



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

24. IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

A. Polaino-Lorente

Introducción

Los comportamientos humanos, por su propia naturaleza, pueden y deben considerarse desde la perspectiva ética. La educación para la salud no puede escapar a esta exigencia, tanto más cuanto que la salud es en sí misma un valor del que el hombre tendrá que rendir cuentas, cualquiera que sea la opinión que ésta le merezca.

¿Qué debo hacer y qué debo evitar respecto de mi salud? ¿Cuáles son mis derechos y mis responsabilidades, en relación con la salud de la comunidad? ¿Puedo o no oponerme a un determinado programa de promoción de la salud? ¿Bajo qué condiciones? ¿Me es lícito rehusar a ser examinado o a participar en un estudio epidemiológico, cuya finalidad no es otra que la prevención de determinada enfermedad? ¿Puedo hacer baldíos los recursos empleados por la comunidad en su conquista de la salud? ¿Puedo apelar a mi autonomía personal para oponerme al bien común de la sociedad? ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades frente a la salud y cuáles son los derechos y responsabilidades de la comunidad? ¿Debo seguir dócilmente las indicaciones sugeridas por los servicios de salud? ¿En todos los casos? ¿Me es lícito comportarme de la forma en que me conduzco aunque con ello, directa o indirectamente, ponga en peligro la salud del prójimo? ¿Contribuyo con mi estilo de vida personal —descanso, régimen alimenticio, consumo de cigarrillos, alcohol y drogas, etc.— a incrementar el comportamiento sano de mis conciudadanos?

Estas y otras muchas cuestiones inciden sobre aspectos éticos nucleares relativos a la salud. Nada de particular tiene que muchas de estas preguntas deban ser respondidas no sólo desde la ética sino también desde la prevención y la educación para la salud. Acaso por eso, la ética de la conducta

humana, en lo que se refiere a la salud, sea hoy uno de los problemas más debatidos y, por el momento, todavía pendientes de solución.

Tal vez por esa misma razón se han multiplicado los conceptos con que se designa a esta disciplina: ética médica, ética biomédica, ética del cuidado de la salud, metaética, etcétera.

Esta última, la metaética, se ocupa de cuestiones fundamentales, como la conexión entre ética y comportamiento, la articulación entre creencias erróneas o acertadas y los hechos del mundo real, y las relaciones lógicas existentes entre los principios, proposiciones y reglas éticas y las decisiones que aquí y ahora debe tomar el individuo.

El fascinante ámbito del comportamiento ético resulta hoy algo apasionante, especialmente en lo que se refiere a los temas de salud. Se diría que todo el ejercicio profesional de la medicina y de la promoción y educación para la salud están hoy penetrados por esta preocupación. En la actualidad resulta muy difícil encontrar una sola parcela de esos ámbitos, donde no sean manifiestas las implicaciones éticas del comportamiento de los profesionales.

A título de ejemplo, baste recordar aquí las investigaciones clínicas, el aborto, la aplicación de contraceptivos, la ingeniería y la terapia genéticas, las nuevas tecnologías reproductivas, el trasplante de órganos, la eugenesia, el consejo genético, los programas preventivos de ciertas enfermedades, etc. Por singularizar esta exposición piense el lector en la polémica que se está llevando a cabo en EE.UU., mientras se escriben estas líneas, respecto del problema del SIDA. ¿Hasta qué punto es lícito a los empresarios, desde la perspectiva de la salud, la marginación laboral de los pacientes afectados por el SIDA?

Este y otros ejemplos manifiestan la rabiosa actualidad de la ética en las cuestiones que la

salud del hombre hoy nos plantea. Las implicaciones de la ética en la educación para la salud constituyen, desde esta perspectiva, un hecho obvio.

La educación para la salud —a pesar de que alguien pueda considerarla como un tema prioritario o acaso periférico respecto de la salud humana— tampoco escapa a esta lógica y natural preocupación. Motivos hay para ello. Frente a las intervenciones de los profesionales de la clínica (que siempre se han sentido urgidos por este tema y han tratado de regular sus comportamientos a través de los respectivos códigos deontológicos), las conductas de los educadores para la salud aún están muy alejadas de guiarse y disponer de algún código que las regule.

Sea por la novedad de las intervenciones a ese nivel o por la errónea infraestimación de su importancia, el hecho es que no disponemos todavía de ningún ordenamiento ético que en este ámbito sea en la práctica realmente operativo y eficaz. Frente a los catálogos disponibles, en que se recogen los derechos del enfermo, tampoco contamos con ningún instrumento parecido que regule los derechos de los usuarios de la salud. Como puede observarse, hay aquí muchas cuestiones palpitantes que sería preciso resolver.

Algunos dilemas

Desde una perspectiva exclusivamente ética hay ya planteados importantes dilemas, en el ámbito de la educación para la salud, que claman por encontrar solución. Entre otros enumeraré, a título de ejemplos, los siguientes: derechos individuales versus derechos comunitarios a la salud; balance entre la presente o futura cantidad y calidad de vida; inmoralidad personal versus moralidad estadística; beneficios inmediatos versus beneficios futuros; coste/eficacia inmediata versus coste/eficacia futura; necesidad de optar entre estrategias preventivas e intervenciones curativas, etcétera.

Por tomar el último de los dilemas planteados, ¿es ético retraer fondos de la comunidad, que son imprescindibles para el tratamiento de los actuales pacientes, e invertirlos en la promoción de la salud futura de otros ciudadanos —con todo lo que ésta tiene de problemática—, cuando realmente no estamos seguros de su eficacia?

Las recientes investigaciones vienen sosteniendo que la salud depende, en buena parte, del comportamiento responsable de las personas. El estilo

de vida personal y la conducta individual en que aquél se concreta constituye el principal factor que, según los expertos, explica siete de las diez principales causas de muerte en la actualidad (Califano, 1979).

Sin embargo, simultáneamente que se subraya la responsabilidad personal, cada vez se exigen mayores responsabilidades al Estado —y no sólo en lo que atañe a la legislación, presupuestos de la Seguridad Social, campañas preventivas, etc.—, respecto de la salud y/o bienestar social de sus ciudadanos.

¿A quién compete la responsabilidad de nuestra propia salud?

En mi opinión, hoy se ha roto en muchos ciudadanos la natural vinculación que hay entre el comportamiento personal y sus consecuencias.

Parece cierta la opinión común, según la cual cada uno piensa que su salud es suya (por lo que puede hacer con ella lo que le venga en gana o incluso abusar de ella), mientras que sus enfermedades (y el tratamientos de éstas) no le pertenecen, sino que son transferidas a la sociedad, que, forzosamente, ha de cargar con ellas, hasta restaurar y devolverle la salud perdida, para que, tal vez al día siguiente, comience otra vez a malgastarla.

Las recientes conclusiones científicas contribuyen a fundamentar la anterior afirmación: en efecto, a cada persona le pertenece su propia salud. Sin embargo no está claro que las consecuencias de un comportamiento insano pertenezcan más a la sociedad que a la persona en que estos efectos acontecen. Hoy se habla mucho, acaso en exceso, del derecho a la salud (está incluido entre los derechos humanos), pero en cambio se silencia el deber de comportarse de forma saludable. Y es éste un deber que cada persona tiene, además de para consigo mismo, para con la sociedad.

No es menos cierto que algunas medidas gubernamentales pueden favorecer la salud de los ciudadanos. Un ejemplo de lo que acabo de decir lo constituye el descenso en 30 millones de fumadores en los EE.UU., entre 1965 y 1979. Este descenso se operó gracias al diseño realizado en 1968 por la intervención gubernamental, a través de programas en que se empleaban premios y compensaciones.

Pero a la vez que esto sucedía, durante ese mis-

mo período, aumentó el consumo de tabaco en un 50 por ciento de los adolescentes (Remington, 1980). Este hecho prueba que las medidas gubernamentales pueden ser mucho más eficaces de lo que en principio cabría esperar, respecto de la promoción de la salud. Pero sería desproporcionado e injusto sostener —además de utópico—, que la mayor o menor salud de los ciudadanos depende únicamente del Estado. Quienes piensan de este modo se situarían en la total irresponsabilidad, pues reconocerían depender en algo tan personal, como es la salud, del Estado de bienestar (*Welfare state*).

Es cierto que el estilo de vida personal pertenece a la conducta privada, por cuanto, aunque ésta lo sea, sus consecuencias (la enfermedad, por ejemplo) no son exclusivamente privadas. La salud ocupa así un lugar intermedio entre la responsabilidad individual y social, entre el derecho y el deber a estar sanos, entre la conducta pública y la privada, comportamientos todos ellos en los que los principios éticos tienen mucho que decir.

