podía explicarse por variables relacionadas con el centro escolar, por ejemplo en qué medida en un colegio determinado se cumplían las normas sobre fumar²².

La dificultad de estos argumentos sobre la insuficiente capacidad, información o voluntad, es que son fácilmente usados para centrar el debate en los individuos y sus características. Precisamente las cuestiones sobre información o capacidades lo que requieren son políticas dirigidas prioritariamente a los condicionantes contextuales, una educación general que consiga ciudadanos con

gran madurez democrática y capacidad crítica, una verdadera igualdad de oportunidades, entornos que faciliten las elecciones saludables en lugar de impedirlos, etc. Sin duda algunas de estas políticas serán acusadas de paternalismo, como por ejemplo los planes urbanísticos destinados a reducir la motorización, pero es que ese paternalismo tiene defensa en otras bases ya antes avanzadas.

Efectivamente a la salud pública le concierne el bienestar de la población en su conjunto. La salud pública es comunitaria por naturaleza y se guía por los derechos humanos y la justicia social efectiva, lo que supone usar el paternalismo (obligar a las contribuciones sociales, imponer tasas, proveer servicios sanitarios de acceso universal, etc.) para proteger la salud de todos. La magnitud de los beneficios de las regulaciones que protegen la salud cuando la meta social compartida consistía en lograr unas sociedades mejores (hasta el final de los años setenta) ha sido extraordinaria. Las inercias de todo el armazón regulador establecido por la socialdemocracia son de tal calibre que el actual neoliberalismo no consigue debilitarlas hasta el punto que desea como es intención declarada por los más sinceros. Sin embargo, la erosión continúa de los valores de solidaridad social y destino compartido, y la implantación de políticas que socavan los derechos sociales, están teniendo y tendrán efectos deletéreos graves.

Al argumento poblacional se añade el de la justicia social. Las graves desigualdades en salud justifican que el estado actúe para reducirlos. Esto supone medidas que faciliten que las personas en desventaja puedan equilibrar sus elecciones hacia la salud, que no sea onerosa para ellas una dieta saludable, que no padezcan insuficiencias materiales que les perjudiquen, que todas las personas tengan derecho a un comienzo vital libre de exposiciones que les deje marcas indelebles en su salud futura como ahora mismo está causando la pobreza infantil en todo el mundo, incluido nuestro entorno, que las condiciones laborales o la ausencia de trabajo no sean una carga tan pesada que lleve a hábitos no saludables o impida dejarlos, etc.

No se trata de “estilos de vida”, término desgraciadamente usado con frecuencia. Muchas personas ingieren alimentos baratos de sabor agradable, de altas calorías y baja calidad nutricional, no por libre elección. Dada la frecuencia que ha alcanzado la pobreza infantil, usar el término estilos de vida parece sarcástico, como también lo es que se le culpe de fumar para una persona que sufre violencia y no tenga recursos materiales. Entre normas paternalistas, dirigidas a las víctimas que las estigmatizan, y normas dirigidas a las causas radicales de los problemas de salud hay un abismo. El principio de dirigirse antes al entorno que a la conducta de la víctima debe ser inherente a la salud pública y el principio de justicia que supone ofrecer a todos la oportunidad de disfrutar una vida saludable es la mejor argumentación.

Conclusión

El debate del paternalismo directivo en el ámbito de la salud pública es equivocado si se enfoca la cuestión como un asunto de beneficio o libertad del individuo. El único marco de análisis posible en salud pública es el comunitario, entendiendo que hay un cuerpo social interdependiente. Los límites de la acción de la salud pública mediante el uso de leyes son las libertades básicas, los derechos humanos y la justicia social efectiva. Si ese es el marco, será así posible que dirijamos las críticas y el debate no a si el estado aplica unas tasas más o menos altas a un producto insalubre, sino a todas las inacciones culpables del estado que no adopta las medidas imprescindibles para proteger a la población. Cuando se conculcan derechos humanos básicos en sociedades que gozan de recursos sobrados para satisfacerlos, la situación es tan grave que los debates sobre paternalismo deberían dirigirse a la coacción que deben tener los gobernantes y decisores para no seguir incumpliendo las propias normas a que están sujetos. Se han suscritos numerosos tratados internacionales de obligado cumplimiento y constituciones que los gobernantes incumplen sin pudor y que les obligan a innumerables acciones de protección de la población que entroncan con el sentido más amplio de la salud pública.

La publicación del libro “*Advancing the right to health: the vital role of law*”²³, es una buena noticia para la salud pública. Fruto de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la *Development Law Organization* (IDLO), el O’Neill Institute for National and Global Health Law de la *Georgetown University* y la *Sydney Law School* de la *University of Sydney*, ofrece un amplio catálogo de posibilidades mediante las que la ley puede favorecer la salud de las poblaciones. Creo que la salud pública debe orientarse decididamente a abordar el cumplimiento de los derechos de las personas, por ello, cuando hable de problemas prioritarios, debe dejar de hablar de problemas de salud que son consecuencias y hablar de las causas, de cuestiones tales como²⁴: los condicionantes sociales de la salud que están incorporados en los objetivos de desarrollo sostenible; exclusión severa, pobreza y en particular pobreza infantil, vivienda digna y salubre, falta de empleo, desatención a la dependencia, salud mental en general y la derivada de los problemas sociales y económicos; violencia machista, abuso de poder y falta de democracia real; educación, en particular la insuficiencia de las políticas dirigidas al fracaso escolar; contaminación del aire, contaminación química y física en general, y falta de rigor o ausencia de políticas de control. Se trata de abordar las causas radicales de los problemas de salud que tienen que ver sobre todo con la distribución del poder y el respeto a los derechos de las personas. Esto supone menos normas dirigidas a la generalidad de las personas y más normas dirigidas a quienes ejercen el poder tanto en el ámbito privado como en el público. Bienvenido sea cualquier paternalismo si estos son los objetivos, pues los riesgos a la libertad individual se circunscriben a los que tienen exceso de poder.

Ildefonso Hernández Aguado.

Facultad de Medicina.
Universidad Miguel Hernández y Ciberesp.

ihernandez@umh.es

Bibliografía

1. Schneider NK, Sebríe EM, Fernández E. The so-called “Spanish model”—tobacco industry strategies and its impact in Europe and Latin America. *BMC Public Health* 2011;11:907.
2. Hernández-Aguado I. The tobacco ban in Spain: how it happened, a vision from inside the government. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(7):542-3.
3. Nuffield Council on Bioethics. Public health: ethical issues. Londres: Nuffield Council on Bioethics, 2007:41-2. Accesible en (verificado Enero 2017) <http://www.nuffieldbioethics.org/public-health>
4. Friedman DA. Public Health Regulation and the Limits of Paternalism. *Conn L Rev* 2013;46(5):1687-770.
5. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: improving decisions about health, wealth and happiness*. New Haven: Yale University Press, 2008.
6. Gostin LO, Gostin KG. A broader liberty: J.S. Mill, paternalism and the public's health. *Public Health* 2009;123(3):214-21.
7. Alemany García M. El concepto y la justificación del paternalismo. Alicante: Universidad de Alicante, Tesis doctoral, 2005. Accesible en (verificado Enero 2017) <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9927/1/Alemany%20Garc%C3%ADa,%20Macario.pdf>
8. Hernández-Aguado I, Villalbí JR. Interaction with the private sector and failures in the regulation of alcohol in Spain. *Public-Private interactions in nutrition-related non-communicable diseases: Lessons from research, policy, and practice*. Canadian Institutes of Health Research -Institute of Population and Public Health (IPPH) and the International Development Research Centre (IDRC) (en prensa).
9. Villalbí JR, Bosque-Prous M, Gili-Miner M, Espelt A, Brugal MT. Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Rev Esp Salud Publica* 2014;88(4):515-28.
10. Villalbí JR, Granero L, Brugal MT. Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia? Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008; 22 (Supl 1):79-85.
11. Künzli N, Pérez L. Los beneficios para la salud pública de la reducción de la contaminación atmosférica en el área metropolitana de Barcelona. Barcelona: CREAL, 2007. Accesible en (verificado Enero 2017) http://www.creal.cat/media/upload/arxiu/assessorament/Informe_contaminacio_esp.pdf
12. Naciones Unidas. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR Observacion General 14. (General Comments). Naciones Unidas, 2000. Accesible en (verificado Enero 2017) <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>
13. Alemany García M. El concepto y la justificación del paternalismo. Alicante: Universidad de Alicante, Tesis doctoral, 2005:81-4. Accesible en (verificado Enero 2017) <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9927/1/Alemany%20Garc%C3%ADa,%20Macario.pdf>
14. Labonte R. The Perils of Promiscuity: VD and Victim-Blaming. *Can Fam Physician* 1981; 27:1928–32.

