



CAPÍTULO 3

Percepción de los riesgos

Hay que considerar tanto los riesgos como los beneficios para comprender lo que motiva algunos tipos de comportamiento y la razón de que algunas intervenciones sean más aceptables y eficaces que otras. Los factores sociales, culturales y económicos son fundamentales para determinar la percepción que se tiene de los riesgos para la salud. Asimismo, los factores sociales y estructurales pueden influir en el tipo de políticas que se adoptan para controlar los riesgos y en el posible impacto de las intervenciones. La prevención de los factores de riesgo debe planificarse en el contexto de la sociedad local, teniendo presente que el éxito de las intervenciones preventivas sólo en parte depende de las circunstancias y el grado de instrucción individuales. Al diseñar estrategias de intervención no se puede suponer sin más que los diversos grupos que constituyen el público general piensan de la misma manera que los profesionales de la salud pública y otros expertos en materia de riesgos. Además, habrá que comunicar con particular precaución y esmero las estimaciones del riesgo y de sus consecuencias, presentándolas en términos científicos sobre la base de una evaluación de ese riesgo. Lo mejor es que sean profesionales respetados, de reconocida independencia y credibilidad, quienes hagan esas declaraciones. Es indispensable crear un ambiente de confianza entre los poderes públicos y todas las partes interesadas, en los sectores tanto público como privado, si se desea adoptar y llevar a cabo con éxito las intervenciones.

3

PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS

EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS

Habida cuenta de las investigaciones sobre la carga mundial de riesgos para la salud, junto con el análisis en que se basa la elección de intervenciones costoeficaces, ¿qué enseñanzas se han sacado en materia de percepción de riesgos? Con respecto a los riesgos de gran prioridad, ¿cómo se podrán aplicar en el futuro políticas más eficaces para evitar y reducir los riesgos?

Este capítulo empieza con una visión general de la evolución de los estudios de análisis de riesgos desde los años setenta. Se llama luego la atención sobre la necesidad de examinar desde una perspectiva amplia cómo se definen los riesgos y cómo los perciben los individuos y los diferentes grupos de la sociedad. A continuación, se destaca la conveniencia de mejorar la comunicación sobre los riesgos sanitarios para poder adoptar estrategias eficaces de control. Sin embargo, la percepción de los riesgos sufre en todo el mundo la influencia de otras tres tendencias. En primer lugar, el poder e influjo de grupos de intereses especiales vinculados a determinadas sociedades comerciales, y la oposición que están organizando numerosos grupos de defensa y promoción de la salud pública. En segundo lugar, la creciente influencia de los medios informativos mundiales. Y, por último, el aumento de los factores de riesgo dentro de muchos países de ingresos medianos y bajos como consecuencia de la mundialización.

Hasta fecha reciente, los riesgos para la salud se han definido principalmente desde una perspectiva científica, aunque desde hace ya algún tiempo se sabe que los riesgos son percibidos e interpretados por lo general de modo muy diferente por los distintos grupos que integran la sociedad: científicos, profesionales, administradores, políticos, público general, etc. La labor de evaluación y gestión de los riesgos para la salud es un campo de estudio relativamente nuevo que se ha ido ampliando sin cesar desde principios de los años setenta. Esa labor se centró al principio en el desarrollo de métodos científicos para identificar y describir los peligros y para evaluar la probabilidad de resultados adversos y sus consecuencias. Se ha prestado particular atención al tipo y la magnitud de las consecuencias adversas, incluida la mortalidad probable. En los primeros años, el análisis de riesgos, como se lo denominaba entonces, se consideraba una actividad científica nueva relacionada básicamente con las amenazas ambientales y otros peligros externos para la salud como son la exposición a sustancias químicas, los accidentes del tráfico rodado y los desastres provocados por las radiaciones y la energía nuclear. Los primeros estudios sobre esos riesgos se efectuaron principalmente en los Estados Unidos y en Europa (1).

A principios de los años ochenta, el análisis se diferenció en dos fases principales, a saber, la evaluación de los riesgos y la gestión de los riesgos, pues empezó a prestarse más atención a la manera de controlar los peligros o factores de riesgo a nivel tanto individual como en el conjunto de la sociedad. La prioridad se desplazó de la determinación de la probabilidad de acontecimientos adversos para diferentes factores de riesgo a la evaluación

de la magnitud y el alcance de las posibles consecuencias, entre las cuales destacan sin duda las defunciones. Paralelamente se intentó reducir la incertidumbre de las estimaciones científicas (2). Una consecuencia importante de esa evolución fue la idea de que es el propio individuo quien debe ocuparse de gestionar los riesgos que corre su salud, pues muchos de éstos tienen su origen en el comportamiento y, por consiguiente, el individuo puede controlarlos en gran medida. Esto a su vez propició un enfoque de la promoción de la salud basado en los cambios del estilo de vida. Por ejemplo, se prestó gran atención a la lucha contra las cardiopatías coronarias dirigiendo la labor de promoción sanitaria a los individuos de alto riesgo, por ejemplo fomentando el ejercicio físico y la reducción del colesterol, mientras las políticas de lucha contra el tabaquismo subrayaban también la importancia de las decisiones individuales.

Se hizo más patente asimismo la necesidad de reforzar las medidas de regulación de los gobiernos, como lo demuestran otros dos hechos importantes. En primer lugar, los gobiernos de muchos países industrializados, conscientes de que debían hacer respetar la ley, adoptaron una legislación encaminada a establecer nuevos y poderosos organismos públicos de reglamentación, como por ejemplo la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en los Estados Unidos y la Dirección de Salud y Seguridad (HSE) en el Reino Unido. En segundo lugar, se prestó mayor atención al establecimiento de niveles mínimos de exposición aceptables y a la adopción de numerosas normas internacionales sobre seguridad, particularmente en materia de riesgos ambientales y químicos. Entre ellos figuran, por ejemplo, los riesgos asociados con los contaminantes atmosféricos, las emisiones de gases por los vehículos, la alimentación y el empleo de productos químicos en la agricultura.

CUESTIONAMIENTO DE LA BASE CIENTÍFICA DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS

El denominado enfoque científico o cuantitativo de la evaluación de los riesgos para la salud tiene por objeto obtener las mejores estimaciones numéricas posibles de la probabilidad de que se produzcan resultados sanitarios adversos, a fin de utilizarlas en la formulación de políticas. Aunque ese enfoque goza en general de gran credibilidad, ¿cuál es su grado de validez? ¿Por qué se considera más válido que las opiniones del público o de los sociólogos?

Si bien la evaluación de riesgos procede aparentemente por pasos científicamente lógicos, en la práctica es muy difícil tomar decisiones «objetivas» en cada fase de los cálculos. Por consiguiente, al elaborar un modelo de los riesgos deberá adoptarse una definición específica de la noción de riesgo e introducir en él una serie de juicios y supuestos más subjetivos (3, 4). Muchos de ellos incluyen valores implícitos y subjetivos, como son la expresión numérica del riesgo, la ponderación del valor de la vida a diferentes edades, las tasas de descuento y la clase de resultados adversos para la salud que se haya decidido incluir. Por ejemplo, quizá se necesite la opinión de los científicos sobre los efectos de diferentes niveles de exposición o sobre el tipo de resultados que se deben incluir, en particular los episodios morbosos que deben contarse entre los acontecimientos adversos.

Durante el decenio de 1980 se consideraba que las predicciones científicas eran racionales, objetivas y válidas, mientras que las percepciones del público se consideraban en gran medida subjetivas, mal informadas y, por consiguiente, menos válidas. Esto dio lugar a unas políticas de control de riesgos encaminadas a «corregir» e «instruir» al público en las nociones científicas más sólidas en lo que respecta a los riesgos y a su gestión. Sin embargo, algunos grupos de intereses públicos y de presión cuestionaron cada vez más ese planteamiento y pidieron a los científicos que explicaran sus métodos y supuestos. Esa actitud crítica puso a menudo de manifiesto el alto grado de incertidumbre científica inherente a no pocos de los cálculos. Y esos grupos cobraron entonces mayor confianza, lo cual les permitió defender con determinación la validez de sus propias evaluaciones e interpretaciones de los riesgos.

IMPORTANCIA CRECIENTE DE LA PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS

A principios del decenio de 1990, sobre todo en América del Norte y en Europa, se hizo evidente que recurrir principalmente a un enfoque científico para la evaluación y gestión de los riesgos no siempre permitía alcanzar los resultados esperados. También se vio claramente que la noción de riesgo no significaba lo mismo para todos los grupos de personas y que todo riesgo tenía que abordarse dentro de un contexto social, cultural y económico más amplio (5–7). Además, la gente compara los riesgos sanitarios con las ventajas que podrían derivarse de su exposición a ellos, y es consciente también de hallarse expuesta a muchos otros riesgos. De hecho, se ha sostenido que los diversos conceptos de riesgo se hallan realmente anclados en la sociedad y en su correspondiente contexto cultural, lo cual determina en gran medida cómo se perciben los riesgos y la autonomía de cada cual para controlarlos (8). Por otra parte, se hizo patente que la percepción pública de los riesgos para la salud no coincidía necesariamente con la de los científicos, cuya autoridad cuestionaban cada vez más tanto el público general como los políticos. Aunque el público y los científicos coincidían sustancialmente en muchas evaluaciones, había también algunos riesgos, como la energía nuclear y los plaguicidas, sobre los que las diferencias de opinión eran considerables (véase el recuadro 3.1). Con frecuencia esas divergencias desataron un vivo debate público.