Tanto el individuo como la sociedad están comprometidos en la salud personal y colectiva. El individuo es responsable de su salud a través de sus hábitos de comportamiento, de su estilo de vida, etc.; la sociedad, a través de las medidas legales, económicas, asistenciales, preventivas, etc., encaminadas a proporcionar una determinada cobertura respecto del comportamiento sano y enfermo, individual y colectivo.

El individuo a través de su conducta, todo lo privada que se quiera, manifiesta públicamente cuáles son sus actitudes frente a la salud, influyendo de este modo en el comportamiento de otras personas, que son así arrastradas hacia determinados estilos de vida.

Los gobiernos, por su parte, a través de las medidas legales, etc., promocionan o restringen determinados modos de comportamiento, que forzadamente han de incidir sobre el comportamiento privado de cada persona. El individuo, cuando enferma, disminuye su productividad (que, en alguna forma, es también un bien privado y público), a la vez que incrementa el coste de la lucha contra la enfermedad (que generalmente sostiene la comunidad y administra o gerencia el Estado).

Por todo ello, tanto los gobiernos como los individuos están igualmente comprometidos en la promoción de la salud personal y social. Cualquier programa preventivo, que tenga la pretensión de ser eficaz, ha de dirigirse principalmente a la persona y, secundariamente, a la sociedad.

Antes, la prevención era una tarea impuesta, forzosa y casi no elegida por la persona, que de este modo se sentía dócil y puerilmente arrastrada a su cumplimiento (me refiero, por ejemplo, a las campañas de vacunación). Hoy, en cambio, la inmunización activa que se demanda frente a determinadas enfermedades (por ejemplo, respecto a las diez principales causas de muerte), exige del individuo un comportamiento activo, libre, responsable y, en cierto modo, creativo: un modo muy personal de ajustar su estilo de vida y sus hábitos de comportamiento a lo que, acaso por educación, sabe que conviene a su salud personal.

Esta tarea de educación personal, aunque con algunos sesgos culturales, comienza a rendir sus frutos. En un trabajo de Jankélévitch y otros autores sobre los hábitos que parecen ser más importantes para mantener una buena salud, encontraron entre la población americana encuestada los siguientes: dejar de fumar (29 por ciento), hacer ejercicio con regularidad (19 por ciento), estar tranquilo y no perder el tiempo (18 por ciento), perder peso y alimentarse con una dieta bien balanceada (15 por ciento y 12 por ciento, respectivamente), hacerse periódicamente un chequeo médico, no retrasar la consulta al doctor cuando sea necesario y ser más cuidadosos en lo relativo a la higiene personal (9 por ciento).

Esto demuestra que hay una relativa bien formada opinión pública respecto del comportamiento sano. Sin embargo, a pesar de ello cada año mueren más de 50.000 norteamericanos en accidentes de tráfico, mientras continúa siendo una práctica común no usar el cinturón de seguridad (Jonah y cols., 1982). Hay muchas paradojas éticas como ésta, a pesar de que sean cada vez más frecuentes los ciudadanos que consideran su salud como un bien que es preciso conquistar personalmente.

Es probable que el estilo de vida esté unido a las actitudes que frente a la salud se tengan, lo que a su vez puede estar estrechamente vinculado con el estilo atribucional —el modo en que la persona atribuye lo que le acontece a unas causas todavía no probadas— y el ámbito donde se sitúe el lugar de control —es decir, el lugar en que la persona considera que debe actuar para modificar su comportamiento—, respecto de la futura salud de su conducta.

Harris (1980) ha observado en una muestra de sujetos americanos, entre 20 y 64 años, el modo en que percibían el nivel de control sobre su futu-

ra salud: el 50 por ciento consideró que tenía un gran control sobre su salud; el 36 por ciento que tenía algún control y alrededor del 10 por ciento se mostraban pesimistas, considerando que no tenían prácticamente control alguno sobre el estado de su futura salud.

Al insistir en la responsabilidad personal frente a la salud, se ha propiciado como más ventajoso el estilo atribucional de las personas que se sitúan en sí mismas el lugar sobre el que intervenir para controlar su comportamiento sano (internalista). Pero el internalismo tiene también sus riesgos éticos, porque cualquier persona que opte por estas atribuciones puede culpabilizarse erróneamente cuando no acierta a conseguir el comportamiento sano que se proponía y que había supuesto poder controlarlo.

Por otra parte, atribuirse el autocontrol de todo cuanto nos sucede puede llegar a constituir una característica de irresponsabilidad o incluso algo patológico (ideas de omnipotencia), cuyas consecuencias para la salud son nocivas. De aquí la necesidad de la educación para la salud.

La educación para la salud, los gobiernos y los mass media

La educación para la salud puede entenderse como una combinación de métodos de aprendizaje cuya finalidad es facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento conducente a la salud. En la anterior definición debe destacarse el término «adaptación voluntaria». Quiere esto decir que la educación para la salud comporta una dimensión ética ineludible; que aunque sea un bien en sí misma, sin embargo, debe contarse con la libre voluntad del educando.

Es cierto que la libertad de la voluntad será tanto mayor cuanto mejor informada esté. Sabemos que la ignorancia esclaviza al hombre. Si conociésemos algunas de las consecuencias de nuestros actos, bastantes de ellos tal vez no llegarían a producirse. Se es tanto más libre —se goza de mayor libertad— no sólo cuanto mayor y más exacta sea la información recibida, con ser ésta muy importante, sino también cuanto más profunda sea la formación desde la cual podemos valorar objetivamente esa información.

Hasta cierto punto la información constituye la base de la prevención. Si ignoramos los efectos que siguen a nuestros hábitos comportamentales,

¿cómo podemos decidimos a optar libremente por éste o aquél? ¿Hasta qué punto somos libres de esas decisiones? ¿Cómo podremos prevenimos contra los efectos indeseables que se deriven de tales elecciones, si desconocemos por completo la naturaleza de lo que elegimos?

En la actualidad, es muy frecuente que los gobiernos —urgidos como están por abaratar el coste de la Seguridad Social— se interesen por la promoción de la salud, orquestando campañas informativas, tratando de cambiar hábitos de comportamiento en la población y modificando la opinión pública respecto de algún tema que hasta ese momento se aceptaba como la más adaptativa y saludable, acaso por presentarse también como la más a la moda.

Obviamente, es un deber de cualquier gobierno el empleo de todos estos recursos para promocionar la salud de sus ciudadanos. Pero no está tan claro que los cambios de opinión producidos por su intervención se hagan contra la libre voluntad del ciudadano, de manera que éste perciba tal acción bienintencionada como una fuerte presión, contraria a su natural comportamiento.

Precisamente por eso, la adaptación del individuo a la propuesta de un nuevo y más higiénico estilo de conducta debe ser siempre voluntaria. Y deja de ser voluntaria, en la medida en que esas campañas en favor de la promoción de la salud se realizan de espaldas a la libre información que debe suministrarse al ciudadano. En algunos casos no parece sino que, a través de esas campañas, la promoción de la salud degenera en publicidad, en *márketing*, en propaganda subliminal (Gree, 1976). De hecho, casi nunca se solicita al ciudadano su consentimiento para esas informaciones, por lo que hay que dudar de que la adaptación de su conducta a la nueva promoción de objetivos sea del todo voluntaria (Mahoney y col., 1980; Steinbock y cols., 1977).

La información preventiva puede llegar a transformarse en auténtica presión que se impone al individuo sin su consentimiento. Las campañas norteamericanas contra el tabaco, a pesar de su innegable eficacia, constituyen un buen ejemplo de ello. Simultáneamente que esto sucedía, las campañas para disminuir el consumo de alcohol eran prácticamente inexistentes. De aquí que el ciudadano apenas se atreviese a fumar en lugares públicos, mientras que se sentía estimulado, en esos mismos ambientes, a consumir alcohol.

¿Se han comparado los efectos nocivos que para

la salud se derivan del consumo de una y otra sustancias? ¿Puede un gobierno optar por la erradicación de uno u otro consumo, sin fundamentar esa opción en las investigaciones pertinentes y sin informar previamente al ciudadano? ¿Podría un gobierno llegar a esa decisión atendiendo a un criterio económico, de consenso de determinados *trusts*, en lugar de atenerse a los criterios que realmente promocionan la salud? En una sociedad en la que se promociona la salud de este modo, ¿puede o no hablarse de manipulación del hombre?

La influencia de los *mass-media* en este punto resulta incuestionable, tanto más cuanto que el resultado de esas campañas preventivas se alcanza en gran parte, precisamente, a través de su colaboración. Si estos medios se entregan, sin ningún espíritu crítico, al modelo de salud que quiere promocionar un gobierno concreto, mientras se silencia el descuido involuntario de informaciones relativas a otras diferentes áreas de salud, habrá que concluir que su contribución atañe más a la manipulación que a la promoción de la salud humana.