15. Jose J, McLoughlin K. John Stuart Mill and the Contagious Diseases Acts. *Law History Rev* 2016; 34(2):249-79.
16. Krieger N, Birn AE. A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. *Am J Public Health*. 1998;88(11):1603-6.
17. Principles of the ethical practice of public health. Public Health Leadership Society, 2002. Accesible en (verificado Enero 2017) https://www.apha.org/~media/files/pdf/membergroups/ethics_brochure.ashx
18. Wiist W. The corporate playbook, health, and democracy: the snack food and beverage industry industry's tactics in context. En: Stuckler D, Siegel K, editores. Oxford: Oxford University Press, 2011:204-16.
19. Hernández Aguado I, Lumbreras Lacarra B. Crisis e independencia de las políticas de salud pública. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit* 2014;28 Suppl 1:24-30. Accesible en (verificado febrero de 2017) <http://www.gacetasanitaria.org/es/crisis-e-independencia-las-politicas/articulo/S0213911114000867/>
20. Kurzer P, Cooper A. Biased or not? Organized interests and the case of EU food information labelling. *J Eur Public Policy* 2013;20(5):722-40.
21. Parmet WE. Beyond Paternalism: Rethinking the Limits of Public Health Law. *Conn L Rev* 2014;46(5):1771-94.
22. Pinilla J, González B, Barber P, Santana Y. Smoking in young adolescents: an approach with multilevel discrete choice models. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(3):227-32.
23. Advancing the right to health: the vital role of law. Geneva: World Health Organization; 2017. Accesible en (verificado Enero 2017) <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252815/1/9789241511384-eng.pdf?ua=1>
24. Hernandez Aguado I. (Coordinador). Definición de las prioridades de la política de salud. Cuadernos de la Fundación Doctor Antonio Esteve número 36. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve, 2016. Accesible en (verificado Enero 2017) <http://www.esteve.org/jornada-prioridades-politicas-salud/>

Cómo citar este artículo:

Hernández, I., "La libre opción individual y la salud. Paternalismo directivo o irresponsabilidad pública ante el sufrimiento y la desigualdad", en *Folia Humanística*, 2017; 5: 1-21 . Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0021>.

© 2017 Todos los derechos reservados a *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

LICENCIA PARA FUMAR

Juan Medrano

Resumen: La lucha contra el tabaquismo viene incluyendo diversas estrategias para reducir el consumo, en tanto no se decida la prohibición plena de la venta y distribución de tabaco. Así, se ha intentado disuadir del consumo a través de la información sobre sus riesgos, la actuación sobre su precio y la presentación en paquetes genéricos que lo hacen menos atractivo. En esta reseña se comenta un artículo de Halliday (2016) que analiza la dimensión ética de la introducción de la obligatoriedad de adquirir una licencia para consumir tabaco que permita su adquisición.

Palabras clave: Tabaco, Consumo de tabaco, Salud pública.

Abstract: LICENSE FOR SMOKING

The fight against smoking has included a number of strategies to reduce tobacco use. As long as a complete ban is decided, some alternative policies have been implemented to deter smoking, among them, information in packages on the risks tobacco poses to health, price increases and plain packaging to render smoking less attractive. This short review comments a paper by Halliday (2016) that examines the Ethics of a mandatory license for smoking that entitles the holder for purchasing tobacco products.

Keywords: Tobacco, Smoking, Public Health.

Artículo recibido: 30 noviembre 2016; **aceptado:** 11 marzo 2017.

Halliday D. *The ethics of a smoking licence. J Med Ethics* 2016; 42: 278-84.
DOI: [10.1136/medethics-2013-101347](https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101347).

Se ha publicado recientemente, con resonancias *jamesbondianas*, un libro titulado [Licencia para Matar](#)¹, en el que el periodista Carlos Escolà analiza las actuaciones, generalmente poco presentables, de las empresas tabaqueras para promover y defender el uso del tabaco, o para incentivar su consumo en nuevos mercados. Distingue básicamente tres actuaciones:

Por una parte la diseminación de la duda que el tabaco sea realmente pernicioso para la salud. Gracias a la divulgación de hallazgos que, por no confirmatorios, cuestionan toda información contraria al consumo del tabaco acusándola de sesgada. Se trata, pues, de crear incertidumbre de modo que, primero, el lector o receptor de la información pueda adecuarla a sus propios sesgos y racionalizaciones y, segundo, dirigirla, si es preciso, hacia aquel sector poblacional que más convenga a quien realiza la campaña. Como afirmaba ya en 1969 un documento interno de una tabaquera estadounidense, *"La incertidumbre es nuestro negocio, ya que es la mejor manera de competir con la información (que relaciona fumar con enfermedad) que maneja el público. Es también la manera de generar controversia"*. Esta cultura de la incertidumbre ha dado lugar a la creación de una disciplina, la agnotología (del griego ἄγνωσις, *agnōsis* que significa "desconocer" y -λογία, *-logía*) dedicada al estudio de la ignorancia o duda culturalmente inducida, especialmente a la publicación de datos científicos erróneos o tendenciosos. El término fue acuñado por Robert Proctor, profesor de la Universidad de Stanford, que en 2008 fue coeditor de un libro, [Agnotology: The Making and Unmaking of Ignorance](#)². Se trata de un estudio que analiza la creación interesada de la incertidumbre y su extensión a diversos ámbitos, como, por ejemplo, la del cambio climático; en torno a cuya manipulación agnotológica publicó hace unos años Greenpeace un [informe](#)³ que se abría precisamente con la cita que comentábamos de la empresa tabaquera.

La segunda actuación es la promoción del consumo del tabaco presentándolo como algo atractivo. La cultura occidental del siglo XX, muy en particular la cinematográfica, está repleta de imágenes que asocian fumar, en particular cigarrillos, con modelos, actividades y prototipos positivos. Un modelo que, como destaca Escolà, en la actualidad se está desplazando a las nuevas zonas (Asia, Latinoamérica o África) coincidiendo con los mercados emergentes para el tabaco.

Y la última actuación es la defensa del consumo de tabaco como una decisión personalísima, un derecho individual y una forma de ejercer la soberanía y la

autonomía de cada individuo. Esta vía choca con los hallazgos, en los últimos años, sobre los mecanismos de refuerzo conductual implicados en el tabaquismo (y en otras adicciones, incluso en hábitos que no consideramos como tal), así como con la demostrada “atracción inducida” hacia el tabaco que puede generar la incorporación deliberada de ciertas sustancias, por parte de los fabricantes, que podrían potenciar la capacidad adictiva de los cigarrillos.