Al propio tiempo, crecía la decepción con el enfoque de los «estilos de vida» adoptado en las estrategias de promoción y educación sanitarias, que se centraba en el mejoramiento de los conocimientos sanitarios y las creencias individuales. Ese enfoque no lograba cambiar los comportamientos lo suficiente para que las intervenciones fueran costoeficaces. Por ejemplo, la rápida aparición del VIH/SIDA demostró que el recurso al modelo basado en las creencias sanitarias para cambiar los comportamientos era en general una medida ineficaz para reducir los comportamientos sexuales de alto riesgo que aceleraban la propagación de la epidemia. Además, a medida que se iban organizando mejor el público general y los grupos de intereses especiales, en particular los movimientos medioambientales, se empezaron a cuestionar los móviles de grandes firmas empresariales, entre ellas las tabacaleras (10).

Mediado ya el decenio de 1990, se consideró esencial mejorar la comunicación sobre los riesgos para zanjar las diferencias existentes entre las diversas posturas, pues había una mayor aceptación de la validez tanto de los planteamientos científicos como de las percepciones de riesgo del público. Se admitía también por lo general que había que comprender y resolver las diferencias de percepción de los riesgos. Esto a su vez llevó a la conclusión de que los poderes públicos y los responsables políticos debían desempeñar un papel importante en el manejo de los conflictos provocados por las políticas de reducción de riesgos, promoviendo un diálogo abierto y transparente dentro de la sociedad, a fin de lograr un alto grado de confianza pública para ese diálogo. De ello se desprende una enseñanza importantísima: es indispensable un alto grado de confianza entre todas las partes para poder reducir la carga mundial de riesgos para la salud en el futuro (11,12).

Recuadro 3.1 Percepción del riesgo por los científicos y por el público general

«El mensaje más importante de esta investigación es quizá que las actitudes y percepciones del público contienen aciertos y errores. El profano no dispone a veces de algunos datos sobre los peligros que corre. Sin embargo, la idea básica que se hace de un riesgo es mucho más rica que la del experto y refleja inquietudes legítimas que éste suele ignorar en su evaluación.

En consecuencia, las iniciativas de comunicación sobre los riesgos y la gestión de los riesgos están condenadas al fracaso si no se conciben como un proceso bidireccional. Cada una de las partes, los expertos y el público, tiene algo válido que aportar; cada una deberá respetar la manera personal de ver y entender de la otra.»

Fuente: (9), p. 285.

PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS

En este informe se parte del supuesto de que los factores de riesgo, la probabilidad de los riesgos y los acontecimientos adversos pueden definirse y medirse. Es éste un punto de partida válido para cuantificar los efectos adversos de toda una serie de factores de riesgo y para los fines de la promoción sanitaria. Sin embargo, como se ha visto antes, hay que adoptar una perspectiva más amplia al interpretar la carga mundial de riesgos para la salud y elaborar en consecuencia las estrategias de intervención. La evaluación de esos riesgos debe hacerse dentro de un contexto mucho más amplio.

La idea que se hace la gente de los riesgos se basa en la gran diversidad de informaciones que le llegan sobre los factores de riesgo (a veces denominados peligros) y las tecnologías, así como sobre sus beneficios y contextos. Por ejemplo, las personas reciben la información y sus valores se forjan en función de su experiencia pasada y de lo que aprenden de fuentes científicas y periodísticas, así como de la familia, de sus compañeros y de otros grupos. Esta transferencia y este aprender de la experiencia tienen también lugar dentro del contexto de la sociedad y del medio, incluidas las referencias a las creencias y los sistemas de interpretación. Mediante la organización de todos esos conocimientos, que empieza en la primera infancia, los individuos perciben y dan sentido al mundo en que viven. De modo análogo, la percepción de los riesgos para la salud está enraizada en los distintos entornos económicos, sociales y culturales.

Gran parte del impulso inicial de las investigaciones sobre la percepción de riesgos se debió a la labor pionera llevada a cabo por Starr (13) para comparar los riesgos de las tecnologías y los correspondientes beneficios percibidos. Los estudios empíricos sobre la percepción individual de los riesgos tuvieron su origen principalmente en los estudios psicológicos realizados en los Estados Unidos (4, 14). Un primer descubrimiento importante fue una serie de estrategias y reglas mentales, lo que se entiende por heurística, de las que se sirve la gente para comprender los riesgos (15). Uno de los métodos empleados inicialmente para estudiar y trazar el mapa subjetivo de los riesgos para una persona consistía en pedirle que estimara el número de muertes causadas por 40 peligros diferentes y que comparara el resultado con las estimaciones estadísticas conocidas (16, 17). Así se comprobó que la gente tiende a sobrestimar el número de muertes resultantes de los riesgos más raros e infrecuentes, y a subestimar considerablemente la mortalidad por las causas más comunes y frecuentes, como el cáncer y la diabetes. Este hallazgo tiene claras implicaciones para las estrategias de control centradas en muchos riesgos sanitarios frecuentes y muy extendidos. Además, las causas infrecuentes pero muy visibles se sobrestiman más todavía. La familiaridad con ellas y su divulgación en los medios informativos tienden a reforzar esa percepción. Sin embargo, la ordenación que hace la gente en función del número total de muertes se corresponde bien en general con el orden de clasificación de las estimaciones oficiales.

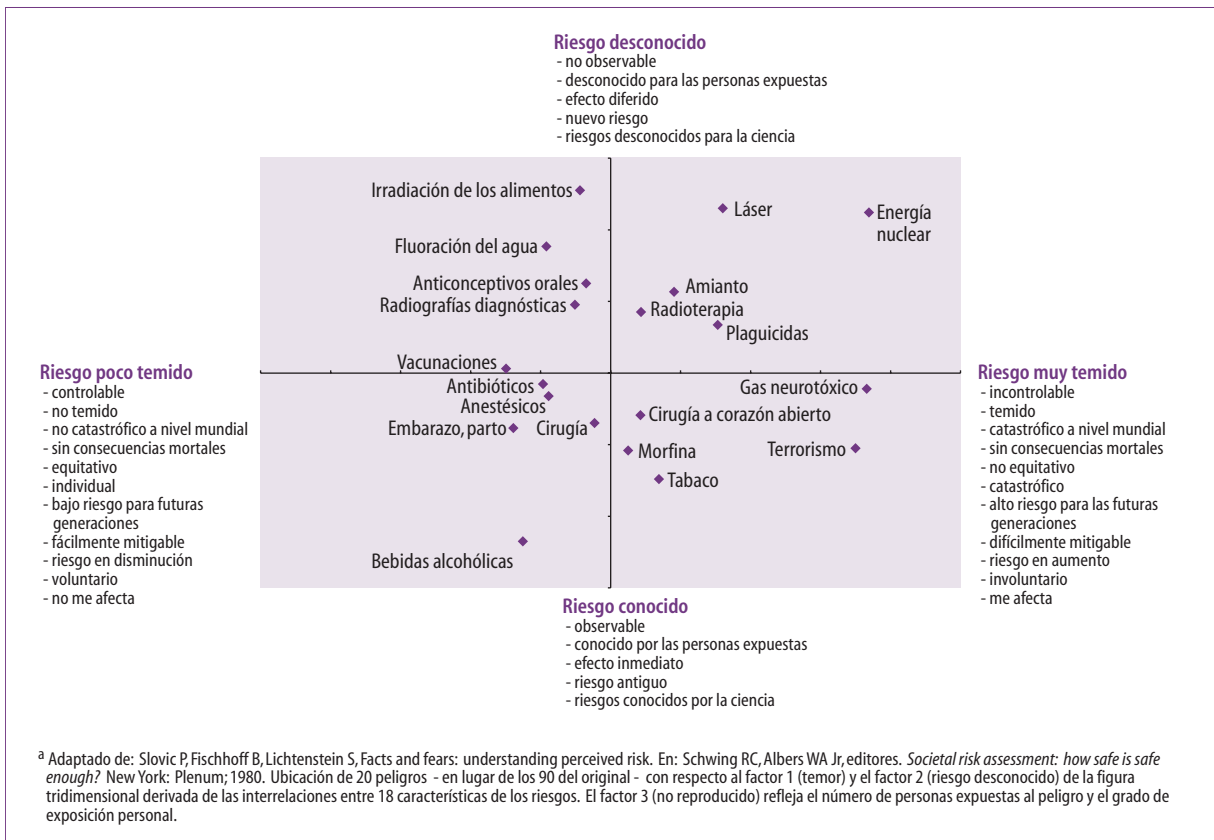
Los factores de riesgo tienen numerosas dimensiones, incluidos sus diversos beneficios, y el riesgo significa sin duda mucho más para la mayoría de la gente que el mero número de muertes que pueden resultar. En otro estudio innovador, pertinente para el presente análisis de los riesgos mundiales para la salud, se utilizaron pruebas psicométricas para medir la percepción de 90 peligros diferentes adoptando 18 características cualitativas distintas (18). Después del análisis de los factores esos peligros se clasificaron según el grado de «temor» que inspiraban y el grado de tipificación como «riesgo desconocido» (véase la figura 3.1, que muestra 20 riesgos seleccionados entre los 90 iniciales). Un tercer factor (que no aparece en la figura) se refería al número de personas participantes. La figura 3.1 muestra claramente que los riesgos con mayor grado de incertidumbre, como son la energía nuclear y los plaguicidas, son los más temidos, mientras que los riesgos relacionados con numerosas intervenciones sanitarias y procedimientos clínicos tienen valores más aceptables. Por ejemplo, se perciben como mucho más seguros los antibióticos, la anestesia, el parto y la cirugía. Cuanto mayor es el grado de «temor» y más alta la percepción de un riesgo como «desconocido», más son las personas que desean que se tomen medidas para reducir ese riesgo, en particular mediante medidas de regulación y controles legislativos más estrictos. Al pa-