En los recientes *spots* publicitarios de la televisión española en torno a la promoción de la contracepción se cumple satisfactoriamente lo que acabo de afirmar. Esa campaña ha sido promocionada por el Ministerio de Salud y Consumo, probablemente porque ha hecho de la contracepción un dudoso objetivo prioritario para la promoción de la salud. Una vez que se ha optado por este objetivo, al ciudadano no le queda otra alternativa —al no haber mediado ninguna consulta previa— que contribuir obligatoriamente a esa promoción de la salud a través de los impuestos, aunque esté en contra de esa opción por sentirse persuadido de que su alcance y eficacia sean más bien contraproducentes, dada nuestra actual baja tasa de natalidad, o de la inmoralidad de los medios propuestos.

¿Qué sucedería si, como consecuencia de esta campaña informativa, en el próximo quinquenio aumentara el número de embarazadas adolescentes? De darse esta posibilidad, es muy probable que algunas de ellas apelen e invoquen algún artículo de la ley del aborto para interrumpir voluntariamente su gestación (aborto). Lógicamente esa intervención supone un riesgo y cuesta dinero. De confirmarse esto, dicha campaña no habrá promocionado la salud, sino que habrá aumentado el riesgo de enfermedad, además de haber contribuido a aumentar el número de abortos. Mientras tanto, los gastos de todo esto los seguirán pagando

los contribuyentes, con cuyos fondos se subvencionó la aludida campaña.

Otro aspecto que puede llegar a ser paradójico es el que se refiere a la «combinación de métodos de aprendizaje» a que se aludió en la anterior definición de educación para la salud. Esto significa que la acción estatal en la promoción de la salud debiera ajustarse a una pluralidad de métodos a emplear, en función del problema que se propone solucionar, de las características de la población en la que se trate de implantar estos procedimientos y de la mayor o menor eficacia generada por esos métodos.

Ahora bien, la diversificación de métodos —creo que es eso a lo que se refiere la expresión «combinación de métodos de aprendizaje»— es siempre más cara que el isomorfismo metodológico, es decir, el empleo de un solo método: el que para la obtención de los efectos que se buscan resulte más adecuado.

Por otra parte, el ajuste de los métodos propuestos a la legislación vigente y a los presupuestos económicos, hace inviable, en muchas circunstancias, esa diversificación de procedimientos. Por el contrario, si un gobierno opta por un método, puede llegar a imponerlo a toda la comunidad, a pesar de que sea escasa su eficacia, en comparación con otros procedimientos o respecto de otras comunidades.

Esta opción uniformista puede disminuir la eficacia perseguida, al no tener en cuenta las diferencias individuales e intercomunidades. En nuestro país, gracias a la legislación autonómica y a las competencias que han sido transferidas a cada autonomía en esta materia, estamos muy lejos de poder optar por un único procedimiento de intervención. Aquí es tanta la «creatividad» de las instituciones sanitarias autonómicas que apenas hay rasgos comunes entre las campañas de promoción de la salud que, para un mismo tema, se diseñan en las diferentes autonomías. El uniformismo centralista ha sido forzosamente sustituido por el pluralismo autonómico.

No obstante, sería interesante realizar un estudio comparativo del balance coste/eficacia generado por estos programas en las diversas regiones autonómicas. El balance coste/eficacia es un método de análisis empleado para determinar cuál es el procedimiento menos costoso de obtener un objetivo dado. Con él puede determinarse la estrategia a seguir, pero exige el conocimiento, previamente cuantificado, de los costes y de los efectos generados. Sería conveniente estudiar también

por qué en unas comunidades se ha dado un carácter prioritario a unos temas de salud frente a otros muchos posibles, en abierta contradicción con las opciones tomadas por otras autonomías y sin que medie ninguna investigación epidemiológica acerca de esas cuestiones.

La dificultad estriba, fundamentalmente en la coordinación de fuerzas, más que en la inmadura capacidad organizativa para resolver estos problemas. No es fácil determinarse por un programa concreto en el ámbito de la educación para la salud. Hay tantos programas en circulación, tantos modelos y tan diferentes, que incluso ni los más expertos saben a qué atenerse. Estas dificultades se agigantan en lo relativo a nuestro país, donde el gobierno destina una mínima partida para hacer frente a estos problemas y donde no disponemos, además, de casi ningún estudio epidemiológico fiable sobre esas cuestiones.

En otros países, con más tradición en la promoción de la salud, tampoco se han resuelto muchas de las dificultades que plantean estos programas. Algunos autores se han mostrado partidarios de practicar un cierto *birth control* de los programas, dada la inflación e ineficacia generada por alguno de ellos. Aquí la información ha precedido en algunos casos al análisis de la eficacia generada por estos programas y, en consecuencia, ni éstos tienen estabilidad, ni resulta fácil saber qué puede esperarse de ellos. Esto es lo que acontece, por ejemplo, en algunos de los programas que se han diseñado para combatir el consumo de drogas.

Antes de que un programa se implante en el ámbito escolar o comunitario, debería examinarse pormenorizadamente si reúne algunas de las características exigibles como, por ejemplo, la mayor o menor facilidad con que puede ser implantado en la población; si satisface o no los objetivos previstos; si su puesta en marcha conlleva un buen aprovechamiento de todos los recursos disponibles (institucionales, económicos, etc.); si facilita la sinergia de todas las acciones con él implicadas en la consecución de ese fin; etc. Paralelamente, habría que poner a punto las normas legales por las que ha de regirse, de forma que posteriormente no suscite enojosas incompatibilidades legales.

En los programas en los que se emplean incentivos y sanciones, habrá que estudiar atentamente cuáles son sus implicaciones con la legalidad vigente y cuál es el coste económico que debe

presupuestarse para hacer frente a dicha programación. Es necesario, sobre todo, que el gobierno apruebe los presupuestos, de manera que el programa no sea inviable o se frustre por esta causa, apenas comienza a funcionar. Lo que en ningún caso debe hacerse es imponer la educación para la salud por decreto y de espaldas a todas estas realidades sociales.

Cuando estos requisitos no se satisfacen, sólo cabe esperar el caos legislativo e institucional, la ausencia de credibilidad de los ciudadanos en la eficacia de estos programas y la malversación y el dispendio de importantes partidas económicas.

Al Estado compete también una función de tutela y de vigilancia para poner fin a los abusos que, con relativa frecuencia, suelen acontecer entre los usuarios. En países donde la educación ciudadana es menor, es conveniente que el Estado esté mejor preparado contra la picaresca.

A pesar de todas las innovaciones que ha supuesto la salud conductual y la educación para la salud, son muchos también los problemas generados por este peculiar punto de vista.

De ahí que Burt (1984) haya propuesto el término de metasalud (*metahealth*), para significar el conjunto de suposiciones que sin estar probadas —algunas de ellas, por el momento, no puede demostrarse si son verdaderas o falsas— funcionan, no obstante, como principios que tratan de fundamentar la salud comportamental. «El futuro de la salud conductual y de la metasalud —escribe Burt, 1984, p. 1241— están inextricablemente unidos».

Cantidad frente a calidad de vida

En la salud comportamental se nos recomienda un cierto control alimentario para no vivir con una alta tasa de colesterol; en prevención de que nuestro hígado enferme, se nos anima a conducirnos como abstemios; para conservar la salud de nuestra dentadura, se nos disuade de comer dulces; para evitar los accidentes parece ser más conveniente no conducir vehículos, y para que el enfisema y el cáncer de pulmón no acaben con nuestras vidas, se nos presiona para que dejemos de fumar.

Para persuadirnos al cumplimiento de las anteriores propuestas, se nos hace creer que cada persona es dueña de su destino y que nos lo apropiare-

mos o no, en función de que controlemos o no nuestras conductas y nos exponamos o nos resistamos a las influencias del ambiente en que estamos inmersos. Este planteamiento —en cierto modo válido— parece chocar con otras dificultades, cuya presentación siempre se escamotea. Me refiero, por ejemplo, a ciertos deseos, cuya satisfacción exige, necesariamente, la puesta en marcha de las conductas anteriormente detestadas. El educador de la salud acaso nos enseñe a comportarnos más higiénicamente, de manera que vivamos más años; a conocer mejor los factores de riesgo que nos hacen más vulnerables frente a ciertas enfermedades, de manera que podamos evitarlas; y tal vez consiga incluso modificar nuestras atribuciones —y las convicciones personales que sobre ellas descansan—, de manera que aumentemos el control sobre nuestro comportamiento.

Pero el educador para la salud omite en sus planteamientos algunas consideraciones que son del todo irrenunciables. Por ejemplo, el hecho de que según su modelo, la cantidad de vida (la duración de la vida) sea más importante que la calidad de vida; que la vida sea considerada más bien como un fin que como un medio; que vivir más tiempo sea valorado como más sano que la satisfacción de nuestros deseos o el cumplimiento de nuestros propósitos.

