

## Debate

## Cómo cambiar comportamientos y no morir en el intento: más entornos favorables y menos educación sanitaria

### How to change behaviors without dying in the attempt: more favorable environments and less health education

Ana M. Novoa Pardo<sup>a,b</sup><sup>a</sup> Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España<sup>b</sup> Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau), Barcelona, España

---

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 5 de marzo de 2012

Aceptado el 18 de junio de 2012

On-line el 1 de septiembre de 2012

Tanto la educación sanitaria como las medidas legislativas tienen por objetivo que las personas cambien su comportamiento con el fin de mejorar la salud de la población. La educación sanitaria, entendida como transmisión de información o adquisición de habilidades, es una de las principales medidas utilizadas en promoción de la salud. Aunque en cierta medida pueda resultar beneficiosa, e incluso necesaria, para fomentar el debate social respecto a un problema de salud y contribuir al cambio de mentalidad y actitudes en la sociedad, en general su efectividad se ha demostrado nula o muy limitada en diversos problemas de salud, en especial si se implementa de forma aislada. Es el caso de la prevención de las lesiones de tráfico, donde los cursos impartidos a conductores de distintas edades, a peatones o para aumentar el uso de sillitas infantiles han resultado ser inefectivos, en algunos casos incluso contraproducentes, pues pueden inducir a la adquisición más temprana de la licencia de conducir en jóvenes y aumentar la proporción de adolescentes implicados en colisiones de tráfico<sup>1,2</sup>. Asimismo, los programas escolares dirigidos a reducir el consumo de tabaco o alcohol, aunque muestran cierta efectividad, ésta es mínima si se implementan de forma aislada y mucho menor que la de otro tipo de intervenciones<sup>3,4</sup>. Tampoco parece que la información y el consejo sobre estilos de vida saludables reduzca la mortalidad global ni cardiovascular en la población general<sup>5</sup>.

Así pues, ¿por qué, a pesar de la evidencia disponible sobre la escasa efectividad de las medidas educativas, continúan estando entre las principales intervenciones llevadas a cabo? Su gran aceptación por parte de la población podría ser una de las razones<sup>2</sup>, así como la predominante concepción de las conductas individuales como causa directa de las enfermedades. Así, la solución que se deriva de situar el error humano (conducta inapropiada) como la raíz de los problemas de salud es la educación sanitaria para evitar que se tomen decisiones equivocadas<sup>6</sup>. Sin embargo, aunque es necesario disponer de unos mínimos conocimientos sobre salud, en nuestro contexto las personas ya suelen dispo-

ner de la información que se les pretende transmitir<sup>7</sup>. Además, el aumento del conocimiento no necesariamente implica un cambio de comportamiento<sup>2,6</sup>. Richens et al.<sup>8</sup>, mediante un paralelismo entre el uso de condones y del cinturón de seguridad, explican este hecho por la teoría de la compensación del riesgo, según la cual las conductas de riesgo no se deben a la ignorancia o la incompetencia, sino que se adoptan tras el balance de sus riesgos y beneficios. Así pues, además del conocimiento y las habilidades, muchos otros factores influyen en la toma de decisiones de las personas<sup>9</sup>.

La evidencia indica que las medidas legislativas, como las basadas en la penalización de los comportamientos de riesgo, pueden lograr un cambio de comportamiento de las personas (siempre y cuando se acompañen de una adecuada vigilancia de su cumplimiento<sup>10</sup>) al aumentar las consecuencias negativas que pueden derivarse de sus conductas<sup>8</sup>. La visibilidad, y por tanto la efectividad, de dichas medidas puede potenciarse mediante la difusión de la nueva normativa en los medios de comunicación con campañas de buena calidad<sup>1</sup>. Así, las leyes que prohíben fumar en espacios públicos se encuentran entre las medidas que han logrado una mayor reducción del consumo de tabaco<sup>3</sup>. En el campo de las lesiones de tráfico, medidas como el permiso por puntos o la reforma del Código Penal (según la cual la conducción bajo los efectos del alcohol o la velocidad excesiva pueden considerarse comportamientos delictivos) han logrado reducir notablemente el número de personas lesionadas y fallecidas por colisiones de tráfico en España<sup>11,12</sup>.

La legislación en salud pública, no obstante, ha sido ampliamente criticada por limitar la libertad y la autonomía de las personas. Sin embargo, podría justificarse si tiene por objetivo proteger a terceras personas de las conductas de riesgo de otros, proteger a personas de reducida autonomía (p. ej., menores y personas con deficiencias mentales) y proteger al propio individuo<sup>13</sup>. Mientras las dos primeras situaciones suelen ser las más aceptadas, la última ha sido la más criticada por resultar paternalista. Sin embargo, dicha crítica se basa en la asunción de que las personas tienen toda la información y oportunidades para tomar sus decisiones de una forma libre y sin coacción. Sin embargo, con frecuencia éste no es el caso, pues a menudo la

---

Correo electrónico: [anovoa@asp.cat](mailto:anovoa@asp.cat)

información científica es muy compleja y difícil de asimilar, y los mensajes que aparecen en los medios de comunicación suelen ser contradictorios y confusos, llegando incluso a fomentar conductas perjudiciales para la salud (p. ej., anuncios con un mensaje positivo sobre el consumo de alcohol o de comida rápida). La adquisición de estilos de vida saludable también se ve dificultada por las propiedades adictivas de algunas de las conductas (p. ej., consumo de tabaco), así como por barreras sociales, económicas y del entorno (p. ej., accesibilidad a una alimentación saludable)<sup>14</sup>. En este aspecto, los *lobbies* de las industrias afectadas tienen un enorme poder y dedican una importante parte de su presupuesto a presionar a los políticos en contra de medidas reguladoras efectivas y a favor de medidas demostradas inefectivas, defendiendo el derecho de las personas a tomar decisiones<sup>4</sup>.