recer, la gente no suele hacer una simple comparación entre los beneficios y los riesgos tal como los percibe. Más bien, desea controles más enérgicos contra muchos riesgos.

Los riesgos que son a la vez muy inciertos y muy temidos son sin duda los más difíciles de predecir y controlar. Se comprobó que dos factores causantes de gran temor son las catástrofes mundiales y todo riesgo que pueda afectar a las generaciones futuras. El advenimiento del terrorismo mundial y la modificación genética de los alimentos son dos ejemplos recientes. Los riesgos menos temidos suelen ser los individuales, controlables y fáciles de reducir. Los riesgos se aceptan más fácilmente cuando son conocidos, observables y de efectos inmediatos. Además, cuanto más equitativos sean, más probable será su aceptación general.

Es conveniente relacionar la percepción de los riesgos temidos y desconocidos con las intervenciones de salud pública destinadas a reducirlos. Si se desea controlar los factores de riesgo, las intervenciones deberán percibirse como poco temidas y con poco riesgo de producir acontecimientos adversos. Sólo las personas pertenecientes a grupos de riesgo más alto aceptarán intervenciones que entrañen un riesgo más alto. Sin embargo, las intervenciones dirigidas a toda la población para reducir un riesgo tienen que beneficiar normalmente a todas las personas, incluidas las que corren poco riesgo. Por consiguiente, las intervenciones de los programas de salud pública habrán de entrañar riesgos poco temidos y de nivel reconocidamente bajo y aceptable, junto con niveles elevados de seguridad. Normalmente los programas de vacunación y de cribado de casos pertenecen a esta categoría, en particular porque suelen ir dirigidos a poblaciones enteras donde hay muchas personas sanas que corren poco riesgo de enfermar y morir. La imagen positiva que tiene el público de los medicamentos de venta con receta, por ejemplo, se ha atribuido a las ventajas directas de esos medicamentos y a la confianza que se tiene en su seguridad tras las investigaciones y pruebas efectuadas por los profesionales médicos y farmacéuticos.

Figura 3.1 Temor ante los peligros según el tipo de riesgo^a



DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD

El proceso de evaluación y gestión de los riesgos es de naturaleza política a la vez que científica, y en la percepción pública de los riesgos y de sus factores intervienen valores y creencias, así como relaciones de poder y confianza. Obviamente, por lo tanto, es importante que al promover estrategias de intervención para reducir los riesgos sanitarios las autoridades comprendan la diferente percepción que el público general y los profesionales de la salud tienen de esos riesgos (19). Como se expone en el capítulo 2, la palabra «riesgo» tiene diferentes significados, lo cual suele dificultar la comunicación. En este informe se ha empleado la noción de probabilidad de que se produzca un acontecimiento sanitario adverso, con sus consecuencias, que se cifran en la morbilidad o la mortalidad.

Si bien muchos científicos suponen a menudo que los riesgos pueden verificarse objetivamente, muchos sociólogos sostienen que la medición de los riesgos es por su propia naturaleza mucho más subjetiva. Además, el público ve los riesgos de otra manera. ¿Cómo define y describe la gente los factores de riesgo? ¿Cómo estima los riesgos? Obviamente, la percepción del público variará en función de la respuesta que se dé a estas preguntas. Por consiguiente, se necesita este tipo de información para mejorar la comunicación y predecir la reacción del público a las intervenciones de salud pública, en particular a la introducción de nuevas tecnologías sanitarias y de nuevos programas destinados a prevenir los factores de riesgo y las enfermedades. El recuadro 3.2 muestra qué piensan los hombres sobre los riesgos sexuales para la salud y la necesidad de tomar medidas preventivas contra la infección por el VIH y contra el embarazo.

Se plantea una cuestión complicada como es la de determinar la manera de expresar la mortalidad resultante asociada a un factor de riesgo particular. Incluso la elección y formulación de la mortalidad como criterio de valoración es una tarea sorprendentemente compleja y puede dar lugar a grandes diferencias en la manera de percibir y evaluar el riesgo. Veamos a continuación un conocido ejemplo del campo de la salud ocupacional, que muestra cómo una tecnología parece entrañar más o menos riesgo para la salud según la forma que se emplee para medir el riesgo (21). Entre 1950 y 1970, el trabajo en las minas de carbón de los Estados Unidos parecía mucho menos arriesgado si se consideraba que el riesgo debía medirse en función del número de muertes accidentales por millón de toneladas de carbón extraído, pero entrañaba aparentemente mayor riesgo si se describía en función de las muertes accidentales por 1000 mineros empleados. ¿Qué medición es más apropiada para la toma de decisiones? Desde una perspectiva nacional, y habida cuenta de la necesidad de producir carbón, el número de muertes de mineros por millón de toneladas de carbón producido parece una medida más apropiada del riesgo. En cambio, desde el punto de vista individual de los mineros y de sus sindicatos, está claro que la tasa de defunción por 1000 mineros empleados es más pertinente. Como ambas medidas son pertinentes para formular los riesgos en esa industria, en todo proceso de adopción de decisiones para la gestión de los riesgos deberán considerarse ambas.

Cada manera de resumir la mortalidad entraña una serie de valores inherentes y subjetivos (7). Por ejemplo, en la estimación basada en la reducción de la esperanza de vida las muertes de jóvenes se consideran más importantes que las de personas mayores, que tienen menos esperanza de vida. Sin embargo, al contabilizar globalmente todas las muertes se tratan todas, sean de jóvenes o de mayores, como equivalentes. Con esta perspectiva se tratan también de forma idéntica las muertes ocurridas inmediatamente después de un accidente y las que siguen a una larga y dolorosa enfermedad debilitante. Todas estas opciones implican juicios de valor subjetivos. Por ejemplo, si se adopta el «número de muertes», tal vez no se distinga entre las muertes de quienes se dedican a una actividad por elección propia y se benefician de ella directamente y las muertes de quienes están expuestos involuntariamente a un peligro que no les reporta ningún beneficio directo. Cada criterio puede estar justificado, pero recurre a juicios de valor en los que se considera que unas muertes son más indeseables que otras. Para evitar este tipo de problemas la información

debe configurarse de diversas maneras, a fin de que los encargados de tomar decisiones sean conscientes de esa complejidad.

INFLUENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS

Dos factores importantes que influyen en la percepción de los riesgos son el género y la visión del mundo, y la ideología, los lazos afectivos y la confianza están también muy relacionados con la opinión que se forman de los riesgos tanto los expertos como los legos en la materia. En cuanto a la influencia del sexo, bien documentada, los hombres tienden con mayor frecuencia que las mujeres a minimizar los riesgos y a considerarlos menos problemáticos. La explicación se ha centrado principalmente en factores biológicos y sociales. Por ejemplo, se ha dado a entender que la mujer es más sensible a la vertiente social de la asistencia sanitaria pero está probablemente menos familiarizada con la ciencia y la tecnología. No obstante, en un estudio realizado entre toxicólogos, las mujeres daban más importancia a un mismo riesgo que sus colegas varones (22, 23). En otro estudio sobre la percepción de 25 peligros, los hombres demostraron invariablemente un sentido del riesgo muy inferior al de las mujeres (24). Así pues, entre los factores sociopolíticos que configuran la percepción pública de los riesgos, las diferencias de género parecen tener un peso considerable.