El educador parte de estos supuestos —sin los cuales el modelo comportamental que nos propone no quedaría fundamentado— cuya verdad o falsedad, por otra parte, no puede verificar ni refutar. Estos supuestos, presentados como indiscutibles en este planteamiento, son en realidad muy relativos, encarnando *valores* frente a los cuales cada hombre, libremente, ha de optar. El encubrimiento —probablemente no intencionado— de los valores que están en la base de las conductas aconsejadas como más convenientes, podría limitar en cada hombre sus posibilidades de elección, lo que supone una renuncia, que puede llegar a ser importante, de la libertad personal.

El educador para la salud satisfaría mejor las exigencias del comportamiento ético si manifestase al educando esos presupuestos y el hecho de que aún no están probados, además de enseñar a su cliente las estrategias necesarias para cambiar la conducta respecto de la salud, en función de los valores que aquél libremente elija. El educador no puede ignorar ni escamotear las variadas opciones que, en la práctica, se presentan a cada persona respecto de su salud individual.

Supongamos que para una persona la vida sólo

tiene un valor de medio y no de fin. Supongamos que opta por la persecución del éxito, como fin al que debe ordenarse el medio que es su vida. Una persona así, que opte por el éxito como supremo valor, difícilmente admitirá la posibilidad de un estilo de vida cuyo propósito consista en alcanzar la longevidad. Este individuo «no quiere morir de viejo», sino que todo el mundo reconozca, por ejemplo, su valía personal, poco importa el precio que tenga que pagar por ello. En una persona como la que acabo de describir, la implantación de comportamientos tendentes a mantener y mejorar la salud puede llegar a ser difícil.

Salud frente a placer

El educador debe saber que con su intervención contribuye a cambiar la voluntad de su cliente, aunque para ello no disponga —tampoco se lo ha planteado— de su explícito consentimiento. De ahí que su labor sea tan frecuentemente persuasiva, velada, y en cierto modo, atribucional. El educador para la salud también hace atribuciones puesto que no ha podido, ni puede demostrar, que la longevidad sea el supremo valor al que, con tal de alcanzarlo, el hombre debe someter su vida. El valor indemostrado de la longevidad es muy discutible, sobre todo si nos atenemos a lo que sucede en el presente con las personas de la tercera edad. ¿Vale la pena dejar de fumar, dormir cada día ocho horas, hacer «footing» todas las mañanas y dejar de beber, para tener que jubilarse a los 60 años, ser considerado un estorbo por los familiares y ocupar una cama en un asilo durante los veinte últimos años de su vida?

No es que se plantee la salud comportamental como algo excesivamente enfrentado al placer comportamental. No es así, porque entre otras cosas, fumar, beber, etc., ni son placeres absolutos ni constituyen para todos los seres humanos la meta anhelada e indiscutible de sus deseos placenteros. De otra parte, gozar de buena salud —aunque los que gozan de ella apenas son conscientes de este gozo mientras aquella dura— también puede considerarse como un cierto placer. Por consiguiente, discrepo del artificial y forzado enfrentamiento a que Burt somete la salud comportamental y el placer comportamental. No obstante, entre ambos puede producirse un cierto conflicto y, como tal, generalizarse entre nuestros ciudadanos. Pero la presenta-

ción como conflicto no se debe tanto a que esté muy bien tipificado qué es y qué no es el placer y la salud conductual, sino más bien entre los valores disponibles en un determinado contexto cultural, por los que el hombre opta.

Por otra parte, continuamos ignorando si la salud es un estado de bienestar, una particular actitud frente a la vida, el modo de enriquecer nuestra vida o el modo de alargar la cantidad de nuestras vidas. ¿Puede programarse y enseñarse la salud comportamental cuando no estamos plenamente de acuerdo en qué entendemos por salud? ¿Puede promocionarse la salud comportamental, sin resolverse previamente los supuestos de los que se parte?

En este punto Burt tiene toda la razón. Cuestiones como éstas son críticas respecto del éxito futuro de la salud comportamental. De ahí la importancia que tiene en la actualidad el estudio de estas cuestiones éticas reunidas bajo el concepto de metasalud. El problema desborda el ámbito comportamental —dado que su naturaleza es ética— y exige otro modo de afrontamiento, ya que no puede ser resuelto desde las nuevas e incipientes ciencias de la salud.

Es necesario estudiar las inferencias, convicciones y prejuicios que sostienen esas presunciones, tanto entre los pedagogos de la salud como entre sus clientes potenciales. No se olvide que estos presupuestos —mejor o peor enraizados en la sociedad—, cambian, suplantando y/o modificando a la misma realidad. Lo que cada persona presupone, atribuye e infiere respecto de su conducta, en relación con la salud, afecta tanto a su comportamiento como al conocimiento que de la realidad tenga, a pesar de que tal vez esas presunciones, inferencias y atribuciones no sean verdaderas. Pero si desconocemos cuáles son estas presunciones, en función de qué principios podemos exigir a una persona que abandone o modifique su conducta —que luche con todo su esfuerzo al precio de tantas privaciones—, sin que esté aún fundamentado el principio —sin conocerlo todavía—, que, según parece, le aconseja como lo más conveniente.

Burt afirma que el problema más inmediato que ha de resolver la salud comportamental radica, en primer lugar, en conocer los supuestos y atribuciones de que parte en sus planteamientos el pedagogo de la salud. Y, en segundo lugar, en tratar de resolver ese metafactor constituido por las suposiciones y atribuciones que cada persona tiene respecto de la enfermedad y de la salud.

Acerca del autocontrol del comportamiento

A pesar de la eficacia demostrada por el autocontrol comportamental hay que señalar que estamos lejos de conocer cuáles serán las consecuencias de configurar, con esas suposiciones, este o aquel estilo atribucional en una persona determinada.

Un excesivo énfasis en el autocontrol comportamental podría hacer crecer en el cliente un desadaptativo sentimiento de impotencia; del mismo modo, la renuncia al autocontrol comportamental podría hundirle en la indefensión y desvalimiento más desesperados. Recuérdese que las atribuciones actúan, según parece, como una causa importante en la génesis de nuestra conducta. Por consiguiente, mientras que las atribuciones no se identifiquen y/o cambien, difícilmente podrá conseguirse el deseado cambio comportamental, por muy necesario que nos parezca para los fines preventivos. Tan utópico es atribuir al hombre el ser dueño de su propio destino, como considerarse desvalido para hacer frente a su propio comportamiento. Las actitudes de omnipotencia también aquí pueden ser nefastas, pues si la salud depende de la conducta y frente a ésta nos percibimos como omnipotentes, la aparición de una enfermedad será mucho más frustrante e inexplicable.

Del mismo modo, si habíamos atribuido al autocontrol de nuestro comportamiento una importante función de autorregulación de la propia salud, al fracasar éste y aparecer la enfermedad, es muy probable que se frustren también las atribuciones que habíamos hecho respecto de ese mismo autocontrol y que hasta nos sintamos culpables.

Los ejemplos podrían multiplicarse, tanto respecto de la «prevención» natural de ciertas enfermedades como del modo en que creemos que optimizamos nuestra salud.

Pondré algunos ejemplos. Hay personas que atribuyen al alcohol los efectos de un fármaco beneficioso, por ser «un vasodilatador de las coronarias», según dicen. La evidencia experimental y clínica demuestra, en cambio, que alcohol es un vasodilatador de la circulación periférica, simultáneamente que un vasoconstrictor específico de las coronarias. Personas con una cardiopatía que consumen alcohol, a causa de estas atribuciones, desconocen que al consumirlo sitúan a su corazón en las peores condiciones de funcionamiento, por cuanto ha de trabajar más (por la vasodilatación periférica) con menos aporte de oxígeno (por la vasoconstricción coronaria).

En otras personas he encontrado una enorme resistencia a guardar cama cuando enferman, lo que actualmente se interpreta como un importante indicador de falta de autocuidado en el ámbito de la salud comportamental. Quedé muy sorprendido cuando descubrí cuáles eran las atribuciones de estos pacientes, generalmente personas ancianas. Consideraban que si guardaban cama, ya no se levantarían jamás; que mientras estuviesen en pie, más difícil sería a la muerte robarles la vida.

Las consultas al horóscopo y las visitas a los curanderos —se estima que ejercen esta «profesión» más de 40.000 curanderos en un país vecino— manifiestan la importancia de estas atribuciones que, paradójicamente, suelen ser tanto más frecuentes cuanto mayor es el nivel cultural y el poder adquisitivo de la persona.