A pesar de todos estos esfuerzos, la constatación de que el tabaco es pernicioso para la salud ha desbordado cualquier maniobra agnotológica. Su conexión con la patología oncológica y cardiovascular está [fuera de toda duda](#)⁴. Parece de sobras constatado el hecho de que el consumo de tabaco, en particular, fumado, es muy pernicioso para la salud (se ha propuesto que la EPOC se denomina Humosis o mal del fumador y se sugiere que [la enfermedad no es la repercusión respiratoria, sino el hecho mismo de fumar](#)⁵. Incluso se ha planteado que [el tabaquismo podría relacionarse etiológicamente con la psicosis](#)⁶, lo que pone en entredicho teorías previas que explicaban el alto porcentaje de fumadores entre las personas con psicosis crónicas invocando que el tabaco podría atenuar los síntomas de la esquizofrenia o los secundarismos de los antipsicóticos. Ciertamente es que el tabaco parece ejercer una cierta capacidad protectora para una sola enfermedad: el [Parkinson](#)⁷. Aunque desde una perspectiva cínica podría decirse que es un artefacto producido porque elimina por otras vías a fumadores que hubieran desarrollado la enfermedad, trabajos recientes encuentran que esa acción protectora disminuye en personas que han dejado de fumar y es menor cuanto mayor sea la duración de la abstinencia, lo que sugiere que el tabaco, pese a todo, [sí protege del Parkinson](#)⁸.

Desde una perspectiva de salud pública, lo cierto es que los riesgos presentados por el consumo de tabaco hacen que los estados deban plantearse cómo atajarlo. Así la primera vía de intervención sería generar conocimiento y evidencia, que desmonte estrategias agnotológicas, y divulgarlo debidamente sin duda es una vía tan obvia como obligada. Respecto a la proyección de la imagen

glamerosa del tabaco, la segunda vía de intervención adecuada es hacer poco atractivo el tabaco: evitar su publicidad, divulgar sus riesgos en los propios paquetes o hacer que estos sean [genéricos o neutros](#)⁹. Por último, frente a la defensa de la decisión libre y personalísima de fumar, una tercera vía de intervención es la de la carga impositiva. El tabaco es un producto muy gravado prácticamente desde que se tuvo conocimiento de su existencia. Las casas reales europeas, al constatar su atractivo, no tardaron en ejercer monopolios o cargar su consumo de impuestos para sufragar sus gastos y privilegios, algo que después asumieron los estados modernos. En los últimos años se ha planteado que una vía esencial para reducir su consumo es su encarecimiento mediante una creciente carga fiscal, que no solo sirve para incrementar los ingresos de los estados, y sufragar así los gastos sanitarios o sociales que genera el tabaco (argumentación utilitarista), sino también para disuadir a los consumidores potenciales o hacer que los habituales limiten los cigarrillos diarios.

Un [trabajo](#)¹⁰ del australiano Daniel Halliday se plantea la “licencia para fumar” (que también con resonancias *jamesbondianas* titula esta reseña) como una alternativa a los impuestos sobre el consumo del tabaco, analizando la idea desde una perspectiva ética. Halliday empieza por aclarar que su planteamiento pretende ser una teoría “no-ideal”. El autor aclara que cualquier distinción entre teorías “ideal” y “no ideal” es forzosamente burda, pero siguiendo [otras fuentes](#)¹¹, puede decirse que una teoría ideal describe la mejor versión de algo, mientras que una teoría no ideal describe qué hacer cuando no estamos en la situación ideal (porque no podemos o porque no queremos). De ahí pasa a distinguir entre: las funciones de los impuestos, una variante paternalista de coerción al individuo para su propio bien; en la medida que pagar representa una coerción y una limitación de la conducta que se pretende reducir por suponer inapropiada. Si bien es lógico mostrar reservas ante cualquier forma de paternalismo, a juicio de Halliday, esta actitud está justificada en el caso del tabaquismo. La educación sanitaria no es suficiente para reducir el consumo y la propia OMS recomienda “*incentivos*” (o tal vez mejor “*desincentivos*”) más enérgicos como una fuerte carga impositiva. Por otra parte, es evidente que hay

un consumo importante en colectivos a los que se supone una menor capacidad de decisión (menores) y que el tabaco reúne un potencial adictivo más que significativo y un potencial lesivo, por lo que se debe considerar medidas firmes para disuadir su consumo.

En el modelo actual se grava la compra de cada paquete de tabaco, con lo que el gasto en impuestos se reparte a lo largo del tiempo (con un paralelismo con la compra a plazos). Una licencia obligaría a gastar un dinero "de golpe" (siendo aquí la equivalencia el pago al contado). Al margen de otras consideraciones, como los beneficios que obtenga el gestor del crédito, por lo general la compra a plazos resulta más atractiva, bien sea porque el reparto del gasto soluciona el problema de una insuficiente liquidez, bien por el efecto ilusorio que tiene pagar menores cantidades a lo largo del tiempo. Por otra parte, con la licencia el gasto no solo está vinculado a la decisión de empezar a fumar (o de seguir fumando), y no tanto a la compra de una dosis de tabaco, sino que es elevado al concentrar en un solo acto toda la carga impositiva. La justificación ética de la medida, explica Halliday, resulta más evidente si observamos que el inicio del consumo se suele dar en la adolescencia. Los menores, que cuentan con menos recursos económicos y tendrían más complicado poder pagar la licencia, lógicamente, tendrían vetado obtenerla en los países donde esté claramente estipulada la prohibición de venta de tabaco a adolescentes, al tiempo que los vendedores, obligados a reclamar el documento a todo cliente, no podrían excusarse diciendo que el comprador tenía aspecto de tener más edad cuando se les sorprendiera vendiendo tabaco a menores. Por otra parte, la adolescencia es un periodo de la vida de especial vulnerabilidad en relación con los tóxicos, por la presión que ejerce el grupo de pares hacia el consumo y por la menor capacidad para toma de decisiones vinculada a la edad (así como por la mayor susceptibilidad al daño cerebral), que en términos neurobiológicos suele asociarse a que no se produce la plena mielinización hasta los 20-22 años. Quien empezase a fumar rebasada la adolescencia no solo podría tomar la decisión con una mayor libertad, en ausencia de presión grupal y dotado de mayor capacidad ("*cuando se alcanza la madurez*", cada individuo "*es responsable*

de lo que hace con su cuerpo", [argumentaba](#)¹² en 2010 el presidente de Socidrogalcohol defendiendo extender por ley la prohibición de consumo de alcohol hasta los 20-22 años), sino que además se beneficiaría de haber evitado unos años de consumo cruciales en el desarrollo del hábito (y en el inicio de las secuelas físicas del mismo). En todo caso, los adultos seguirían teniendo como desincentivo la concentración en el precio de la licencia de todo el coste de los impuestos por paquete.

Desde un punto de vista práctico, Halliday analiza diversas cuestiones. La primera es cómo debería ser la licencia. Frente a algunos economistas, que defienden un modelo temporal (pagar una cantidad para tener acceso a tabaco durante un tiempo predefinido), se posiciona a favor de un modelo de "consumo absoluto", cuantitativo, que supondría el abono de una tasa para poder comprar una cantidad prefijada de tabaco. Para ello razona que este modelo mantiene la relación entre coste y consumo, y resulta por ello menos arbitrario y más proporcionado. Este tipo de licencia, lógicamente, haría necesario que pudiera descontarse con cada compra la cantidad de tabaco adquirida, pero para ello bastaría con aplicar la tecnología de los bonobuses electrónicos. Independientemente de que el modelo sea temporal o cuantitativo, podrían establecerse licencias escalonadas, que supondrían un mayor coste en la primera que se adquiriese con un gasto menor más adelante. Esto podría hacerse reduciendo el coste de las licencias sucesivas o haciendo que su duración fuera mayor. De esta manera, los ya fumadores (y entre ellos, los que objetivamente no pudieran dejar el hábito) pagarían menos.