La influencia de los factores sociales, psicológicos y políticos también se observa en los estudios sobre el efecto de las visiones del mundo en la valoración de los riesgos. Las cosmovisiones son conjuntos de actitudes de índole social, cultural y política que influyen en la opinión de la gente sobre cuestiones complejas (25). Incluyen sentimientos tales como

Recuadro 3.2 Comportamiento sexual masculino ante los riesgos de infección por el VIH y de embarazo

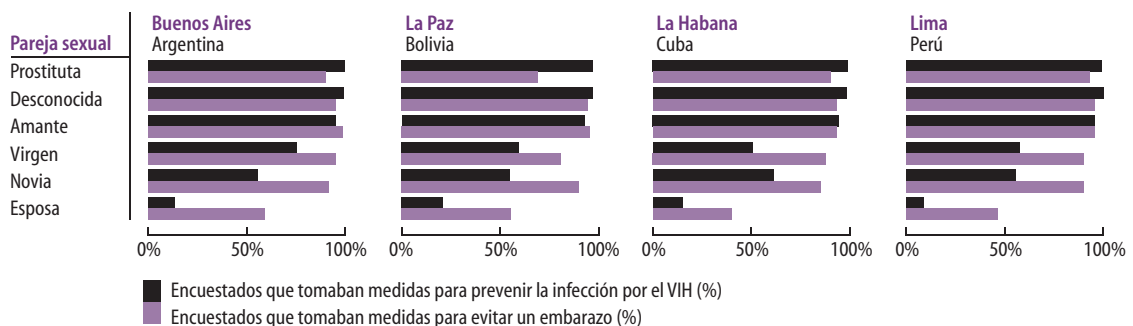
Para aumentar la eficacia de las intervenciones destinadas a mejorar la salud reproductiva de hombres y mujeres, es preciso comprender mejor cómo perciben los varones el riesgo sexual y cuáles son sus comportamientos de riesgo. En una encuesta sobre los comportamientos reproductivos peligrosos realizada en las capitales de la Argentina, Bolivia, Cuba y el Perú se preguntó a adultos jóvenes (de 20 a 29 años de edad) si tomarían medidas para prevenir la infección por el VIH y el embarazo durante sus relaciones sexuales con diferentes categorías de parejas femeninas. En cada ciudad se seleccio-

naron al azar muestras de 750 a 850 varones. Los porcentajes de varones que declararon haber tomado medidas preventivas – generalmente el uso de preservativos – para reducir el riesgo de transmisión del VIH o de embarazo se indican más abajo.

Los resultados fueron muy parecidos en las cuatro ciudades, pero los encuestados percibían claramente que el riesgo era distinto según el tipo de pareja. Estimaban que era muy necesario tomar medidas preventivas contra la infección por el VIH en sus relaciones sexuales con prostitutas, con desconocidas y con amantes, pero considera-

ban mucho menos necesario hacer tal cosa en el caso de las mujeres casadas. Sin embargo, algo más de la mitad de los jóvenes dijeron que adoptarían esas medidas en sus relaciones con una mujer virgen o con su novia. No obstante, consideraban que la necesidad de medidas para prevenir el embarazo era mayor que para prevenir la infección por el VIH. Para evitar un embarazo tomaban normalmente precauciones con todas las parejas, en el caso de la esposa incluso la mitad de las veces.

Riesgo percibido para la salud sexual, varones de 20-29 años



Fuente: (20).

el fatalismo en lo que respecta al control de los riesgos para la salud, la fe en la jerarquía y las decisiones de los expertos, y la convicción de que el individualismo es una característica importante de toda sociedad justa o de que los avances tecnológicos son importantes para mejorar la salud y el bienestar social. Se ha observado que esas visiones del mundo están estrechamente relacionadas con la percepción pública de los riesgos (26), y también han sido analizadas en un reducido número de estudios internacionales, entre ellos uno que compara la percepción de los riesgos de la energía nuclear en los Estados Unidos con su percepción en otros países industrializados (27).

PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS

Después de definir el problema planteado por un riesgo particular, de determinar qué personas se hallan expuestas, de medir los niveles de exposición y de seleccionar los resultados correspondientes, habrá que presentar toda esa información a las instancias decisorias. La manera de presentar la información depende por lo común de si está destinada a influir en los individuos o en quienes elaboran las políticas nacionales. La manera de presentar la información suele denominarse «formulación» (véase el recuadro 3.3).

Numerosos estudios de investigación han demostrado que modos diferentes pero lógicamente equivalentes de presentar una misma información sobre los riesgos pueden conducir a evaluaciones y decisiones diferentes. Un ejemplo famoso es el estudio en el que se pedía a diversas personas que imaginaran que tenían cáncer de pulmón y eligieran entre cirugía o radioterapia (29). Sorprendió la gran diferencia entre las soluciones elegidas, muy distintas según los resultados del tratamiento se formularan como probabilidad de sobrevivir durante periodos de tiempo variables después del tratamiento o como probabilidad de morir. Cuando los mismos resultados se formularon como probabilidad de morir, la preferencia por la radioterapia antes que por la cirugía pasó del 18% al 44%. Este efecto se observó tanto entre los médicos como entre los profanos.

En todas las presentaciones de información sobre riesgos se utilizan formulaciones que pueden ejercer gran influencia en los decisores. No obstante, si toda la información es igualmente correcta, realmente no hay formulaciones «correctas» o «erróneas»: hay simplemente formulaciones diferentes. La manera de formular y comunicar la información sobre los riesgos a los individuos o las autoridades, a los científicos o al público general, puede ser decisiva para lograr el máximo impacto en la percepción pública. Puede ser también muy importante para convencer a los profesionales de la salud pública y a las altas autoridades de la trascendencia de los riesgos para la salud y del interés de adoptar diferentes intervenciones.

Recuadro 3.3 Elección de las fórmulas de presentación de los riesgos para la salud

- ¿Formulación positiva o negativa? Según se formule el riesgo en términos positivos o negativos – por ejemplo, vidas salvadas o vidas perdidas, tasas de supervivencia o de mortalidad, mejora de la salud o reducción del riesgo de enfermedad – las preferencias pueden cambiar radicalmente.
- ¿Riesgos relativos o absolutos? Aunque los riesgos relativos suelen comprenderse mejor, a veces es muy importante presentar también los cambios absolutos.
- ¿Porcentajes o números enteros? Las probabilidades se comprenden mejor como cambios porcentuales que en forma de comparaciones de números enteros.
- ¿Números enteros o analogías? Los números enteros son quizá menos esclarecedores que un ejemplo o una analogía a la hora de expresar la magnitud de un acontecimiento adverso.
- ¿Cifras pequeñas o grandes? Las cifras bajas de muertes se entienden más fácilmente que las altas, que a menudo resultan incomprensibles.
- ¿Periodos cortos o largos? Unas pocas muertes concentradas en un instante o en poco tiempo, como en el caso de un siniestro, suelen tener más impacto que un número elevado de muertes repartidas durante un periodo más dilatado.

Fuente: (28).

INTERPRETACIONES SOCIALES Y CULTURALES DE LOS RIESGOS

El enfoque psicológico cognitivo ha tenido gran influencia, pero también ha sido criticado por concentrarse excesivamente en la percepción e interpretación individual de los riesgos. Algunos psicólogos, antropólogos y sociólogos han sostenido que, como los individuos no actúan con plena libertad, los riesgos pueden comprenderse mejor a un constructo social que opera dentro de contextos históricos y culturales particulares y dentro de grupos e instituciones, no sólo a nivel individual (8). Estas disciplinas parten de la consideración de que los riesgos no deben tratarse de manera independiente y separada de las complejas circunstancias sociales, culturales, económicas y políticas en las que los vive la población (30, 31). Para unos grupos de personas los riesgos percibidos serán diferentes que para otros grupos, y distintos sus atributos, según sean la organización social y la cultura política general en que se desenvuelvan (32).

Aunque se acepta por lo general que la macrosituación político-económica es un poderoso determinante de numerosos factores de riesgo, en estudios de micronivel se puede tratar de determinar cómo se perciben e interpretan racionalmente esos factores en un contexto local dado. Los estudios de micronivel pueden ser también muy útiles para explicar algunos comportamientos aparentemente irracionales para un observador «externo» de la salud pública. Por ejemplo, aunque pueden ser perfectamente conscientes de los factores de riesgo de cardiopatía coronaria, los profanos tienen también sus «buenas» razones lógicas para no seguir los consejos de los expertos en prevención (33). Por consiguiente, el contexto en que se encuentran las personas determina también ampliamente las limitaciones con que tropezarán si desean evitar un riesgo, así como el tiempo durante el cual puede descontarse ese riesgo. Curiosamente, sin embargo, las personas que viven en las sociedades más ricas y seguras, con un alto nivel de vida y una mayor esperanza de vida, parecen mucho más preocupadas por los riesgos para la salud que las que viven en comunidades más pobres y menos seguras. Eso es cierto particularmente en el caso de los riesgos muy inciertos y temidos.

Desde el punto de vista cultural, por consiguiente, la clase de riesgos y la aptitud de una persona para ocuparse de ellos dependerán de las circunstancias generales en que viva. Por ejemplo, la percepción de los riesgos y su importancia variarán según se trate de países en desarrollo o desarrollados y en función de parámetros tales como el sexo, la edad, los ingresos familiares, la pertenencia a un grupo religioso o cultural, el carácter urbano o rural de la zona, y la situación geográfica y el clima (por ejemplo, véase el recuadro 3.4).

PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

Sólo en fecha reciente se ha empezado a prestar atención a los riesgos para la salud como tema merecedor de un mayor estudio en los países en desarrollo. La necesidad de considerar esos riesgos en su contexto local es evidente al analizar la percepción de los riesgos en esos países, especialmente cuando se examinan los factores de riesgo de contraer enfermedades potencialmente mortales como la tuberculosis, el paludismo y el VIH/SIDA. Se ciernen también otras amenazas cotidianas, como son las derivadas de la pobreza, la inseguridad alimentaria y la falta de ingresos. Además, las familias pueden hallarse expuestas a muchos otros riesgos «externos» importantes, como la inestabilidad política, la violencia, los desastres naturales y la guerra. Por consiguiente, los individuos y las familias corren cada día toda una serie de riesgos a los que deben prestar atención.

Sin embargo, los modelos de la percepción individual de los riesgos y del comportamiento se elaboraron principalmente en los países industrializados, donde la gente goza de una autonomía y una libertad de acción muy superiores, de un mejor acceso a la información sanitaria y de un margen mayor para tomar decisiones de mejora de su salud. Esos

modelos son quizá menos adecuados para los países de ingresos bajos y medianos, donde la enfermedad y la muerte están estrechamente asociadas a la pobreza y a las enfermedades infecciosas y transmisibles (35). En los países industrializados se han realizado estudios sobre el VIH/SIDA y, en menor medida, sobre determinadas enfermedades no transmisibles como el cáncer (5) y la cardiopatía coronaria (33), desde la perspectiva de la antropología y la sociología médicas aplicadas (36). Sin embargo, en los países en desarrollo donde las enfermedades transmisibles siguen causando una elevada proporción de la mortalidad evitable, esas disciplinas se han aplicado muy a menudo para evaluar la eficacia de los programas de lucha contra esas enfermedades. La percepción que se tiene de ellas, la utilización de los servicios de salud y las razones para no seguir el tratamiento prescrito son algunos de los temas más estudiados (37).

En cuanto a las enfermedades transmisibles, es importante distinguir entre la percepción del riesgo de sufrir una enfermedad y la percepción del riesgo de contraer la infección, habida cuenta sobre todo de que hay infecciones, por ejemplo las de transmisión sexual y la tuberculosis, que no desembocan en una enfermedad sintomática. Los programas de lucha reducen principalmente el riesgo interrumpiendo la transmisión de las infecciones, por ejemplo vacunando contra el sarampión o utilizando mosquiteros contra el paludismo. En esas situaciones los riesgos suelen determinarse teniendo en cuenta si existe o no en la práctica una respuesta eficaz. Por consiguiente, la evaluación de la eficacia se basa en indicadores tales como el reconocimiento precoz de los signos de enfermedad grave (por ejemplo una infección respiratoria aguda), los síntomas que requieren que el paciente busque tratamiento (por ejemplo, la lepra y la esquistosomiasis), o el empleo de mosquiteros impregnados con insecticida para prevenir la transmisión del paludismo. En gran parte, estas investigaciones antropológicas destinadas a evaluar la eficacia han contado con el apoyo de organismos multilaterales y de donantes bilaterales, entre ellos la OMS y el ONUSIDA.

Debido a los efectos de las transiciones demográfica y epidemiológica, las poblaciones de muchos países en desarrollo de ingresos medianos y bajos están expuestas a los riesgos

Recuadro 3.4 Percepción de los riesgos en Burkina Faso

Los sociólogos sostienen con frecuencia que los riesgos no pueden considerarse «reales» fuera de su contexto sociocultural. Por lo general, sin embargo, las investigaciones sobre la percepción de los riesgos sanitarios y sobre los comportamientos de riesgo se han centrado únicamente en una enfermedad particular, por ejemplo el VIH/SIDA, la tuberculosis o el paludismo, y sólo en raras ocasiones se han estudiado transversalmente varios ámbitos y sectores de desarrollo. Por ejemplo, junto a los riesgos de enfermedad, los habitantes de las zonas rurales de Burkina Faso viven de manera permanente bajo la amenaza de sequías y con inseguridad alimentaria, pobreza endémica y escasez de medios educativos y servicios de salud.

En un estudio efectuado en 40 aldeas se examinó cómo se percibían los riesgos en relación con la salud, la asistencia sanitaria, la economía, la agricultura y el clima. La agricultura de subsistencia y el pastoreo eran las principales actividades económicas de la población, étnicamente mezclada. Recurriendo a métodos de análisis

cualitativos y a discusiones en grupos focales, se identificaron 12 riesgos importantes, tras lo cual se hizo una evaluación de la gravedad percibida de esos riesgos y de la vulnerabilidad de la población, es decir, de la posibilidad de que los riesgos se materializaran durante el año siguiente.

Como dijo un participante en un grupo focal: «Corremos riesgos derivados principalmente del hambre y de la enfermedad. En la estación seca, de noviembre a febrero, debemos afrontar el *soumaya* (paludismo), traído por el viento y el frío. Los vientos Harmattan y el polvo provocan tos. En la estación cálida, en marzo y abril, el calor da dolor de cabeza. Y en la estación de las lluvias, de mayo a octubre, sufrimos diarrea y dolores de estómago por el hambre».

La infección por el VIH se clasificó como el riesgo más grave, pero ocupaba el duodécimo lugar en cuanto a la vulnerabilidad personal. Según la percepción de la gravedad, los cuatro riesgos siguientes fueron la falta de lluvias, el padecimiento de una enfermedad mental, la posibilidad de ser fulminado por un rayo, y la falta de recursos

para comprar medicamentos. El paludismo se citó en último lugar en cuanto a la gravedad, pero en el primero en cuanto al peligro de contraerlo durante los doce meses siguientes. Después del paludismo, los cuatro riesgos siguientes a los que la gente se sentía vulnerable eran la falta de recursos para medicamentos, las mordeduras de serpiente, las enfermedades causadas por el tabaco y la falta de lluvia.

El estudio reveló que los habitantes del lugar conocían muy bien los riesgos existentes en varios terrenos en los que se sentían personalmente vulnerables. Dada la complejidad de las condiciones de vida propias del Sahel, los riesgos para la salud no pueden analizarse con independencia de otros aspectos tales como el clima, la economía y el entorno social. Todos ellos forman parte de un contexto más amplio y salen a relucir cuando la gente habla de los problemas, dificultades, peligros y riesgos de la vida en general.

derivados de las enfermedades transmisibles, así como al rápido incremento de los riesgos que imponen a la salud numerosos factores y enfermedades no transmisibles. Aunque la evitación de los riesgos de infección, a menudo percibidos como riesgos de enfermedad, está implícitamente incluida en la mayoría de los modelos biomédicos y de salud pública destinados a controlar las enfermedades en los países en desarrollo, es preciso sin duda realizar más investigaciones de carácter antropológico para situar esos riesgos en la debida perspectiva junto a todos los demás riesgos para la vida. Dado que los riesgos compiten entre sí, no es lícito suponer que una persona mejor informada sobre su exposición a determinados factores de riesgo hará necesariamente algo para cambiar su comportamiento en materia de salud.

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN SOBRE LOS RIESGOS

Como se ha dicho ya en este capítulo, los riesgos y los factores de riesgo pueden definirse de manera estricta empleando medios técnicos, o en términos más generales atendiendo a parámetros sociopolíticos. Los expertos suelen preferir criterios centrados y estrictos, mientras que los colectivos públicos prefieren a menudo definiciones más globales. Por consiguiente, la manera de definir los riesgos y los factores de riesgo se determinará en función de los objetivos de la comunicación sobre los riesgos. Se puede considerar que dicha comunicación tiene seis componentes principales: los fines y objetivos; la formulación del contenido de los mensajes; la población y el público destinatario; las fuentes y la presentación de la información; la distribución y la corriente de la comunicación; y los mecanismos para el diálogo y la solución de conflictos. La comunicación sobre los riesgos ha pasado a significar mucho más que el mero suministro de información de los mensajes de educación sanitaria a la antigua usanza. Debería incluir también el fomento del diálogo público entre las diferentes partes interesadas, la solución de conflictos y un consenso sobre la necesidad de las intervenciones destinadas a prevenir riesgos (38).

El tema de la comunicación sobre los riesgos cobró gran importancia a mediados de los años ochenta, al comprobarse que las políticas de gestión de riesgos propuestas por los expertos y los organismos especializados no eran necesariamente aceptables para el público general (9). De ahí que la labor de prevención de los riesgos se ampliara para mejorar la gestión de éstos perfeccionando la comunicación al respecto. Sin embargo, todavía se utiliza con frecuencia la expresión «comunicación sobre los riesgos» para aludir al papel más limitado que esa comunicación ha venido desempeñando en la gestión convencional de los riesgos, concretamente en lo que respecta a la comunicación por parte de los científicos que quieren dar a conocer sus recomendaciones técnicas. En este sentido más restringido, la comunicación sobre los riesgos se diseña con frecuencia con miras a un programa de salud cuya ejecución correrá a cargo de un organismo regulador especializado en beneficio de una población o un grupo particular y que tendrá por objeto lograr unos resultados determinados, a menudo de tipo comportamental (39). La experiencia ha mostrado que esa opción centrada en los expertos no estaba a menudo a la altura de lo esperado. Además, no fue posible adoptarla en el caso de algunas de las tecnologías más recientes, como es la modificación genética de los alimentos, en las que los conocimientos científicos existentes sobre los riesgos y consecuencias potenciales eran limitados. Esas nuevas tecnologías han puesto de manifiesto la necesidad de actuar con más cautela y, si es necesario, adoptar el denominado «principio de precaución». (En el capítulo 6 se explica más detalladamente ese principio.) Así es sobre todo cuando los riesgos potenciales y las consecuencias futuras son muy inciertos, cuando el temor del público es considerable, y cuando las generaciones futuras pueden verse afectadas.