Por poner otro ejemplo, hoy muy común en nuestro país: el reuma, la gripe, el insomnio e incluso la depresión «pueden aliviarse y/o prevenirse», según creen algunos, con una pulsera de cobre semiabierta terminada en dos esferas constituidas por un metal diferente. En los últimos diez años este uso se ha generalizado, aumentándose las ventas de este extraño producto, que, curiosamente, se expende también en farmacias.

La inmunogénesis conductual (la capacidad de que la conducta nos haga inmunes al padecimiento de ciertas enfermedades) ha subrayado la importancia que para la salud tiene el que la persona tome sus propias decisiones respecto del trabajo. Se afirma que al tomar cada uno sus propias decisiones laborales aumenta el sentido de coherencia y disminuye la vulnerabilidad frente al estrés. Esta participación en la toma de decisiones tiene una gran importancia, porque contribuiría, además, a estructurar el trabajo de manera que éste fuese más consistente y manejable respecto de lo que se espera de él, simultáneamente que permitiría reducir los factores estresantes negativos que casi siempre lo acompañan. El conocimiento de la totalidad del proceso laboral serviría también para extender entre los trabajadores un espíritu más cooperativo, pues, al conocer algunas de las posibles consecuencias negativas que de su trabajo se derivan para sus compañeros, tratarían de evitarlas. Hasta aquí las meras hipótesis.

Pues bien, este hecho que formulado así parece incontrovertible, en absoluto lo es, si consideramos el resultado de otras investigaciones.

Hoy sabemos, hasta el punto de ser un tópico social, que los profesionales que por su trabajo se

ven obligados a tomar prontas e importantes decisiones —un ejecutivo, por ejemplo—, tienen más alto riesgo de padecer estrés que quienes no se ven forzados a esa tarea. Experimentalmente se probó también (los trabajos de Harlow con sus famosos «monos ejecutivos») que estos sujetos padecían más frecuentemente úlceras de estómago, al depender de ellos la «decisión» de emitir una respuesta para controlar o evitar la administración de un estímulo aversivo a sus compañeros.

Son muchas las variables que intervienen, como hemos visto, en el mantenimiento de la salud. De ahí que no dispongamos de «recetas» simplificadas —tan simplificadas como reduccionistas— para promocionar, de forma generalizada, la salud entre los ciudadanos.

Todavía hoy desconocemos la raíz de muchas suposiciones que, no obstante, interfieren, moldean y acaban configurando nuestro comportamiento frente a la salud. Hay personas, por ejemplo, que están conformes —al menos teóricamente— con morir cuando les llegue su momento; otras, que consideran la salud como un fin por lo que escamotean su exposición a cualquier situación estresante; para un tercer grupo, la salud sólo depende del azar y de la suerte que se tenga. Hay quienes consideran que vale la pena cuidarse y renunciar a algunos placeres con tal de vivir más tiempo; algunos optan por estrujar la vida viviéndola «a tope», aunque por ello vivan menos años; otros consideran la enfermedad como un castigo o se atribuyen un gran control sobre su estado de salud o identifican la salud y la enfermedad como necesarias consecuencias del estilo comportamental que tienen o tal vez consideran que su estado de salud es totalmente independiente de su comportamiento.

Éstas y otras posibles tipologías —por otra parte, muy bien tipificadas entre nosotros— forzosamente han de generar una mayor o menor adherencia a los programas de promoción de la salud comportamental.

Por eso mismo la consideración ética de estas implicaciones resulta irrenunciable.

Un ejemplo clamoroso: la prevención del SIDA

La prevención de una enfermedad es siempre más eficaz y más económica que su tratamiento. Pero la prevención no es algo automático o casi mecánico que en todos los casos pueda ser lleva-

do a cabo sin el concurso de la libertad humana.

El SIDA es una enfermedad infecciosa que no responde a los modelos tradicionales que de este tipo de enfermedades teníamos y a las que antes, con tanta eficacia, se hizo frente. Muchas de las estrategias que entonces se emplearon para combatir las enfermedades infecto-contagiosas resultan irrelevantes para la prevención del SIDA. En consecuencia con ello, hay que concluir que el contagio de la enfermedad no depende tanto de factores ambientales (impredicibles e incontrolables), como de comportamientos personales que, por ser libres y voluntarios, sí pueden ser objeto de predicción y autocontrol por parte de la persona. Esto quiere decir que la lucha preventiva contra el SIDA, a pesar de ser una enfermedad infecto-contagiosa, responde a un modelo completamente diferente a los modelos tradicionales y, por consiguiente, propicia otras formas de intervención diversas de aquéllas.

Al no disponerse de una vacuna que nos garantice la erradicación de la enfermedad en un breve período de tiempo, habrá que estudiar cómo disminuir sus posibilidades de contagio para que no continúe creciendo de forma inevitable.

En la actualidad se conocen bien cuáles son los principales mecanismos de contagio (el contacto homosexual y heterosexual, la drogadicción parenteral, las transfusiones de sangre, los trasplantes, los accidentes y el contacto familiar y profesional, la transmisión materno-fetal, etc.), cómo actúa el virus dentro del organismo, de qué marcadores biológicos y clínicos disponemos para el diagnóstico precoz de la enfermedad, cuáles son los dispositivos inmunológicos y las pruebas de laboratorio que permiten predecir la futura evolución del enfermo, etcétera.

Pero a pesar de ello, la prevalencia del SIDA sigue en aumento, como la más grave amenaza al hombre, en el final de este siglo XX que agoniza. Por eso es recomendable optar por otros procedimientos preventivos que sean más eficaces. Nada de particular tiene —una vez que no disponemos de la necesaria vacuna ni de fármacos que sean eficaces— que ganen en consideración en esta lucha preventiva los factores personales y comportamentales (el estilo de vida personal, los estilos de comportamiento, etc.), frente a los meramente ambientales y tradicionales (el virus). Hoy sabemos que en la lucha contra el SIDA ocupan un puesto preeminente las actitudes de las personas, sus convicciones, el modo en que a través del aprendizaje social

se ha modelado su conducta sexual y los valores y creencias por las que se opta.

Entre estas últimas merece destacarse el modelo de controlabilidad que cada persona tenga. En efecto, hay personas que están en la creencia de que no pueden controlar su comportamiento sexual, por lo que han de seguir las inciertas vicisitudes a las que posiblemente les arrastre un potencial contagio con el virus del SIDA.

Una vez individuados cuáles son los factores que predisponen, facilitan y refuerzan las conductas más intensamente vinculadas con la transmisión del virus, parece lógico que la prevención se oriente fundamentalmente a disminuir o modificar el modo en que esas conductas aparecen, de manera que se disminuya la probabilidad del contagio.

Las actitudes constituyen un buen predictor de cuál será el modo de comportarse la persona en el futuro. Pero junto con las actitudes importa también mucho el modo en que se percibe el coste/beneficio de un determinado comportamiento. De aquí que para la prevención del SIDA sea muy importante conocer cuáles son las actitudes de las personas respecto del consumo de drogas, del comportamiento sexual, etc., así como de cuál es el balance percibido del coste/beneficio de esos comportamientos. A estos dos factores habría que añadir un tercero: el de la creencia que esa persona tenga respecto de la mayor o menor autocontrolabilidad de las conductas que directamente facilitan la transmisión de la enfermedad.

Percepciones, actitudes y creencias en el autocontrol dependen también del marco axiológico, de los valores que orientan el estilo de conducta y la vida toda de cada persona (Rodenstock, 1974; Fishbein y Ajzen, 1975; Antonovski, 1984; Muhlenkam y cols., 1983; Brown y cols., 1985).

El hecho de que unas personas se comporten de forma más sana que otras, parece depender también de otros muchos factores, como de los soportes sociales de que se dispone, del valor que se concede a la salud, del modo en que se comportan las personas de la misma edad, etc. Resultados de muchas otras investigaciones sugieren que las prácticas de salud y los hábitos de comportamiento sano dependen más, en muchas ocasiones, de los anteriores factores considerados, que de los cambios que pretendan suscitarse a través de determinadas campañas preventivas diseñadas y promocionadas por los gobiernos (Polaino-Lorente, 1987).

¿Virus o hábitos de comportamiento?

Ciertamente, si el SIDA está presente en nuestra sociedad es porque hay un virus que causa esta enfermedad. Pero no es menos cierto que el virus causa la enfermedad cuando alguien voluntaria o involuntariamente, mediante su comportamiento, facilita su contagio y transmisión. Esto quiere decir que en la mayor parte de los enfermos el contagio se ha producido como consecuencia de su comportamiento, fundamentalmente el consumo de drogas y al establecimiento de relaciones sexuales.