Otro aspecto que hay que abordar es el de lo que Halliday denomina Psicología de los Costos Sumergidos. Son los costos que por haberse incurrido en ellos son inevitables y que llevarían consigo la tentación de: si no amortizarlos, sí cuando menos sacarles partido. La licencia es un costo sumergido y la tentación sería aquí fumar lo más posible, con el fin de "hacer gasto" de lo previamente pagado. Halliday plantea en este sentido que aun siendo un incentivo para que el fumador consuma lo máximo que le permita su licencia, debe contrapesarse esta

posibilidad con el número de fumadores que habrán sido disuadidos de iniciar el consumo. Por otra parte, cada vez que haya que desembolsar el importe de la licencia, el fumador deberá valorar si hacer el gasto, por lo que el costo no está del todo sumergido y es ostensible al obtener el permiso para fumar. Por último, razona, la posibilidad de que la Psicología de los Costos Sumergidos incentive el consumo, es otra razón por la que el modelo de licencia temporal es más inadecuado que el modelo cuantitativo.

También se plantea Halliday la posibilidad de que las licencias sean compartidas; sería una estrategia para reducir el gasto, sin embargo, las ventajas disuasorias de la licencia con un modelo temporal serían lógicamente mucho menores, lo que refuerza su creencia que es más oportuno el modelo cuantitativo. Por último, existe el riesgo de que la obligatoriedad de contar con licencia para fumar fomente el mercado negro, pero en opinión de Halliday existen datos (en particular, el caso del contrabando de tabaco estadounidense a Canadá cuando subieron los impuestos en este segundo país) que demuestran la existencia de un techo para el mercado negro, derivado de dificultades logísticas, al tiempo que el impacto real del tabaco ilegal es muy inferior al del legal.

Otra cuestión analizada por Halliday es la discriminación. Pagar una licencia sería abonar de una vez una cantidad elevada, lo que penalizaría más a las personas con menor liquidez. Precisamente son estas personas las que tienen mayores dificultades para dejar el hábito, porque los tratamientos farmacológicos no están financiados o porque ciertas conductas saludables alternativas (hacer deporte, ir a un gimnasio) son o más caras que fumar o requieren un tiempo del que no requieren capas desfavorecidas de la sociedad. Para subsanarlo, Halliday propone que se arbitren medidas sociales que se dirijan globalmente a mejorar las condiciones de vida de los colectivos con menos oportunidades y que se financien los tratamientos para deshabituación tabáquica. En relación también con la discriminación, el autor no ve que la obligatoriedad de una licencia añada un plus de

desvalorización a los fumadores, colectivo que en los últimos años ya viene soportando una cierta dosis de estigmatización.

Finalmente, Halliday menciona la posibilidad de una generalización del modelo de la licencia para disuadir de otras conductas consideradas no saludables (la tasa a las bebidas carbonatadas en Nueva York abre la puerta a la extensión del paternalismo sanitario – económico). En este sentido, establecer una licencia para fumar podría ser el primer paso para una intervención generalizada del estado, por esta vía, sobre las conductas de los ciudadanos. Si bien esto podría representar una objeción a dar ese primer paso, a su modo de ver, la intervención sobre el tabaco está plenamente justificada porque no aporta ningún beneficio. Incluso el supuesto alivio del estrés, al que se refieren los fumadores, tiene más que ver con fenómenos de abstinencia y dependencia de nicotina, que con un efecto real del producto.

La propuesta de Halliday ha generado sin duda un cierto debate. Así, en comentarios a la propuesta, [Shein](#)¹³ centra su crítica en señalar que es excesivamente optimista descartar la influencia del mercado negro, en tanto que excluye la posibilidad de un tráfico de licencias, incluso falsificadas. Asimismo, encuentra que la licencia es discriminatoria más allá de las soluciones o parches propuestos por Halliday. Por su parte, [Chapman](#)¹⁴, que años atrás ya hizo una [propuesta](#)¹⁵ más tibia, aprovecha para plantear su propio modelo de licencia para fumar: por un lado, que el fumador opte a una licencia tras realizar un “test de conocimiento del riesgo”. Y que, al mismo tiempo, existan diversas formas de licencia en función del consumo diario, con mayor costo para los consumos más altos.

La necesidad de limitar el consumo de tabaco es reconocida universalmente, y asimismo el acceso al tabaco. Recientemente [se ha dado a conocer](#)¹⁶ un plan ruso que pretende prohibir el acceso a los cigarrillos a los nacidos después de 2014. La medida contempla la erradicación a largo plazo del tabaquismo en Rusia, un país de 143 millones de habitantes donde -según datos de la OMS- cada año casi 400.000 rusos mueren de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Si dicha

medida entrará plenamente en vigor en 2033, tal como se afirma, supondría que la primera generación de rusos nacidos en este siglo sería la última en fumar tabaco. Otras propuestas son más radicales, como la que en el mismo simposio planteaban [Grill y Voigt](#)¹⁷ : erradicar el consumo a través de la prohibición global. Entre tanto, la licencia para fumar es una opción que, al concentrar y centrarse en la carga impositiva, reconoce el papel disuasorio de este tipo de estrategias para limitar el uso de tabaco.

Juan Medrano

Médico psiquiatra
Red de Salud Mental de Bizkaia

Juan.medranoalbeniz@osakidetza.eus

Bibliografía

1. Escolà C. *Licencia para matar*. Península, Barcelona, 2016.
2. Proctor RN, Schiebinger L (Eds.). *Agnology: The Making and Unmaking of Ignorance*. Stanford University Press, Stanford, 2008.
3. Greenpeace. El negocio de la incertidumbre: la duda es su producto. Fábricas de incertidumbre La industria que niega el cambio climático y la ciencia del clima. Breve historia de los ataques a la ciencia, a los científicos del clima y al IPCC, 2010. Recuperado en http://www.greenpeace.org/espana/Global/espana/report/cambio_climatico/100421.pdf
4. U.S. Department of Health and Human Services. *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
5. Fabbri LM. Smoking, Not COPD, as the Disease. *N Engl J Med* 2016; 374:1885-6. doi: [10.1056/nejme1515508](https://doi.org/10.1056/nejme1515508)
6. Gurillo P, Jauhar S, Murray RM, MacCabe JH. Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 718–25. doi: [10.1016/S2215-0366\(15\)00152-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00152-2)
7. Hernán MA, Takkouche B, Caamaño-Isorna F, Gestal-Otero JJ. A meta-analysis of coffee drinking, cigarette smoking, and the risk of Parkinson's disease. *Ann Neurol*. 2002; 52: 276-84. Recuperado en: http://www.medicine.mcgill.ca/epidemiology/hanley/c626/coffee_cigs_Parkinsons.pdf