Se admite hoy por lo general que, para lograr una mayor eficacia en la comunicación sobre los riesgos, habrá que mejorar el diálogo y la confianza entre todas las partes, sobre todo entre los funcionarios estatales, los expertos de reconocido prestigio y otros grupos legítimos de la sociedad y del público general (6, 7). Como consecuencia de este cambio de

perspectiva, la comunicación sobre los riesgos ha tenido que integrarse más en los procesos democráticos y políticos, lo cual a su vez ha obligado a los responsables de tomar decisiones contra los riesgos, sobre todo a los gobiernos, a ser más abiertos, transparentes y democráticos. Se reconoce así que para lograr una gestión eficaz de los riesgos es necesario implicar a muchos más grupos de la sociedad, compartir más ampliamente el poder político, y exigir una mayor responsabilización pública en el uso de los recursos estatales y privados. Esto a su vez ha planteado importantes cuestiones como son la confianza del público en los poderes públicos y los organismos técnicos, la libertad de uso y disponibilidad de la información de dominio público, los mecanismos para consultar al público, y el papel de los expertos científicos y comités de asesoramiento (véase el recuadro 3.5).

INFLUENCIA DE LOS GRUPOS DE INTERESES ESPECIALES EN LA PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS

La percepción, la comprensión y la formulación de los riesgos se ven afectadas, tanto positiva como negativamente, por la influencia que ejercen poderosos grupos de intereses fuera del gobierno, en particular empresas privadas con fines de lucro y organizaciones de defensa de la salud pública. Comoquiera que los datos científicos no «hablan por sí mismos», los grupos de intereses especiales pueden desempeñar un papel decisivo en su interpretación y, por ende, en la formulación de la percepción pública de los riesgos y de sus factores. Estos grupos aspiran a influir así en el debate público y las políticas estatales, en contra o a favor de las actividades de control y prevención de los riesgos conocidos.

Así como la comunicación de datos precisos sobre los riesgos es indispensable para la percepción de éstos y para gestionarlos mejor, la base para evaluar los riesgos son los datos científicos y los resultados de las investigaciones. Pero esa información, esos «hechos demostrados», están sujetos a interpretación y a la construcción social de la evidencia, que determina en gran medida la manera de definir, percibir, formular y comunicar los riesgos en la sociedad (30, 41). Además, la incertidumbre científica da pie a interpretar de muy distinta manera unos mismos datos, incluida su distorsión en función de los intereses de grupos especiales. Aunque las organizaciones privadas con fines lucrativos y las que militan por la salud pública suelen adoptar tácticas similares, las primeras fomentan por lo común la controversia pública para evitar una mayor fiscalización estatal de los riesgos. Esa estrategia puede ser onerosa, como demuestran los cuantiosos recursos financieros que dedican por lo general a esas actividades los grupos de intereses empresariales. Las tácticas de ciertos grupos de intereses industriales, como los fabricantes de amianto y de tabaco, quedaron ampliamente al descubierto cuando se vieron obligados a dar a conocer gran número de documentos internos tras ser demandados ante los tribunales por determinados grupos dispuestos a demostrar el daño que les habían causado esas industrias (42, 43) (véase el recuadro 3.6).

Los grupos de intereses especiales, sean públicos o privados, con fines de lucro o no, están organizados fundamentalmente para promover y proteger sus propios intereses, y es previsible por tanto que tiendan a construir la evidencia sobre los riesgos para la salud de manera que apoye sus posiciones e intereses (44). El principal interés de los grupos de

Recuadro 3.5 Investigación sobre la encefalopatía espongiforme bovina, Reino Unido

«Tras la experiencia adquirida durante esta larga investigación hemos llegado a la firme conclusión de que lo correcto es adoptar una política de apertura. Al responder a la demanda de asesoramiento por parte del público o de los medios informativos, los poderes públicos deberán resistir la tentación de simular que tienen respuesta para todo en una situación de

incertidumbre. A nuestro entender, la alarma ante algunos alimentos o vacunas se propaga cuando parece que las autoridades retienen información. Si las dudas se expresan abiertamente y se analizan en público, la gente será capaz de reaccionar de modo racional y aceptará más fácilmente las explicaciones tranquilizadoras y los consejos que se le den.»

Fuente: (40), p.263.

presión de la industria es proteger los productos o servicios que les producen grandes beneficios, de manera que al formular y comunicar la información sobre los riesgos tienden a ocultar o minimizar los daños que puedan causar. Por consiguiente, de ninguna manera respaldarán una mayor regulación o más restricciones a la importación y exportación. Las controversias en torno a la regulación de los riesgos, en particular los ambientales e industriales, terminan con frecuencia ante los tribunales en el plano nacional (45), y muchos riesgos relacionados con el comercio internacional caen bajo la jurisdicción del órgano de solución de diferencias de la Organización Mundial del Comercio.

Por comparación, incumbe a los grupos de intereses de la salud pública la difícil tarea de promover un mayor consenso en la sociedad para que las políticas gubernamentales de control de los riesgos sean aceptables. Esos grupos tienden a comunicar y formular los riesgos subrayando los daños potenciales y, por lo tanto, alentando las políticas y estrategias encaminadas a reducir esos riesgos, incluida una mejor regulación. Aunque tienden a actuar de manera independiente, los grupos de defensa de la salud pública no suelen estar tan bien coordinados a nivel nacional e internacional como los grupos empresariales, y el público les puede pedir cuentas más fácilmente que a las empresas privadas. Además, disponen por lo común de menos recursos financieros para apoyar sus actividades.

La industria del tabaco es un claro ejemplo de cómo pueden las operaciones de las empresas transnacionales promover el consumo de cigarrillos y, a la vez, distorsionar la percepción del público de los riesgos inherentes (42, 46). Sin embargo, muchos colectivos especiales dedicados a combatir el tabaquismo se oponen no sólo a la industria del tabaco sino también a la acción internacional coordinada prevista en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), promovido por la Organización Mundial de la Salud (véase el recuadro 3.7).

Además de la industria privada y de los colectivos que hacen campaña en pro de la salud pública, hay muchas otras clases de grupos de intereses especiales que tratan de influir en las políticas de control de los riesgos. Con el auge mundial de los medios informativos y las comunicaciones, particularmente las basadas en Internet, existen hoy muchas redes mundiales oficiosas, entre ellas las integradas por grupos de especialistas y organizaciones de base comunitaria. Un riesgo permanente es que las organizaciones privadas traten de captar a esos grupos y redes de carácter público para desviarlos de sus fines. Aunque los grupos de intereses especiales suelen estar mejor organizados en los países industrializados, los grupos análogos que actúan en los países en desarrollo pueden bene-

Recuadro 3.6 Estrategias para alimentar la controversia pública

El proceso de elaboración de políticas se ve facilitado por el logro de un consenso en la sociedad, mientras que a menudo la investigación científica suele caracterizarse por la incertidumbre. El resultado es que el debate científico sobre los riesgos para la salud, en particular cuando se centra en supuestos o incertidumbres, suele frenar la toma de decisiones de política una vez realizada la evaluación de los riesgos. De ahí que algunos grupos de intereses especiales, ya sean empresas o colectivos privados con fines de lucro, puedan beneficiarse a menudo alimentando la controversia pública para evitar o frenar la regulación o fiscalización de sus productos. Habitualmente lo hacen poniendo de relieve las incertidumbres que rodean los datos iniciales, los métodos o la calidad de las conclusiones científicas.

Fuente: (43).