Habida cuenta de la actual ineficacia en la lucha contra el virus, es lógico que la mayoría de los programas preventivos insistan en otras estrategias y medidas más centradas en el comportamiento. Esto quiere decir que la prevención del SIDA se lleva a cabo hoy a través de estrategias que, fundamentalmente, han de incidir sobre la conducta humana.

Es lógico que sea así, puesto que, tal y como se ha manifestado, es el procedimiento más directo y eficaz para atajar el problema. Pero, precisamente por eso, las consecuencias podrán ser también funestas si no se acertase a modificar los hábitos de comportamiento que están implicados en el contagio y facilitan la transmisión del SIDA.

Por el momento, parece necesario que consideremos, con toda brevedad, a qué nos referimos cuando hablamos de hábitos de comportamiento. El Diccionario de la Lengua Española define el término hábito como la «costumbre adquirida por la repetición de actos de la misma especie» o como la «facilidad que se adquiere con larga y constante práctica en un mismo ejercicio».

En realidad, la mayoría de nuestros comportamientos responden y son consecuencia de los hábitos que los soportan. Los hábitos tienen la ventaja de que facilitan y a su modo optimizan nuestra conducta, sin necesidad de hacer tan gravoso ese comportamiento. El hábito aparece como una posesión permanente, como «una cierta cualidad, por sí misma estable y difícil de remover, que tiene por fin asistir a la operación de una facultad y facilitar tal operación» (Tomás de Aquino).

El hábito no es la conducta realizada por el sujeto, sino la facilidad para comportarse así. El hábito no es innato sino adquirido y adquirido tras una «larga y constante práctica en un mismo ejercicio», cuya realización tal vez supuso, inicialmente, un gran esfuerzo. Es decir, el hábito se adquiere mediante un esforzado entrenamiento.

Pero los hábitos conllevan dos notas un tanto contrapuestas: de una parte, el hacer más fácil la determinación voluntaria a obrar de esa manera —y, por consiguiente, un menor coste en la libre decisión—; y, de otra, por esa misma facilidad que de él resulta para obrar de esa manera, una cierta dependencia de ese modo de comportamiento habitual. De aquí que los hábitos de comportamiento tengan un poderoso alcance antropológico —aquí reside su grandeza y su limitación—, puesto que asentados como cualidades en la vida de una determinada persona, acaban por configurarla y domeñarla imponiéndole su propio estilo. Y es que «el hábito —como escribió Hume—, en tanto que costumbre, es el gran guía de la vida humana» (*Enquiri*, secc. V, I).

Los hábitos, desde la perspectiva psicológica, dicen referencia al proceso de la habituación estudiado por los psicólogos desde Maine de Birán a los conductistas (Pavlov, 1960; Skinner, 1979; Thorndike, 1965) y a los cognitivistas (Bandura y col., 1963). Con la adquisición de hábitos se incrementa la probabilidad de responder al medio, repitiendo una misma conducta.

Esto quiere decir que, por la habituación, se facilita la capacidad de responder a los estímulos de una forma muy concreta. En esto consiste, según la mayoría de los psicólogos contemporáneos, el proceso de aprendizaje: en la formación de estos hábitos. Sin hábitos de comportamiento no habría aprendizaje.

Ahora bien, si los hábitos de comportamiento que se han aprendido son, en cierto modo, los responsables de la transmisión de la enfermedad, lo que habrá que hacer para prevenir el SIDA es modificar esos hábitos de comportamiento, es decir, modificar los aprendizajes a cuyo través se formaron esos hábitos. A este fin parecen encaminarse también las estrategias que se han puesto en marcha para su prevención.

En lo referente a los hábitos coinciden hoy psicólogos y filósofos. Y es que, como escribió Zubiri (1963), el hábito es un modo de habérselas con las cosas y consigo mismo, «el fundamento de posibilidad de toda suscitación y de toda respuesta» de un ser viviente.

Algunas consecuencias implícitas de un hábito

Al proporcionar los preservativos —estrategia aconsejada por ciertas campañas gubernamenta-

les— y animar a los usuarios a emplearlos, no sólo se les está proporcionando una barrera de caucho que, supuestamente, impide el contagio del SIDA, sino que se está modificando —en su sentido activo y positivo— el comportamiento del ciudadano y, a través de esta práctica, imponiéndole una determinada dirección a su manera de conducirse personalmente, lo que es mucho más grave.

Al suministrar el preservativo se está estimulando una cierta conducta que, con la repetición de actos (con el consumo de más preservativos), acabará por configurar y modular una determinada facilidad para las relaciones sexuales (implantación y emergencia de un nuevo hábito de comportamiento). En la persona en que arraigue el nuevo hábito, cambiará también su sistema perceptivo y, por consiguiente, cualquier estímulo erótico tendrá una capacidad de suscitar en él una respuesta sexual, haciéndole más dependiente —y, por tanto, menos libre— respecto del flujo estimular ambiental.

De otro lado, su organismo también se habituará a ese tipo de respuestas (sexuales), frustrándose con mayor frecuencia e intensidad cuando, por las razones que sea, no pueda satisfacer la facilidad para obrar de esa manera que ahora le reclama —con mayor exigencia que antes— el nuevo hábito. Éstas y otras modificaciones son las que resultan en el comportamiento de quienes, acaso de forma bienintencionada, usan el preservativo.

Por consiguiente, en tanto que el uso de tal preservativo genera un hábito de comportamiento y, a través de éste, una mayor facilidad para obrar con mayor frecuencia así, habrá que concluir que propiciar su uso multiplica la probabilidad de que en el futuro los usuarios establezcan más relaciones sexuales (es decir, mayor número de contactos potencialmente contagiosos).

Grupos de riesgo frente a conductas de riesgo

Se ha repetido hasta la saciedad que el SIDA es la enfermedad de las haches (homosexualidad, heroinómanos, haitianos, hemofílicos, etc.), en tanto que cada uno de estos grupos singularizan poblaciones en las que es mucho más frecuente la transmisión de la enfermedad. Este hecho es innegable y los estudios epidemiológicos, al ponerlo de manifiesto, han contribuido a orientar más eficazmente las campañas preventivas.

La denominación y la identificación de los «grupos de riesgo» es una consecuencia del traba-

jo epidemiológico. Con esta denominación se designan aquellos grupos de personas en los que la incidencia de la enfermedad es mucho mayor, como consecuencia de estar presentes en ellos ciertos factores que facilitan el contagio. Esto supuso un importante avance en la lucha contra la enfermedad. Pero no siempre esta denominación constituye por sí sola una ventaja en la lucha contra el SIDA, pues también pueden cobijarse y anidar en ella actitudes nada favorables a la lucha contra esta enfermedad.

En efecto, si se vincula el SIDA solamente a los grupos de riesgo (principalmente homosexuales y drogadictos), muy probablemente habrá emergido y estará dispuesto un «chivo expiatorio» en el que se verterá y adensará cierta culpabilidad elitista y sesgada, mientras que, injustamente, deja fuera de foco a otros grupos de población que, obviamente, también se contagian y contribuyen a extender la enfermedad.

En la actualidad, el SIDA se da tanto entre homosexuales como entre personas que tienen relaciones heterosexuales promiscuas (aunque más frecuentemente en los primeros), por lo que es forzoso ampliar el hasta ahora restringido concepto de «grupo de riesgo», tal y como este concepto se ha venido empleando.

De otra parte, más eficaz que hablar de grupos de riesgo sería referirse —tal y como lo aconsejan los expertos— a las conductas de riesgo. En realidad, no podría ser de otra manera, ya que el grupo se compone con las personas que enferman y éstas contraen la enfermedad en función de cómo haya sido su comportamiento; y no al revés. El grupo surge del comportamiento más que el comportamiento del grupo (aunque en algunos casos esto último puede también acontecer, como consecuencia de una exposición más intensa y frecuente de la persona a ciertos modelos de aprendizaje, costumbres, presión social, etc.).

Por eso precisamente, para erradicar el SIDA o disminuir el número de contagios y de enfermos, la clave está en modificar el comportamiento y no tanto en marginar —injusta y estúpidamente— a los grupos en los que es mayor la probabilidad y el riesgo de que aparezca la enfermedad. Con la marginación injusta de estos grupos nadie debiera alimentar la esperanza de erradicar la enfermedad o de disminuir el número de las personas que se contagian y la padecen.

Mientras que persistan las conductas de riesgo se habrá asegurado la posibilidad del contagio.

Conductas como la drogadicción, la sodomía, la promiscuidad heterosexual, etc., son las que directamente incrementan el riesgo del SIDA. La solución está en tratar de modificar esas conductas más que en ensañarse con las personas en que aquéllas se dan.