8. van der Mark M, Nijssen PC, Vlaanderen J, Huss A, Mulleners WM, Sas AM, et al. A case-control study of the protective effect of alcohol, coffee, and cigarette consumption on Parkinson disease risk: time-since-cessation modifies the effect of tobacco smoking. *PLoS One*. 2014 Apr 30; 9(4):e95297. doi: [10.1371/journal.pone.0095297](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095297).
9. Warner KE. The national and international regulatory environment in tobacco control. *Public Health Res Pract*. 2015 Jul 9;25(3):e2531527. doi: [10.17061/phrp2531527](https://doi.org/10.17061/phrp2531527).
10. Halliday D. The Ethics of a smoking license. *J Med Ethics* 2016; 42: 278–4. doi:[10.1136/medethics-2013-101347](https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101347)
11. Berg AE (2015). Studies on Ideal and Non-Ideal Theory. A dissertation submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree Doctor of Philosophy in Philosophy, University of California, San Diego. Recuperado en: <http://escholarship.org/uc/item/9wc8c0c4>
12. JMJ. "La ley del alcohol es necesaria por motivos sanitarios". *Diario Médico*. Martes 2 de marzo de 2010. Sanidad. Recuperado en: <http://www.diariomedico.com/2010/03/02/area-profesional/sanidad/la-ley-del-alcohol-es-necesaria-por-motivos-sanitarios>
13. Shein D. Daniel Halliday, 'The Ethics of a Smoking License'. *J Med Ethics* 2016; 42:285. doi: [10.1136/medethics-2016-103471](https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103471).
14. Chapman S. Halliday's 'The ethics of a smoking licence'. *J Med Ethics* 2016; 42: 288-90. doi: [10.1136/medethics-2016-103446](https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103446).
15. Chapman S. The case for a smoker's license. *PLoS Med* 2012; 9(11): e1001342. doi: [10.1371/journal.pmed.1001342](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001342).
16. Colás X. Los rusos nacidos tras 2014 no podrán fumar ni al llegar a adultos. *El Mundo*. Martes 17 de enero de 2017. Salud Pública. Recuperado en: <http://www.elmundo.es/sociedad/2017/01/17/587d0a81468aeb17048b4575.html>
17. Grill K, Voigt K. The case for banning cigarettes. *J Med Ethics* 2016; 42: 293-301. doi: [10.1136/medethics-2015-102682](https://doi.org/10.1136/medethics-2015-102682)

Cómo citar este artículo:

Medrano, J., "Licencia para fumar", en *Folia Humanística*, 2017; 5 :22-31 .
Doi: <http://dx.doi.org/10.30860/0022>.

© 2017 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

LA HIPÓTESIS DE UNA VIDA NATURAL

Francesc Borrell i Carrió

Resumen: En nuestro afán de controlar nuestra salud podemos abrazar modelos metafísicos que nos explican los avatares de nuestra vida y nos prescriben conductas preventivas. El modelo que llamamos “de la vida natural” propone que un régimen de vida estricto es capaz de prevenir las enfermedades crónicas e incluso revertir su curso. Es un modelo muy extendido y que en ocasiones justifica la falta de adherencia a medicaciones crónicas. El beneficio psicológico de este modelo es hacer previsible el futuro. Cuando estas personas afrontan enfermedades graves suelen mostrarse decepcionadas con este modelo, y a veces reclaman un modelo hiper-tecnificado y altamente intrusivo como garante de su salud.

Palabras claves: Prevención, Modelo metafísico, Enfermedad crónica, Pensamiento mágico.

Abstract: *THE HYPOTHESIS OF A NATURAL LIFE*

In our eagerness to control our health we can embrace metaphysical models that explain the vicissitudes of our lives and prescribe preventive behaviors. The model we call "of natural life" proposes that a strict life regime is capable of preventing chronic diseases and even reversing its course. It is a very widespread model and sometimes justifies the lack of adherence to chronic medications. The psychological benefit of this model is to make the future predictable. When these people face serious illnesses they are usually disappointed with this model, and sometimes they claim a hyper-technified and highly intrusive model as a guarantor of their health.

Keywords: *Prevention, Metaphysical model, Chronic disease, Magical thinking.*

Artículo recibido: 5 de marzo de 2017; **aceptado:** 12 de marzo de 2017.

“Doctor, no fumo, no bebo, nunca he tenido enfermedades de transmisión sexual, ya que soy monógama/o estricto, hago ejercicio y en mi cuerpo solo entran nutrientes cuidadosamente seleccionados conforme a los cánones de la dieta mediterránea.... ¿cómo puede ser que me hayan diagnosticado cáncer? ¿qué hice mal?”

El significado de la vida es metafísico. No busquen en las alacenas de doctores en física o biología una respuesta al apotegma “¿por qué existe algo en lugar de nada?”(Leibniz). Echados como hemos sido a un mundo que no comprendemos, sin manual de instrucciones para nuestros propios apetitos, menesterosos al extremo de respirar 13 veces por minuto, hemos llegado a soñar

con ser inmortales por la gracia de seguir dietas macrobióticas, tomarnos una piruleta vitamínica u homeopática y correr medias maratones. Algo así como firmar un contrato con un dios menor, *el dios de la vida natural*, que nos debería al menos garantizar 100 años prósperos.

Sin embargo a este dios menor no se le ve –ni se le espera- por parte alguna. Para empezar la mitad de nuestro nitrógeno celular proviene de fertilizantes químicos (1). O dicho de otra manera: si dependiéramos de una agricultura ecológica, la mitad de la Humanidad desaparecería. Nos rasgamos las vestiduras ante el cambio climático, pero gastamos energía cuando estamos sentados mirando la *tablet*, viajamos al otro lado del mundo por puro placer, semanalmente lanzamos medio metro cúbico de envases y plásticos por habitante, y en lugar de agua talamos árboles para limpiarnos las posaderas con papel higiénico de doble capa.

El mito de la vida natural tiene el poder sedante de los somníferos. Mas o menos nos asegura que viviremos en buen estado de salud si seguimos unas normas higiénicas, dietéticas y de hábitos diarios que alguna autoridad –quizás científica, a veces esotérica, y casi siempre una mezcla de ambas- tiene a bien revelarnos. La persona que firma este contrato virtual en realidad lo firma con la fe de un conjuro y la fuerza de un amuleto. Desgraciadamente ninguno de los gurúes que le aconsejan firma también el contrato, y mucho menos acepta reclamaciones. Entonces el paciente acude a nosotros, los médicos de familia, y desea que embridemos el azar y asumamos el rol de dioses menores....

Pero veamos, dejemos de lado las medicinas alternativas que abusan del tema, ¿acaso no salen expertos serios y fiables por la televisión proclamando las excelencias de la dieta mediterránea y muchas otras medidas preventivas? ¿No hay sólidas evidencias científicas de las ventajas de evitar contaminantes, tomarse la presión, mantener a raya el colesterol, etc., etc.?

En efecto, así es. Cada experto puede defender las bondades de sus consejos, pero la suma de estas bondades no garantiza 100 años de bonanza. Y cuando lo que se predica es “regresar” a la vida natural, en realidad se nos dice

algo que no es ni práctico ni practicable. No podemos prescindir de los fertilizantes, de la ganadería intensiva, de la energía que consumimos, de las medicinas que tomamos.... salvo que admitamos un más que probable holocausto. No nos queda mas remedio que continuar con esta locura del crecimiento económico anual, las macro-ciudades, la globalización.... porque la opción contraria es suicida. Alguien comparó nuestra situación a la de una persona que cae de un rascacielos y mientras cae construye el paracaídas que tiene que salvarle....

Pero si fuera posible este regreso “a lo natural” en absoluto garantizaría los 100 años de vida feliz. El modelo de “la vida natural” olvida que nuestros ancestros vivían apenas 35 años, aquejados de terribles dolores de muelas y cabeza, (he aquí las trepanaciones.... ¡pobres migrañosos!), desnutrición, parásitos, tuberculosis, etc., etc. Y aunque esta lamentable situación sanitaria fuera resuelta, olvida también que muchos padecimientos (notablemente la mayoría de enfermedades crónicas y degenerativas) tienen un sustrato genético y epigenético. El contexto físico, cultural y emocional del sujeto juegan otra parte, ¡por no hablar del mero azar!. Si, así de complicada es nuestra salud y la adaptación al medio. Cuesta aceptar y comprender porque preferimos un modelo reduccionista que nos permita imaginar que dominamos nuestro futuro. Pero este modelo simplemente solo existe en nuestra imaginación, o para decirlo paladinamente, el modelo de la vida natural (Tabla 1) resulta trágicamente falso.

No, no vivimos en la peor de las épocas de la Humanidad. La afirmación contraria quizás sea más acertada. Nunca la tierra había soportado tanta Humanidad y tan sana. Pero la longevidad paga el precio de enfermedades crónicas y achaques inevitables, lo que lleva a las sociedades envejecidas a un consumo de fármacos enorme. ¡Muchas personas confunden este consumo de fármacos como la causa de dichos achaques!. El mundo al revés.