Por su parte, los colectivos de defensa de la salud pública que propugnan un mayor control de los riesgos tienden a destacar las consideraciones éticas y la necesidad de adoptar políticas y reglamentos estatales más enérgicos. Ambos grupos de intereses especiales recurren a cierto número de estrategias para apoyar sus posiciones respectivas, por ejemplo:

- estableciendo comités de asesoramiento sobre políticas y organizaciones de financiamiento de la investigación, de carácter independiente pero favorables a sus tesis;
- estimulando y apoyando a los expertos proclives a sus tesis;
- financiando y publicando las investigaciones coincidentes con la postura de los grupos de intereses;

- difundiendo en publicaciones científicas los trabajos de investigación que les son favorables;
- criticando y retirando de la circulación los estudios poco favorables a su causa;
- difundiendo interpretaciones positivas o negativas de los datos sobre los riesgos en los medios informativos, sobre todo en la prensa no especializada;
- utilizando a grupos de presión y lanzando campañas para granjearse el apoyo del público;
- comunicando directamente las conclusiones favorables a los políticos, funcionarios públicos y burócratas;
- señalando a la atención ciertas ventajas políticas y económicas, como el apoyo electoral y las oportunidades de empleo o exportación.

ficiarse ya de las mayores facilidades para establecer lazos internacionales, acceder a la información publicada y adherirse a organizaciones conexas de índole comercial o profesional. Por ejemplo, las empresas farmacéuticas multinacionales se esfuerzan por controlar el desarrollo, la autorización, la disponibilidad y los precios de numerosos medicamentos patentados; diversas asociaciones nacionales de planificación familiar y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) difunden información sobre los riesgos que corre la salud reproductiva y promueven métodos modernos para regular la fecundidad; existen grupos especiales dedicados a proteger a las personas aquejadas de ciertas enfermedades como el VIH/SIDA, la diabetes y el cáncer; y hay otros grupos especiales que tratan de evitar nuevos riesgos, como los que plantea el creciente comercio mundial de productos manufacturados como alimentos y plaguicidas.

Otro aspecto importante de la formulación de políticas se observa en el plano internacional. Además de ciertos grupos de intereses especiales que pueden operar a escala mundial, hay varias organizaciones internacionales que aspiran claramente a influir en el campo de la salud pública, entre ellas la Organización Mundial de la Salud, otros organismos multilaterales y especializados de las Naciones Unidas, y organismos donantes bilaterales. Además, muchas organizaciones internacionales no gubernamentales desempeñan un papel primordial en la recopilación de evidencia, la difusión de información y el fomento de políticas de lucha contra los riesgos asociados a, por ejemplo, el trabajo infantil, los productos químicos peligrosos y los vertidos de desechos.

IMPORTANCIA DE LOS MEDIOS INFORMATIVOS EN LA PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS

El conocimiento de los riesgos sanitarios habituales es determinante para el bienestar futuro de muchas personas en todos los países, pero la información sobre los riesgos, los factores de riesgo y la incertidumbre es difícil de comunicar por su propia naturaleza. Sin embargo, los medios informativos tienen sin duda una gran influencia en la percepción de los riesgos por el público y, en un mundo globalizado, la información sobre los riesgos puede difundirse con gran rapidez vía satélite. Aunque se los suele criticar por informar de manera inexacta y con parcialidad, los periódicos, las revistas, la radio y la televisión son todavía en los países industrializados la fuente más influyente de información cotidiana sobre los riesgos para la salud (12). Debido a la rápida difusión de esos medios en los países en desarrollo, así como a las mejoras logradas en materia de alfabetización, esa tendencia se observa también cada vez más en los países de ingresos bajos y medianos.

Recuadro 3.7 Desacreditar a la ciencia para promocionar el tabaco

«El objetivo de la 'estrategia científica' de la industria tabacalera consiste no en decir la verdad sino en proteger a la industria contra la pérdida de ingresos y evitar que los poderes públicos impongan medidas eficaces de lucha contra el tabaquismo. Los fines perseguidos por la industria sembrando la duda y la controversia y trasladando la carga de la prueba a la comunidad responsable de la salud pública en los foros sobre políticas han tenido pues cierto éxito. Las políticas de lucha contra el tabaquismo no se están aplicando a nivel mundial al ritmo que justifican los actuales conocimientos científicos sobre los peligros del tabaco. Pero esta situación

está cambiando conforme avanzan las negociaciones del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Con este Convenio, la OMS ha ejercido por primera vez su derecho a concluir tratados para ayudar a los Estados Miembros a elaborar un instrumento jurídicamente vinculante en servicio de la salud pública. Las negociaciones progresan de modo satisfactorio, y es probable que los Estados Miembros voten a favor de la ratificación del Convenio a mediados de 2003».

«¿Qué implicaciones tienen para las políticas de salud pública las revelaciones sobre las actividades de las empresas tabacaleras? En términos generales, obligan a las autoridades a exigir una

transparencia total en lo que respecta a las afiliaciones y los lazos existentes entre científicos supuestamente independientes y las empresas tabacaleras. La buena fe teórica respecto a las intenciones de dichas empresas es ya injustificable. Hay que poner plenamente de manifiesto las manipulaciones de las empresas tabacaleras y dar a conocer a los estudiantes de numerosas disciplinas (salud pública, políticas públicas, ética y derecho, por citar algunas) la creciente evidencia aportada por los propios documentos de la industria del tabaco [en los archivos de Minnesota y Guildford]».

¿Cómo deben evaluar y comunicar esos medios la información sobre riesgos sanitarios como el VIH/SIDA o las nuevas vacunas, en particular sobre los que suscitan controversias científicas y éticas? En esas situaciones los medios informativos han de demostrar que saben hablar responsablemente de temas científicos complicados y objetivos políticos contradictorios (47). ¿Qué información deben facilitar? ¿Con qué grado de detalle deben explicar al público las incertidumbres y controversias?

En el terreno de la salud, los medios pueden desempeñar dos funciones principales: ofrecer al público una interpretación de la información científica y de las políticas gubernamentales y, al mismo tiempo, comunicar las preocupaciones del público general a un mayor número de personas en todo el país. En gran medida, además, los medios informativos forman parte del conjunto de la sociedad en la que desarrollan sus actividades (47). La forma en que los distintos medios dan cuenta de los riesgos para la salud refleja su mayor o menor parcialidad y sus limitaciones institucionales, como pueden ser su naturaleza privada o estatal y su pertenencia a grupos de prensa libre o vinculada a determinados intereses políticos o empresariales.

Los medios informativos, por estar organizados para dar cuenta de acontecimientos de interés periodístico, suelen buscar episodios sanitarios sensacionales o trágicos, como accidentes químicos, descubrimientos científicos apasionantes, epidemias de enfermedades transmisibles o fallos de la seguridad de los nuevos medicamentos. A menudo la atención internacional se centra en otros debates polémicos, como el protagonizado por la industria farmacéutica y la profesión médica en torno al acceso a los tratamientos contra el VIH/SIDA. Los medios informativos tienden a dirigir su atención a los relatos de interés humano y a las noticias sobre las enfermedades más temidas. En cambio, muchas veces no prestan atención a riesgos sanitarios comunes, crónicos y pequeños, como la exposición pasiva al humo de tabaco o el sedentarismo. Además, suelen eludir las cuestiones que pueden poner en peligro las normas sociales y culturales o los valores morales y económicos vigentes.

Dada la compleja naturaleza de muchos riesgos para la salud, los periodistas se ven obligados a recurrir a diversas fuentes especializadas, así como a representantes de ministerios, de empresas privadas y de grupos de intereses especiales. Los comunicados de prensa gubernamentales, los científicos nacionales y las revistas científicas internacionales suelen ser la principal fuente de información de los periodistas. Éstos suelen recurrir a las fuentes mejor organizadas y a las que proporcionan información técnica simple en forma de comunicados de prensa sin tecnicismos. Además, las agencias de noticias internacionales distribuyen con frecuencia las noticias sobre riesgos por todo el mundo. Los grupos de intereses especiales y los colectivos de defensa tratan de influir en la percepción de los riesgos y, por consiguiente, están a menudo bien organizados para «asistir» a los medios informativos en temas complejos como el consumo de alcohol y el tabaquismo. Se ha publicado una lista de preguntas a modo de guía para ayudar a los medios a comprender las cuestiones relacionadas con los riesgos (28).

IMPORTANCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS PARA SU PREVENCIÓN EFICAZ

Los debates sobre la percepción de los riesgos siguen enquistándose a menudo entre posturas polarizadas y simplistas: entre los conocimientos de los expertos (científicos) y la percepción del público general (no especializado); entre evaluaciones cuantitativas (objetivas) y cualitativas (subjetivas) de los riesgos; y entre respuestas analíticas racionales y respuestas emotivas «irracionales». Estos estereotipos, presentes en los debates de los años setenta y ochenta sobre la energía nuclear, son hoy de poca utilidad a la hora de considerar los riesgos para la salud y la manera de prevenir los factores correspondientes. Además, las recomendaciones de política tienden a encontrar resistencia cuando tratan de establecer definiciones «correctas» de los riesgos y respaldan sólo las mediciones supuestamente

«verdaderas» y objetivas de los factores de riesgo. La aceptabilidad de los riesgos depende de muchos aspectos de la percepción que se tenga tanto de los riesgos de las tecnologías e intervenciones como de sus posibles beneficios. Para comprender las causas de algunos comportamientos de riesgo y la razón de que algunas intervenciones sean más aceptables y eficaces que otras hay que considerar tanto los riesgos como los beneficios.