La patología no calculada de una campaña preventiva

De octubre a diciembre de 1990 los Ministros de Sanidad y Consumo y Asuntos Sociales promovieron en España una campaña de prevención del SIDA. Para ello se recomendó en «spots» publicitarios el uso de preservativos, con el eslogan: «Póntelo, pónselo». Las letras de las canciones que para tal efecto publicitario se diseñaron prometían, tras el uso de preservativos, la total seguridad de evitar la enfermedad.

De este modo, se presentaba, en definitiva, un único procedimiento —el uso de preservativos— para luchar contra la transmisión del virus del SIDA. Para hacer frente a la transmisión del virus entre los drogadictos que emplean la vía parenteral, se estudió también la posibilidad de repartir jeringuillas gratuitamente. Se pensó que de esta manera, con jeringuillas y preservativos, podía resolverse, o al menos paliar, el problema.

Sin embargo, la campaña no pudo ser más eficaz en sus resultados, puesto que el SIDA, también en España no ha hecho sino aumentar. En efecto, el 1 de julio de 1991, había en España 9.112 pacientes, lo que suponía la multiplicación de los casos detectados un año antes. Las previsiones oficiales para el año 2000, según las estimaciones de Nájera, presidente de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA), a finales de abril de 1992, señalan que serán portadores del virus entre 70.000 y 100.000 personas. No parece que el uso de jeringuillas y preservativos haya sido todo lo útil y eficaz que se prometía al principio de esta campaña preventiva.

Coste y eficacia de las campañas contra el SIDA

En un reciente congreso internacional sobre el SIDA, celebrado en Londres, los delegados de los 146 países participantes (incluidos 114 ministros de sanidad) intercambiaron experiencias sobre las campañas de prevención. Los asistentes, en general, reconocieron que, aunque estas campañas han

contribuido a alertar al público y a derribar mitos sobre las vías de contagio, apenas han afectado a los comportamientos.

Los efectos económicos del SIDA comienzan a preocupar a los gobiernos. Mientras las campañas de prevención siguen detrayendo millones de dólares, el coste del tratamiento de los enfermos no cesa de aumentar. En Gran Bretaña, se calcula que el Servicio Nacional de Salud necesitó 45 millones de dólares extra para hacerse cargo de los 3.000 nuevos casos que se descubrieron en el curso 1988-89. Cada enfermo de SIDA le cuesta al tesoro británico alrededor de 48.000 dólares; los cálculos norteamericanos sitúan este costo entre 50.000 y 150.000 dólares por paciente, según la duración del tratamiento. Y su precio, en horas de trabajo perdidas, podría ser aún mayor, ya que la enfermedad se ceba especialmente entre la población activa (el grupo de edades con mayor riesgo es el 25-45 años), agravando el problema de la financiación de los sistemas de pensiones.

El preservativo que no preserva

Analicemos ahora la eficacia preventiva del preservativo en sí mismo considerado. Parece estar demostrado que entre el 15 y 20 por ciento de los preservativos hoy utilizados fallan, lo que significa que uno de cada cinco o seis contactos sexuales en los cuales se han empleado el preservativo, constituyen una fuente muy segura de contagio. Puede concluirse, pues, que el uso del preservativo, en tanto que barrera, disminuye el contagio del SIDA, pero en tanto que promueve las relaciones sexuales y el hábito de comportarse así, incrementa su contagio.

De aquí que campañas preventivas como las referidas líneas atrás no sólo no consigan disminuir el contagio de SIDA, sino aumentarlo y extender más aún la enfermedad. Una campaña preventiva así diseñada no previene de nada y no es, por consiguiente, tal campaña.

Disponemos de muchos datos, acaso demasiados, no sólo en España sino en todos los países de la comunidad internacional, que demuestran que los preservativos no preservan de forma absoluta. Veamos algunos de los resultados comunicados por los expertos de Estados Unidos, Francia e Inglaterra.

Numerosos usuarios en Estados Unidos, según recientes investigaciones (Hu y col., 1989; Marín,

1990; Flaskerud y col., 1992), se muestran escépticos respecto a la capacidad que tiene el preservativo de prevenir la transmisión del virus y por eso no lo emplean.

Según otra reciente investigación del Research International para la Agencia Francesa de lucha contra el SIDA (1992), realizada en 697 personas de más de dieciocho años, de los cuales 654 llevaban una vida sexual activa, 505 jamás utilizaron preservativos.

El retrato robot de las personas que lo emplean es el siguiente: hombres jóvenes (33 por ciento de ellos entre dieciocho y veinticuatro años), célibes (52 por ciento) que cohabitan con otras personas en una gran ciudad (38 por ciento). Más del 56 por ciento de ellos han cohabitado con diferentes personas, frente a sólo el 23 por ciento de la media de la población francesa.

En síntesis, las tres cuartas partes de los franceses que llevan una vida sexual activa rehúsan utilizar el preservativo, a pesar de las campañas publicitarias de tipo preventivo.

Parece que las razones que suelen ofrecer varían mucho en función de cuál sea su edad. Así, el rechazo del uso de preservativos entre los jóvenes de dieciocho y veinticuatro años lo atribuyen a que genera una considerable «pérdida de sensualidad» y también a que su mismo aspecto resulta desagradable; los que no lo utilizan, entre los veinticinco y treinta y cuatro años de edad, lo atribuyen a que su uso se limita a sólo las relaciones ocasionales, circunstancia que es condenada por el orden moral; y entre los que se oponen a su uso, de treinta y cinco a cincuenta y cinco años, lo atribuyen a que su empleo es idéntico a «los paraísos perdidos».

Entre la minoría de los que sí lo emplean se puede afirmar que no reina ni la satisfacción ni la tranquilidad absoluta: el 43 por ciento se inquieta por el riesgo de que el látex se desgarre; el 26 por ciento se queja de «contactos desagradables»; el 21 por ciento de que no se repliega y el 19 por ciento manifiesta de forma negativa la dificultad para colocarlo en su lugar; un 25 por ciento considera que su precio es prohibitivo.

A pesar de todas estas quejas, la razón atribuida por el 88 por ciento de los que lo usan es el temor al SIDA y también el temor a otras enfermedades de transmisión sexual (sífilis, blenorragia, herpes, etc.). La mayor parte de estos usuarios manifiestan tener una conducta sexual próxima a la promiscuidad.

Según parece, tanto en Francia como en Estados Unidos, las campañas en favor del empleo

de preservativos han generado un efecto de rechazo, especialmente entre las personas más jóvenes (cfr. *Europe Today*, 1992, 102).

Algo parecido acontece en el Reino Unido. En una reciente investigación llevada a cabo por Sheeran y cols. (1992) sobre las actitudes de los estudiantes respecto de la utilización de preservativos con relación al SIDA, se obtuvieron las siguientes conclusiones: el uso de preservativos es más ofensivo para la mujer que para el hombre. Este dato coincide con los obtenidos por Sherr (1987), quien encontró que las mujeres estudiadas se quejaban porque el uso de preservativos lo consideraban como algo que interfería en su intimidad.

La investigación de las actitudes resulta en este ámbito crucial, puesto que es un buen predictor de cuáles son las intenciones de la persona respecto de su posterior conducta sexual. Así, por ejemplo, uno de cada tres estudiantes manifiesta que llevar preservativos es percibido generalmente como un indicador de deseo de establecer relaciones sexuales casuales.

En el caso de la mujer, la posesión de un preservativo tiene el significado de querer crear una cierta oportunidad para el comercio sexual. En cambio, su ausencia debe entenderse como la negación a tener relaciones sexuales. Sin embargo, son también muchos los jóvenes que establecen esas relaciones sexuales sin emplear ninguna forma de contracepción (Morrison, 1985; Spears y col., 1990).

Los dos anteriores manifiestan de una vez por todas la poca credibilidad social que tiene el empleo de preservativos como medida preventiva frente a la transmisión sexual del SIDA.

La recomendación de otros procedimientos preventivos más eficaces

Afortunadamente, no todos los procedimientos de prevención que hoy pueden aconsejarse quedan reducidos a sólo el empleo del preservativo. Éste es el caso de otras medidas preventivas como establecer relaciones sexuales sólo con una y la misma persona, dejar de consumir drogas, la evitación de transfusiones de sangre infectada, la prevención de embarazos en la mujer con SIDA, la abstinencia sexual, el celibato, la fidelidad conyugal, etc. No promocionar ninguno de los procedimientos aludidos podría constituir un flagrante delito de «mala práctica» sanitaria y política en el diseño de las campañas preventivas.