Las sociedades envejecidas también son menos felices (2). Vivimos más años que los países subdesarrollados a costa de ser menos felices, eso es así. La gente de países africanos con esperanza de vida inferiores a 50 años vive un tipo de

felicidad inmediata, basada en la fruición de su juventud, a la que Schopenhauer llamaba *el regalo de la alegría*... En los países desarrollados esta alegría juvenil se diluye en el caudal de los achaques artrósicos.... Pero, ¿preferiríamos morir mas jóvenes?

Analicemos un caso prototípico, una Sra. X, diabética e hipertensa, con fibromialgia, que para mantener su presión y su azúcar a niveles normales tiene que tomar 4 fármacos. A pesar de seguir escrupulosamente una dieta y ejercicios diarios no consigue zafarse de sus medicinas. Además tiene que realizar una mamografía y una sangre oculta en heces cada dos años, para no hablar de otras medidas preventivas.... Todo eso... ¿para qué si tiene además una depresión enorme y una fibromialgia que le produce un dolor corporal que no le deja dormir por las noches? Un diálogo típico sería:

Paciente.-*“Doctora eso no es vida... envíeme usted a la clínica del dolor o déme algo que sea mas fuerte”*

Doctora.-*“Ya la mandé y dijeron que no podían hacer mas cosas. Le pusieron este parche de morfina y estas pastillas”.*

Paciente.-*“Si pero no me hace nada. Creo que dejaré todas las pastillas a ver qué pasa”.*

Doctora.-*“Lo que va a pasar es muy sencillo: el azúcar le subirá y llegará un momento en que ingresará en coma en Urgencias, o el azúcar le dañara la retina y perderá la vista... Créame, siga con estas medicinas para evitar complicaciones. Bien es verdad que no le devolvemos la salud de cuando tenía usted 20 años, pero al menos está usted viva y es autónoma para sus actividades diarias”.*

Este diálogo desvela que en oposición al modelo “vida natural” encontramos un modelo basado en la reducción del riesgo. Está claro que para muchas enfermedades no hay prevención, como tampoco hay alivio para los muchos achaques derivados del simple hecho de envejecer. Sin embargo hoy sabemos, por

ejemplo, que a mejor control del azúcar, los diabéticos conservan en mayor medida sus capacidades cognitivas (3). Algo similar ocurre con los niveles de tensión arterial. También sabemos reducir el riesgo de infarto de miocardio, sobre todo cuando el riesgo es elevado. Ahora bien, en prevención, como en tantas otras actividades humanas, uno puede pasarse de frenada, y caer en una “preventivitis”, al punto de que las mismas medidas que pretenden prevenir enfermedades pueden causar otro tipo de padecimientos; entre ellos –y no menor- la hipocondría. De eso da cuenta la llamada “prevención cuaternaria”, a saber: protegernos de la propia medicina (4).

Dicho todo lo anterior debemos afrontar una pregunta crucial: ¿podemos decir que esta perspectiva de reducir el riesgo de enfermedad constituye un modelo metafísico?

Posiblemente no uno, sino dos modelos. El más usual lo podríamos denominar “modelo de Inspección Técnica de Vehículos” (ITV). El lector nos perdonará la frivolidad del título, pero resulta sumamente descriptivo. De la misma manera que un coche tiene que pasar periódicamente la ITV, el modelo propone someternos a un mínimo chequeo para detectar manifestaciones incipientes de enfermedades que, dejadas a su albur, nos acortarían la vida o cercenarían su calidad. La fatiga de materiales –(e incluso una obsolescencia programada)- de nuestros automóviles equivale a nuestro proceso de envejecer, poco podemos hacer para remediarlo. Pero sabemos que si conducimos con prudencia, cuidamos los niveles de aceite, no desgastamos los neumáticos con arranques y frenadas inmisericordes, y estamos en fin atentos a detectar precozmente pequeños defectos de fábrica, alargaremos la vida útil del ingenio....

A nivel humano este modelo repugna a cierto puritanismo de la vida natural que no ve con buenos ojos los 4 ó 5 fármacos que de media consume un paciente policrónico. En realidad a muchos pacientes -casi todos- les disgusta “depender” de medicamentos. Un típico diálogo sería:

-¿Hasta cuando tengo que tomarme la simvastatina, doctor?

-Probablemente toda la vida, pero lo iremos viendo en sucesivos controles.

Para minimizar esta crítica, los profesionales de la salud hemos inventado el modelo “ITV”. Este modelo trata de segmentar a la población según riesgos, y determinar para cada grupo las pruebas preventivas a realizar y su periodicidad. Pero lo cierto es que no distingue bien las poblaciones “diana” sobre las que actuar, aquellas personas que más y mejor se beneficiarían de las medidas preventivas. Eso conlleva medicalizar a un porcentaje de personas que en realidad no se benefician de las medidas preventivas, pero a las que se les recomienda dichas medidas porque cumplen con determinados criterios postulados por las guías preventivas (aprobadas por sociedades científicas).

Otra crítica es que alargamos la esperanza de vida a costa de empeorar su calidad. Al final tenemos ancianos que viven dependientes de una máquina de respirar (caso de las apneas nocturnas o de bronquíticos que precisan oxígeno), o que necesitan cuidadores las 24 horas del día porque han perdido completamente su movilidad (parkinson, demencias...). Tenemos medicinas suficientemente buenas para alargar la vida, pero no para revertir los efectos del envejecimiento.

El modelo “predictivo-genético” solventa algunos de estos inconvenientes, pero quizás añade otros peores. Este modelo se basa en estudiar el perfil genético de cada persona y de tal manera determinar la probabilidad de desarrollar enfermedades. El estudio genético tendrá dos consecuencias importantes: no solo nos orientará sobre el riesgo de enfermedades, sino también acerca de la idoneidad de las diferentes opciones terapéuticas a nuestro alcance. Seremos más precisos y eficaces a la hora de prescribir fármacos. Sin embargo abrirá un profundo debate relativo a la “gran longevidad” (personas centenarias) y la sostenibilidad del Estado del Bienestar (5). Otro efecto indeseable será detectar predisposiciones a enfermedades para las cuales no tenemos ni ahora, ni quizás en un futuro próximo, prevención ni tratamiento...

Advirtamos enseguida que ambos modelos pueden ser vividos bajo el mismo prisma de control que criticábamos para el modelo de “vida natural”. Pero

ninguno de ellos nos garantiza tampoco el infortunio de una enfermedad incurable. Lo único que podemos esperar de ellos es una reducción del riesgo, no una evaporación del riesgo.

Recuperemos en este punto el diálogo con el que abrimos este artículo.... ¿qué podríamos decirle a este paciente decepcionado con el modelo de “vida natural”?