Además, es primordial prestar atención a los factores sociales, culturales y económicos para saber cómo percibe y comprende una persona los riesgos que corre su salud. Análogamente, los factores estructurales pueden influir en la adopción de una u otra política de control de un riesgo dado y en el impacto final de las intervenciones destinadas a prevenir los factores de riesgo. Al estudiar las percepciones individuales, particularmente en el caso de las enfermedades transmisibles que aquejan al mundo en desarrollo, el riesgo se considera fundamentalmente desde el punto de vista de los servicios de salud personales. Sin embargo, este enfoque ignora que la autonomía de los individuos para actuar en la sociedad es limitada. Por consiguiente, la prevención de los factores de riesgo tiene que planificarse en el contexto de la sociedad local, y la prevención mediante intervenciones sólo en parte dependerá de las circunstancias y educación individuales. Además, habida cuenta de las escasísimas investigaciones sobre riesgos efectuadas en poblaciones de los países en desarrollo, la generalización de los resultados de las investigaciones sobre percepción de los riesgos realizadas en los países desarrollados deberá hacerse con la debida cautela. Esto apunta la necesidad de concertar un programa internacional de investigación al respecto.

Se admite por lo general que, antes de interpretar los riesgos y de planear cualquier tipo de comunicación o intervención sanitaria, deben comprenderse bien las percepciones básicas de la gente y sus marcos de referencia. No se puede dar por supuesto que el público general piensa en los términos y con las categorías mentales adoptados sistemáticamente por los profesionales de la salud pública y otros expertos en riesgos. Aunque evidente, éste es un error común al formular estrategias de intervención. La línea divisoria entre «los expertos» y «el público» no es tan nítida como puede parecer a primera vista. El público general se compone de hecho de diferentes «públicos»: jóvenes y mayores, hombres y mujeres, pobres y vulnerables, etc., y cada uno de esos grupos puede tener percepciones y marcos de referencia válidos y diferentes para factores de riesgo similares.

Así pues, las estimaciones numéricas de los riesgos y de sus consecuencias, presentadas en términos científicos sobre la base de la evaluación de esos riesgos, deben comunicarse con gran cautela. Quienes mejor pueden comunicar la información sobre el marco de análisis y la percepción de los riesgos y sobre su prevención son los profesionales independientes de alto nivel y reconocido prestigio. Ellos pueden ayudar a crear la atmósfera de confianza que debe existir entre los poderes públicos y todas las partes interesadas de los sectores público y privado para poder adoptar intervenciones y llevarlas a cabo con éxito.

REFERENCIAS

1. Kates RW, Kasperson JX. Comparative risk analysis of technological hazards: a review. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 1983; 80:7027-7038.
2. Royal Society. *Risk analysis, perception and management*. Londres: Royal Society; 1992.
3. Carter S. Boundaries of danger and uncertainty: an analysis of the technological culture of risk assessment. En: Gabe J, editor. *Medicine, health and risk: sociological approaches*. Oxford: Blackwell; 1995. Capítulo 7, Pp. 133-150.
4. Slovic P. *The perception of risk*. Londres: Earthscan; 2000. p. 473.
5. Gifford S. The meaning of lumps: a case study of the ambiguities of risk. En: Stall R, Janes C, Gifford S, editores. *Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Dordrecht: Reidel Publishing; 1986. Pp. 213-246.
6. Pidgeon N. Risk perception. En: Royal Society. *Risk analysis, perception and management*. Londres: Royal Society; 1992. Pp. 89-134.
7. National Research Council, Committee on Risk Characterisation. Stern PC, Fineberg HV, editores. *Understanding risk. Informing decisions in a democratic society*. Washington (DC): National Academy Press; 1996.
8. Douglas M, Wildavsky A. *Risk and culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Los Ángeles y Londres: University of California Press; 1982.
9. Slovic P. Perception of risk. *Science* 1987; 236:280-285.
10. Saloojee Y, Dagli E. Tácticas de la industria tabaquera contra las políticas de salud pública. *Boletín de la Organización Mundial de Salud* 2000. *Recopilación de artículos N° 4*, 2000, 19-27.
11. Fischhoff B. Managing risk perception. *Issues in Science and Technology* 1985; 2:83-96.
12. Slovic P. Informing and educating the public about risk. *Risk Analysis* 1986; 6:403-415.
13. Starr C. Social benefit versus technological risk. *Science* 1969; 165:1232-1238.
14. Slovic P. Understanding perceived risk. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. Documento de información inédito para el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*.
15. Kahneman D, Slovic P, Tversky A, editores. *Judgement under uncertainty: heuristics and biases*. Nueva York: Cambridge University Press; 1982.
16. Lichtenstein S, Slovic P, Fischhoff B, Layman M, Combs B. Judged frequency of lethal events. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory* 1978; 4:551-578.
17. Fischhoff B, Lichtenstein S, Slovic P, Derby SL, Keeney RL. *Acceptable risk*. Nueva York: Cambridge University Press; 1981.
18. Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S. Facts and fears: understanding perceived risk. En: Schwing RC, Albers WA, editores. *Societal risk assessment: how safe is safe enough?* Nueva York: Plenum; 1980. Pp. 181-214.
19. Fischhoff B, Watson S, Hope C. Defining risk. *Policy Sciences* 1984; 17:123-139.
20. Pantelides EA. Convergence and divergence: reproduction-related knowledge, attitudes and behaviour among young urban men in four Latin American cities. 2001 (documento inédito).
21. Crouch EAC, Wilson R. *Risk-benefit analysis*. Cambridge (MA): Ballinger; 1982.
22. Barke R, Jenkins-Smith H, Slovic P. Risk perceptions of men and women scientists. *Social Science Quarterly* 1997; 78:167-176.
23. Slovic P, Malmfors T, Mertz CK, Neil N, Purchase IF. Evaluating chemical risks: results of a survey of the British Toxicology Society. *Human and Experimental Toxicology* 1997; 16:289-304.
24. Flynn J, Slovic P, Mertz CK. Gender, race and perception of environmental health risks. *Risk Analysis* 1994; 14:1101-1108.
25. Dake K. Orienting dispositions in the perception of risk: an analysis of contemporary worldviews and cultural biases. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1991; 22:61-82.
26. Peters E, Slovic P. The role of affect and worldviews as orienting dispositions in the perception and acceptance of nuclear power. *Journal of Applied Social Psychology* 1996; 26:1427-1453.
27. Jasper JM. *Nuclear politics: energy and the state in the United States, Sweden and France*. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1990.
28. Fischhoff B. Risk perception and communication unplugged: 20 years of experience. *Risk Analysis* 1995; 15:137-145.
29. McNeil BJ, Pauker SG, Sox HC, Tversky A. On the elicitation of preferences for alternative therapies. *New England Journal of Medicine* 1982; 306:1259-1262.
30. Nelkin D. Communicating technological risk: the social construction of risk perception. *Annual Review of Public Health* 1989; 10:95-113.

31. Ogden J. Psychosocial theory and the creation of the risky self. *Social Science and Medicine* 1995; 40:409-415.
32. Douglas M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. Londres y Nueva York: Routledge; 1992.
33. Davison C, Davey Smith G, Frankel S. Lay epidemiology and the prevention paradox. *Sociology of Health and Illness* 1991; 13:1-19.
34. Sommerfeld J, Sanon M, Kouyate BA, Sauerborn R. Perceptions of risk, vulnerability and disease prevention in rural Burkina Faso: implications for community-based health care and insurance. *Human Organization* 2002; en prensa.
35. Manderson L. *Reducing health risks in resource-poor settings: The relevance of an anthropological perspective*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. Documento de información inédito para el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*.
36. Manderson L, Tye LC. Condom use in heterosexual sex: a review of research, 1985-1994. En: Sherr L, Catalan J, Hedge B, editores. *The impact of AIDS: psychological and social aspects of HIV infection*. Chur, Suiza: Harwood Academic Press; 1997. Pp. 1-26.
37. Pelto PJ, Pelto GH. Studying knowledge, culture and behaviour in applied medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1997; 11:147-163.
38. Renn O. The role of risk communication and public dialogue for improving risk management. *Risk Decision and Policy* 1998; 3:5-30.
39. Plough A, Krinsky S. The emergence of risk communication studies: social and political context. *Science, Technology and Human Values* 1987; 12:4-10.
40. Phillips, Lord, Bridgeman J, Ferguson-Smith M. *The Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) Inquiry (the Phillips Inquiry): findings and conclusions* (volumen 1). Londres: The Stationery Office; 2000. p. 263.
41. Krinsky S, Golding D, editores. *Societal theories of risk*. Nueva York: Praeger; 1992.
42. Ong EK, Glantz AG. Constructing «sound science» and «good epidemiology»: tobacco, lawyers and public relations firms. *American Journal of Public Health* 2001; 91:1749-1757.
43. Bero L. *The role of special interest groups in influencing data on risk*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. Documento de información inédito para el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*.
44. Jasanoff S. Is science socially constructed: and can it still inform public policy? *Science and Engineering Ethics* 1996; 2:263-276.
45. Jasanoff S. *Science at the Bar: law, science and technology in America*. Cambridge: Harvard University Press; 1995. Pp. 69-92.
46. Yach D, Bialous SA. Junking science to promote tobacco. *American Journal of Public Health* 2001; 91:1745-1748.
47. Nelkin D. AIDS and the news media. *The Milbank Quarterly* 1991; 69:293-307.