Por eso nada extraña que algunos expertos suizos (Scheriner y April, 1990) hayan manifestado lo que sigue: «el preservativo ha sido recomendado en varios países como la protección más importante contra la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), aunque no hay pruebas rigurosas de que sea eficaz contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS). (...) Para impedir una infección mortal como el SIDA, es obligatorio emplear modos seguros de protección. Los estudios más recientes sobre su prevención, demuestran que la suposición de que los preservativos ofrecen una protección fiable contra el VIH es una peligrosa ilusión» (pp. 972-978). El énfasis de estos investigadores recae en la ausencia de proporcionalidad existente entre el posible fallo de esa medida preventiva (15-20 por ciento) y la gravedad de la enfermedad que se adquiere (mortal). En un caso de peligrosidad como el SIDA, no se concibe que una medida preventiva pueda fallar, ni siquiera aunque sea una de cada 5 ó 6 veces.

En este mismo sentido se han pronunciado otros investigadores. Éste es el caso de lo manifestado ya en 1987 por los expertos del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, quienes en su informe semanal acerca de la morbilidad y mortalidad, se manifestaban como sigue: «el uso apropiado del preservativo puede reducir, pero no eliminar, el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Los individuos que pueden haberse contagiado con el VIH, o que ya están contagiados, deberían ser conscientes de que el uso del preservativo no puede eliminar por completo el riesgo de contagiarse o de contagiar a otros» (pp. 7-9). Es decir, se insiste aquí también en que «reducir» no significa «eliminar» el riesgo de enfermedad. Resulta, pues, que el riesgo de contagio no puede extinguirse por completo con sólo esa medida.

Hasta aquí tenemos dos hechos tozudos: a) que el empleo del preservativo aumenta la frecuencia y el número de relaciones homosexuales y heterosexuales, contribuyendo así a implantar un hábito de comportamiento que forzosamente ha de acrecer extraordinariamente el futuro riesgo de contagio, y b) que, a pesar de estas campañas preventivas en favor del empleo de preservativos, su efecto incide, por diversas actitudes y razones que ya hemos observado, sólo en determinados sectores de la población y con unos resultados ambiguos, imprecisos y, en algunos casos, expresamente contrapreventivos.

De aquí, el imperativo ético de no silenciar, sino de promocionar, la información acerca de otros procedi-

mientos y estrategias de prevención que son mucho más eficaces. No resulta extraño que el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta afirme lo que sigue: «la abstinencia y la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada son las únicas estrategias preventivas totalmente eficaces» (cfr. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1987).

Por otra parte, la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas viene recomendando desde 1988 lo que sigue: «Los esfuerzos en la prevención primaria deberían incluir la educación de los adolescentes y de los adultos jóvenes respecto a la transmisión de VIH, y el estímulo de la abstinencia o de las relaciones sexuales monógamas» (cfr. *The Journal of Infectious Diseases*, 1988). Nada de particular tiene que el grupo de expertos americanos en la lucha contra el SIDA sostuvieran ya en 1989 y en una de las revistas científicas hoy más prestigiosas (cfr. *The Lancet*), lo que sigue: «en el caso del SIDA, prevenir no es simplemente mejor que curar: es la única cura (...). Los medios para prevenir la difusión del VIH son tremendamente sencillos (...). Pero los contactos heterosexuales y homosexuales y el abuso de las drogas intravenosas siguen catalizando la expansión de la epidemia (...). El cambio de conducta es la forma segura de protección, pero parece que no se ha sabido inducir de modo suficientemente rápido y extenso, ni siquiera entre los grupos de alto riesgo».

Sobre las anteriores coincidencias se ha vertebrado al fin la estrategia resolutoria final adoptada por la OMS contra el SIDA y hecha pública el 23 de enero de 1992. En efecto, Nerson, director del programa manifiesta la necesidad de revisar las estrategias preventivas empleadas hasta ahora, dada la progresión y extensión de la enfermedad y el número de personas infectadas por el virus. Por eso, la resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS (EB 89. R19) del 29 de enero de 1992, afirma lo que sigue: «la OMS quiere que se sepa que sólo la abstinencia sexual o la absoluta fidelidad eliminan el riesgo de infección». Y en el párrafo 17 de otro documento (EB 89. INF. DOC. II) de 20 de enero de 1992 se proclama que «sólo la abstinencia sexual o una mutua fidelidad de por vida entre parejas no infectadas eliminan totalmente el riesgo de enfermedades sexualmente transmisibles».

He aquí un reto ético para el comportamiento del hombre contemporáneo, si de verdad quiere decidirse a luchar contra el SIDA.

Bibliografía

- ANTONOVSKI, A.: *The sense of coherence as a determinant of health*, Beer-Sheva (Israel), Ben Gurion University of the Negev, 1984.
- BANDURA, A.; WALTERS, R. H.: *Social learning and personality development*, Holt, 1963.
- BROWN, N. J., et al.: «The relationship among health beliefs, health values, and health promotion activity», en *Western Journal Nursing Reserarch*, 5, 1985, pp. 155-163.
- BURT, J. J.: *Metahealth: A challenge for the future*, University of Maryland, 1984.
- CALIFANO, J. A.: *Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*, Washington DC, US Government Printing Office (Stoke, n. 017-001-00416-2), 1979.
- EUROPE TODAY, 1992, 102, pp. 1-2.
- FISHBEIN, M.; AJZEN, I.: *Beliefs, attitudes, intention and behaviour: an introduction to theory an research*, Reading, Mass., Addison-Wesley, 1975.
- FLASKERUD, J. H.; RUEZ CALVILLO, E.: *Beliefs about AIDS, Health and Illness among Low Income Latin Women*, en prensa, 1992.
- GREEN, L. M.: «Determining the impact and efectiveness of health education as it is related to federal policy», en *DHEW Contract*, 54, 1976, pp. 74-75.
- HARRIS, P. R.: *Promoting health-preventing disease: objectives for the nation*, Washington, DC, US Government Printing Office, 1980.
- HU, D. J., et al.: «Communicating AIDS information to Hispanics: the importance of language and media preference», en *American Journal of Preventive Medicine*, 5, 1989, pp. 196-200.
- JONAH, B. A.; DAWSON, N. E.; SMITH, G. A.: «Effect of a selective traffic enforcement program on seat belt usage», en *Journal of Applied Psychology*, 67, 1982, pp. 89-96.
- MAHONEY, M. J.; THORENSEN, C. E.: «Self-control: power the person», en *Montery*, 1980, pp. 285-296.
- MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT. «Condoms for prevention of sexually transmitted diseases», 1987.
- MORRISON, D. M.: «Adolescent contraceptive behaviour: A review», en *Psychological Bulletin*, 98, 1987, pp. 538-568.
- MUHLKAMPF, A., et al.: «Social support and positive health practices among the elderly», *Comunicación a la 16th Annual Communicating Nursing Research Conference*, Western Interstates Commission for Higher Education, Boulder, Col., 1983.
- PAVLOV, I.: *Conditioned reflexes*, Londres, Oxford University Press, 1927, reimpresso en 1960, Nueva York y Londres, Dovr.
- POLAINO-LORENTE, A.: *Educación para la salud*, Barcelona, Herder, 1987.
- REMINGTON, R. D.: «Smoking US data base and trends», en *Artherosclerosis Review*, 7, 1980, pp. 285-296.
- RODENSTOCK, I. M.: «Historical origins of the Health Belief Model», en *Health Education Monographs*, 2, 1974, pp. 409-419.
- SCHERINER, W. S.; APRIL, K.: «Zur Frage der Schutzwiking des Kondoms gegen HIV-infektionen», en *Schweizerisches medizinisches Wochenschrift*, 120, 1990, pp. 972-978.
- SHEERAN, P., et al.: *The structure of student's post-AIDS attitudes for condoms: age, sex and experience of use*, 1992, pro man.
- SHERR, L.: *The use of condoms in the light of the AIDS issue*, paper presented at the British Psychological Society London Conference, 1987.
- SKINNER, B.: *The behavior of organisms*, Nueva York y Londres, Appelton-Century-Crofts, 1938 (trad. esp: *La conducta de los organismos*, Barcelona, Fontanella, 1979).
- SPEARS, R., et al.: *Social judgements of sex and blame in the context of AIDS: Gender and linguistic frame*, manuscript in submission.
- STEINBOCK, M.; JACOBSON, A.; MOHLER, J.; DAVIES, D.: «The goal attainment sacle: instructional guide for the delivery of social reinforcement», en *Archives of General Psychiatry*, 34, 1977, pp. 923-926.
- THE JOURNAL OF INFECTIOUS DISEASES, 158, 2 VIII, 1988, p. 275.
- THE LANCET, 1:1, 1989, 111.
- THORNDIKE, E.: *Animal intelligence*, Nueva York, Macmillan, 1911, reimpresso en 1965, Nueva York y Londres, Haffner.
- TOMÁS DE AQUINO: *Summa Theologiae*, I-IIa, q. XLIX, a. II, ad. III.
- ZUBIRI, X.: «El hombre, realidad personal», en *Revista de Occidente*, año I, 2.^a época, 1, 1963, p. 10.