Paciente.- *“Doctor, no fumo, no bebo, nunca he tenido enfermedades de transmisión sexual, ya que soy monógamo/o estricto, hago ejercicio y en mi cuerpo solo entran nutrientes cuidadosamente seleccionados conforme a los cánones de la dieta mediterránea.... ¿cómo puede ser que me hayan diagnosticado cáncer? ¿qué hice mal?”*

Doctor.- *“Usted en realidad no hizo nada mal. Es usted un paciente ejemplar y a buen seguro su esfuerzo no cae en saco roto. Lamentablemente para el tipo de cáncer que tiene usted hoy en día no hay prevención. Toca a quien toca”.*

¿Y qué decirle si hay un pequeño pero fundamental giro en la última frase del paciente? (Ver subrayado):

Paciente.- *“Doctor, no fumo, no bebo, nunca he tenido enfermedades de transmisión sexual, ya que soy monógamo/o estricto, hago ejercicio y en mi cuerpo solo entran nutrientes cuidadosamente seleccionados conforme a los cánones de la dieta mediterránea.... ¿cómo puede ser que me hayan diagnosticado cáncer? ¿qué hizo usted mal?”*

Doctor.- *“No creo que hiciera nada mal... Para el tipo de cáncer que usted tiene no hay prevención”.*

Paciente.- *“Pues yo creo que si usted me hubiera hecho una Resonancia Magnética hace un año lo habríamos visto y se hubiera podido erradicar”.*

Doctor.- *“¡No tenía usted síntomas de esta enfermedad!”*

Paciente.- *“Ni falta que hace. Las resonancias magnéticas no producen radiación y se podrían hacer anualmente a todas las personas para hacer prevención de verdad”.*

Obsérvese que ahora el paciente ha migrado de un modelo de “vida natural” a un modelo de vida “hiper-tecnificada”, en la que cada persona pasa por un body-scanner anualmente... No resulta demasiado extraño habida cuenta que en el fondo esta persona no trata de tener una coherencia filosófica, sino sencillamente controlar los factores que influyen sobre su salud. Cualquier epidemiólogo nos advertiría de inmediato que “no todo vale”... Incluso un body-scanner anual no evitará neoplasias explosivas e incurables, eso sin tener en cuenta los efectos biológicos que supondría este tipo de exploraciones realizadas cada año, las alarmas infundadas a que daría lugar, y la astronómica factura que supondría para el Servicio Nacional de Salud. Empero el modelo “predictivo-genético” está llamado a triunfar, porque activará como ninguno el *efecto amuleto*. Aunque los otros dos modelos también persistirán: el de “vida natural” para las personas de tendencia romántica, y el modelo “ITV” para las personas que no quieran enfrentarse a las malas noticias que nuestro genoma puede depararnos.

McIntyre ya nos advertía que cada persona construye su filosofía moral como puede y de la mejor manera para adaptarse al entorno, dando por resultado una sociedad en la que conviven casi todas las opciones filosóficas posibles (6). Cada persona, añadiríamos, con la posibilidad de transitar de uno a otro modelo sin prácticamente coste alguno. Solo los gurúes de cada modelo adquieren un compromiso público, y raramente lo traicionan. Es el precio que tienen que pagar por intentar ser coherentes. Para el resto de mortales quizás la vida haya que vivirla con un punto de inconsistencia, incluso de irracionalidad. O en todo caso quizás este punto de irracionalidad sea inevitable.

Pero seamos positivos y digamos lo mismo de la manera más optimista posible: cada persona encuentra en su medio cultural las propuestas metafísicas que se adaptan mejor a su formación intelectual y a la proporción de pensamiento

mágico que le habita. Y siguiendo a William James, tiene todo el derecho a buscarse la felicidad al precio de renunciar a la verdad (7). Aunque no olvidemos que lo que puede ser verdad para las personas individuales no lo es para la comunidad científica.

En resumen: todos los mensajes y productos “bio” favorecen la visión de un mundo controlable siempre que “nos portemos bien” y sigamos determinados cánones. En realidad cualquiera de los tres modelos analizados, el natural, el ITV o el genético, pueden ser vividos como un contrato con este dios menor que ofrece 100 años de bonanza. Sin embargo nuestra vida será siempre azarosa, nuestro genoma estará expuesto a riesgo que ni siquiera sospechamos y, aunque vivamos muchos años, al final acabaremos por morir. Preparémonos para las malas noticias... ¡Carpe diem!.

TABLA 1. EL MODELO DE LA “VIDA NATURAL”

- Antes los seres humanos vivían con más salud y eran más felices.
- Las naciones más subdesarrolladas son más felices que las desarrolladas porque están en contacto con la naturaleza.
- Las personas que viven en el medio natural viven más años.
- Una dieta apropiada y ecológica evita completamente el cáncer.
- El ejercicio diario evita absolutamente la muerte por enfermedades cardíacas.
- Las medicinas no son necesarias si llevamos una vida ordenada conforme a los principios de una vida natural.

Dr. Francesc Borrell i Carrió

Médico de Familia.

12902fbc@comb.cat

Bibliografía

1. Canicio, J.A., Didier, L. *Diez relatos con química*. Clipmedia ediciones. Barna 2011.
2. Kahneman, D. (ed) *Well-being: Foundations of Hedonic Psychology*. Russell Sage Foundation. New York 2003.
3. Huang, L., Yang, L. Relationship between Glycated Hemoglobin A1C and Cognitive Function in Nondemented Elderly Patients with Type 2 Diabetes. *Metab Brain Dis* 2016; 31(2): 347-53
4. Puyol, A., Estany, A. (Ed.) *Filosofía de la epidemiología social*. CSIC, Madrid, 2017.
5. Wareham C. Slowed ageing, welfare, and population problems *Theor Med Bioeth* (2015) 36:321–340 DOI 10.1007/s11017-015-9337-5
6. McIntyre A. *Tras la virtud*. Critica Barcelona 2001.
7. James W. *La voluntad de creer*. Marbot Ediciones. Barcelona, 2009.

Cómo citar este artículo:

Borrell, F., "La hipótesis de una vida natural", en *Folia Humanística*, 2017; 5: 32-41 .
Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0023>.

© 2017 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

LA ENTREVISTA*

Raúl Calvo Rico y Irene Chico Sánchez

Resumen: La entrevista clínica es el arma más potente con el que cuenta el médico de cabecera para desempeñar su papel: dar respuesta a las necesidades de los pacientes con el mejor conocimiento científico, técnico y de relaciones humanas⁽¹⁾. En Medicina de Familia se pretende integrar lo humano y lo técnico, la comunicación y el razonamiento clínico. La entrevista es donde se desarrolla la relación médico-paciente, convirtiéndose en una experiencia de aprendizaje mutuo. El diagnóstico se encuentra codificado en la narración y nuestra tarea como médicos de familia no será diagnosticar qué tipo de enfermedad tiene el paciente, sino entrar en su mundo privado⁽²⁾, sin juzgarlo, y poder entender cómo vive cada una de esas alteraciones que de un modo u otro afectan a su bienestar físico, psíquico o social.

Palabras clave: Entrevista clínica, Relación médico-paciente, Humanismo, Medicina familiar, Comunicación.

Abstract: *THE INTERVIEW*

The clinical interview is the most powerful tool of a family doctor to play his role and respond to the patients' needs with the best scientific, technical knowledge and an understanding of human relationships. Family medicine seeks to integrate the human and the technical, the communication and the clinical reasoning. The interview is where the doctor-patient relationship is developed, becoming an experience of mutual learning. The diagnosis is codified in the narrative and our task as family doctors is not to diagnose what type of disease the patient has, but to enter into the patient's private life, without judging him and to be able to understand how the patient lives each one of these alterations that, somehow or other, affect his physical, psychic and social welfare.

Keywords: *Clinical interview, Doctor-patient relationship, Humanism, Family medicine, Communication.*

Artículo recibido: 18 octubre 2016; **aceptado:** 4 marzo 2017.

* El relato que publicamos fue galardonado con el primer premio para relatos del XXVII Congreso de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial celebrado en Donosti en 2016.

Una consulta cualquiera, en un centro de salud cualquiera, en un lugar cualquiera.

El médico mira su edad dos veces, incluso la calcula mentalmente con los dos primeros números de su CIP. No, no había ningún error. Las

matemáticas no engañan. Mira dos veces a sus ojos, incómodo como al que pillan cotilleando donde no le llaman. Aquella mirada triste, los ojos mates, todas y cada una de las pequeñas arrugas que se extrarradiaban desde las órbitas. Todas se empeñaban en imponer su ley. Una ley de hierro de la vida, mucho más dura que la benevolente ruleta del destino de la fecha de nacimiento.