La mayoría de las medidas educativas y legislativas parten de un enfoque de la enfermedad centrado en la conducta individual. Sin embargo, la evidencia sugiere una mayor efectividad de las intervenciones que modifican el entorno, las cuales parten de un enfoque centrado en los determinantes de la salud (las causas de las causas). Estas intervenciones incluyen tanto aquellas que facilitan la toma de decisiones saludables como las que impiden la «incorrecta» toma de decisiones, y por tanto no dependen del conocimiento ni del cambio de comportamiento de las personas<sup>15</sup>. Estas últimas parten de la base de que el ser humano comete errores por naturaleza, lo cual hace recomendable no exponer a las personas a situaciones que dependan de su «correcta» toma de decisiones. Este concepto fue recogido hace tiempo en un término japonés, *poka-yoke*, que significa «a prueba de errores» y que se aplica a todos aquellos dispositivos que impiden que sean utilizados incorrectamente, evitando así el error humano y los «accidentes». Un ejemplo de *poka-yoke* son los dispositivos USB, que no pueden ser conectados a los ordenadores al revés. Así, en el caso del tabaco y el alcohol, la evidencia sugiere que las medidas más efectivas para reducir su consumo son aquellas que aumentan el precio de venta de estos productos o que restringen su disponibilidad (p. ej., limitando los puntos de venta)<sup>3,4</sup>. Asimismo, Ebrahim et al.<sup>5</sup> concluyen que, para prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares, deberían priorizarse las intervenciones basadas en cambios legislativos y fiscales que aumenten las oportunidades y las facilidades para llevar una vida sana. En cuanto a la prevención de las lesiones de tráfico, entre las medidas centradas en el entorno destacan las que fomentan el uso del transporte público en sustitución del vehículo privado y las que insisten en la mejora del vehículo (p. ej., control electrónico de la estabilidad) y de las infraestructuras (p. ej., medidas de ingeniería dirigidas a separar los peatones del tráfico motorizado)<sup>1</sup>.

Por tanto, dada la escasa efectividad de las medidas basadas en la educación sanitaria, serían preferibles las medidas legislativas para fomentar el cambio de comportamiento de las personas. Sin embargo, aún más importante sería priorizar aquellas medidas centradas en el entorno, que facilitan o aseguran la toma de decisiones saludables. No obstante, a pesar de su reducida efectividad administrada de forma aislada, la educación sanitaria utilizada como complemento de otras intervenciones puede contribuir a potenciar su efectividad. De hecho, las intervenciones que resultan más

efectivas son las estrategias multicomponente, que incluyen intervenciones que abordan los distintos aspectos (entorno, legislación y educación). Este tipo de intervenciones integrales actúa de forma sinérgica y resulta más efectiva que la implementación de medidas aisladas<sup>3</sup>. Sería aconsejable que tanto los profesionales de la salud pública como los decisores políticos (del ámbito de la salud y de otros ámbitos fuera del sector salud) tuvieran en cuenta estas recomendaciones a la hora de implementar futuras intervenciones.

### Contribuciones de autoría

La autora ha concebido y redactado el artículo, y es responsable de él.

### Financiación

Ninguna.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Novoa AM, Pérez K, Borrell C. Efectividad de las intervenciones de seguridad vial basadas en la evidencia: una revisión de la literatura. *Gac Sanit.* 2009; 23:553.
2. Kass NE. An ethics framework for public health. *Am J Public Health.* 2001;91:1776-82.
3. Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J. The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. *J Public Health Manag Pract.* 2004;10:338-53.
4. Davoren SL. Legal interventions to reduce alcohol-related cancers. *Public Health.* 2011;125:882-8.
5. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, et al. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;1:CD001561.
6. Mohan D. Road traffic injuries - a neglected pandemic. *Bull World Health Organ.* 2003;81:684-5.
7. Ramos P, Díez E, Pérez K, et al. Young people's perceptions of traffic injury risks, prevention and enforcement measures: a qualitative study. *Accid Anal Prev.* 2008;40:1313-9.
8. Richens J, Imrie J, Copas A. Condoms and seat belts: the parallels and the lessons. *Lancet.* 2000;355:400-3.
9. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Upper Saddle River: Prentice Hall. 1986:617.
10. Beltramino JC, Carrera E. El respeto a las normas de tránsito en la ciudad de Santa Fe, Argentina. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;22:141-5.
11. Novoa AM, Pérez K, Santamariña-Rubio E, et al. Impact of the penalty points system on road traffic injuries in Spain: a time-series study. *Am J Public Health.* 2010;100:2220-7.
12. Novoa AM, Pérez K, Santamariña-Rubio E, et al. Effect on road traffic injuries of criminalizing road traffic offences: a time-series study. *Bull World Health Organ.* 2011;89:422-31.
13. Loewenstein G, Brennan T, Volpp KG. Asymmetric paternalism to improve health behaviors. *JAMA.* 2007;298:2415-7.
14. Jagger J. Prevention of brain trauma by legislation, regulation, and improved technology: a focus on motor vehicles. *J Neurotrauma.* 1992;9 (Suppl. 1): S313-6.
15. Gostin LO. General justifications for public health regulation. *Public Health.* 2007;121:829-34.