Aquel hombre era extraordinariamente viejo. Y lo que resultaba aún más desasosegante, aquel hombre no parecía tener ningún futuro.

Una historia clínica con una única anotación, un reconocimiento de empresa transcrito a regañadientes al poco de llegar el médico a su nuevo cupo. Sin alergias medicamentosas, no fuma ni bebe, practica ejercicio (juega al tenis) con regularidad. Casado, con una hija. Trabaja como comercial. Operado de apendicitis a los diecisiete años. Una vida en cuatro líneas. ¡Una vida! ¡Qué poco sabemos los médicos! Es inevitable pensar en cuántas veces nuestro paso por la vida de los pacientes deja apenas un arañazo en un búnker de hormigón de cuatro metros de grosor.

La consulta se terminaba. La ventana que había a espaldas del médico hacia rato que había dejado de regalar el sol de la tarde y los balidos de las ovejas de la granja junto al centro de salud. El cansancio se acumulaba y rodear la mesa, para salir a llamar al siguiente paciente, empezaba a hacerse claramente cuesta arriba. Al médico no le gusta estar cansado en la consulta. Transpira debilidades y las neuronas parecen empeñadas en hacerle pagar peaje para transitar por las mismas autopistas por las que antes corría como James Dean en su Spyder plateado.

No sabe si es el último paciente, pero sí que está deseando que aquello se convierta en una simple, rápida e insustancial consulta. Quizás se trate de uno de esos ramalazos burocráticos de los que se abjura con indignación en los foros de la Atención Primaria, y que sin embargo sacan la sonrisilla de padre condescendiente cuando te vienen al pelo.

Aquel caballero se sienta en la silla como si cada uno de sus músculos pesara media tonelada. La viva imagen de la derrota. El médico se siente abrumado por la obscena claridad de su lenguaje corporal, que se empeña en desnudar al paciente ante él a pesar de su silencio.

-¿En qué puedo ayudarle? - dice, con la misma timidez que un adolescente en su primera cita. Y es que toda aquella pena transpirando en la habitación le cohibe.

-Mire doctor, vengo obligado por mi jefe. Es un buen hombre y esta mañana me llamó a su despacho para decirme que cogiera cita y viniera a su consulta sin falta. Dice que llevo ya demasiado tiempo así y que prefiere que pare unos días y me recupere bien antes de volver al trabajo.

Su tono de voz, como su mirada, como sus arrugas, como sus hombros hundidos y sus manos sobre las piernas inmóviles, seguían hablando a sus espaldas, seguían diciendo que aquel era un hombre viejo, acabado, sin esperanzas.

La noche se cerraba ya, egoísta, sobre el pueblo, las farolas intentaban salvaguardar la civilización cómo podían, y el médico tenía claro que aquel día volvería a llegar tarde a casa.

-¿Y qué es lo que le ocurre?

-No consigo concentrarme, duermo poco y me encuentro siempre cansado. He perdido peso, pero es lógico, apenas como. Se me han escapado ventas que antes jamás hubiera dejado escapar

Las palabras átonas se arrastraban intentando cubrir de racionalidad el irracional sentimiento de desesperación que resultaba tan obvio. Su mirada se perdía en la ventana. El médico percibía el fracaso que subyacía tras la entrevista y como los restos de aquel hombre se parapetaban en formalismos, quizás repasados en la sala de espera, mientras el resto de sí mismo le enseñaba el naufragio.

Así que el médico le hace un corte de mangas al destino fútil en que parecía convertirse aquella petición de baja, y decide lanzarse a degüello. Al fin y al cabo, si uno va a llegar tarde a casa, que sea por una buena causa.

-Usted está casado y tiene una hija, ¿verdad?

-Mi hija..- la mirada se fija fríamente en el cristal de la ventana y la voz se vuelve de acero. El latigazo de dolor es tan palpable que le endereza en la silla, como si hubiera sido su Mary Shelly particular, como si descubrir que aún quedaba en su interior un sentimiento, aunque fuera éste, hubiera devuelto por el momento la vida al cadáver andante en que se había convertido. *-Mi hija se mató en un accidente de moto hace un año. Su madre y yo llevábamos separados cuatro años. Ella se marchó porque trabajaba demasiado. Se hartó de esperar a que se agotaran esos pocos años que yo le había pedido de sacrificio para situarme.*

Tenía dieciséis. Ahora que no está, soy capaz de acordarme con un realismo de película de los más mínimos detalles: los colores de las gomas del pelo con los que sujetaba su coleta para ir al colegio, los patines de bota que le regalé cuando cumplió siete años, el juego de maquillaje que le trajo el Ratón Pérez el verano que se le cayó el primer diente y que tuve que salir a comprar de madrugada al OpenCor. Qué curiosa es la mente humana, ¿no le parece, doctor?

Vuelve a mirar al médico y el hechizo frankensteiniano ha desaparecido como por ensalmo. La desesperanza reaparece y se hace cargo del remedo de ser humano que se ha quedado callado frente a él. El silencio se adueña del espacio y exige ser respetado. No importa, porque en las entrevistas, los silencios pesan tanto como las palabras, y a veces, las historias se llenan más con ellos. Pero los silencios encierran el peligro oculto de estallar entre nuestros dedos, y, como el humo de un mago, hacen desaparecer al prestidigitador, dejándonos con un palmo de narices.

-En fin, ha sido una tontería, no se preocupe. Hablaré con mi jefe y le pediré que me de esas vacaciones que tengo pendientes desde hace más de

un año y a la vuelta estaré perfecto.- Se levanta con movimientos inesperados sobre los balbuceos inútiles del médico, balbuceos de público asombrado ante el truco de magia. En la misma puerta se vuelve por un segundo. *-La moto se la compré yo aunque su madre se oponía. Nunca pude negarle gran cosa.*

El médico se queda en el rellano viendo como atraviesa las puertas inteligentes y se pierde en la calle. Si quedaba algún paciente, se ha debido de marchar, porque la sala de espera esta vacía. La administrativa está recogiendo su bolso y la enfermera trastea en el maletero de su coche.

La carretera está oscura y tiene toda la longitud del fracaso. La música tranquila tiene esta vez poco efecto balsámico. Llevarse a casa estas horas extras debían enseñarlo en primero de carrera. Durante unos días, el médico reserva siempre un momento en la cabeza para repasar aquella entrevista. Busca su nombre en las listas sin encontrarlo hasta que las demás vidas van cubriendo el recuerdo como placas tectónicas.

-Fíjate qué pena. -La administrativa lee el periódico antes de empezar las consultas. *-Un vecino del pueblo fue al lugar donde su hija se había matado con la moto, colocó un ramo de flores y allí mismo, se pego un tiro.*

Raúl Calvo Rico

Medico de Camarenilla y Arcicóllar.
Centro de Salud Camarena.
Gerencia de Atención Primaria de Toledo
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Tutor de residentes de MFyC.

elpatriarca4ever@gmail.com

Irene Chico Sánchez

Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Camarena.
UD MFyC de Toledo.

irenechico@hotmail.com

Bibliografía

1. Gérvas, J, Pérez Fernández, M. *Cómo ejercer una Medicina Armónica: claves para una práctica clínica clemente, segura y sensata*. Docu-ENS 2012. Módulo de Salud Pública y Administración Sanitaria. Actualizado a 8 de enero de 2012.
2. Turbarán, JL, Perez Franco, B. *El efecto de ver por primera vez el mar. Un intento de definición de la Ley General de la medicina de familia: la entrevista es la clínica*. Aten Primaria 2008; 40:565-6. Vol. 40. Núm 11. Noviembre 2008.

Cómo citar este artículo:

Calvo, R., Chico, I. "La Entrevista", en *Folia Humanística*, 2017; 5: 42-47.
Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0024>.

© 2017 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.