

Consejo de dirección

José Antonio Fernández 85
Fernando López Pan 87
Javier Mata 91
Juan Manuel Mora 80

Director

Javier Marrodán 89

Redactora jefe

Sonsolés Gutiérrez 04

Coordinadora Campus-Alumni

Chus Cantalapiedra 02

Redactor

Yago González 08

Diseño

ErreaComunicación

Director NT-Alumni

José Antonio Fernández 85

Portada

Rafael Ricoy

Ilustraciones Cosas que pasan

Carlos Iraburu 91

Diseño Campus-Alumni

Jokin Pagola 01

Secretaría de Redacción

Mari Carmen Bulnes

Edita

SPUNSA

Redacción

Edificio Ciencias Sociales.

Universidad de Navarra.

31080 Pamplona, España.

948 42 56 00 (ext. 2590)

Fax 948 42 57 18

alumni@unav.es

www.unav.es/alumni/nt/

Publicidad

Inigo Minondo 96

948 425 600 (ext. 2113)

Suscripción anual

España: 50 euros+IVA

Europa: 80 euros

Resto del mundo: 100 euros

Centro de atención

al suscriptor

Edificio Central. Universidad

de Navarra. 31080 Pamplona,

España.

T 948 42 56 08 F 948 42 56 19

alumni@unav.es

www.unav.es/alumni/nt/

SP-ISSN-0029-5795

DL: NA10-58

La revista no comparte necesariamente las opiniones de los artículos firmados



Controlado
por la UJD



Member of CASE



Esta revista es
miembro de ARCE.
Asociación de Re-
vistas Culturales
de España



Esta revista es
miembro de la Fe-
deración Iberoame-
ricana de Revistas
Culturales (FIRC)

PRESENTACIÓN

JAVIER MARRODÁN

Sida, preservativos y airbag



EL 2 DE NOVIEMBRE de 1993, en una sesión plenaria del Parlamento de Navarra, varios portavoces criticaron la campaña de prevención del sida que acababa de promover el Gobierno foral. Eran los tiempos del "Póntelo, pónselo", pero los responsables de Salud habían optado por prescindir de las referencias al preservativo para centrar el mensaje en algunas estrategias *menores*: la fidelidad conyugal, el cariño con las personas enfermas y cosas así. Las críticas que obtuvieron a cambio se ajustaron al guión previsto: "Eso es como decir que para eliminar los accidentes de tráfico lo mejor es que no haya coches", le reconvinó al consejero del ramo un político de larga trayectoria.

EN LOS QUINCE AÑOS que han transcurrido desde aquel debate parlamentario, la frase entrecomillada ha sido uno de los argumentos más frecuentes ante quienes sostenían que el fomento del preservativo, lejos de frenar la epidemia, podía contribuir a extenderla. La comparación con el tráfico parecía oportuna porque también el alto número de víctimas en la carretera ha merecido campañas oficiales insistentes y costosas. Y es un hecho que aquel estribillo pegadizo que popularizó **Stevie Wonder** –"Si bebes, no conduzcas"– y los anuncios desgarradores que la Dirección General de Tráfico acabó convirtiendo en un clásico de la publicidad han logrado crear una cultura distinta respecto al binomio alcohol-carretera. Hoy se asume que no se puede beber y conducir: se contratan autobuses para las bodas y las fiestas, hay un voluntario en cada grupo de amigos que se limita al agua mineral, y muchos restaurantes ofrecen incluso la posibilidad de llevarse la botella para que nadie se vea en la obligación de liquidar su contenido antes de levantarse de la mesa.

SIN EMBARGO, EL VIH continúa extendiéndose de forma implacable a pesar de las campañas y de los preservativos. Los profesores **Miguel Ángel Martínez** y **Jokin de Irala**, autores del ensayo que publicamos en este número, están convencidos –y los datos les amparan– de que aquel argumento pretendidamente brillante era en realidad una falacia. Como si para frenar la mortalidad en las carreteras –vienen a decir–, las autoridades hubiesen adoptado un planteamiento del tipo: "Usted beba sin ninguna inhibición y luego coja el coche si le apetece. Eso sí, utilice siempre un modelo con airbag".

jmarrodan@unav.es

¿QUÉ PASA CON LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL?

MIGUEL A. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ/JOKIN DE IRLA

Se oye una y otra vez que los programas que educan a los jóvenes en la abstinencia sexual no consiguen prevenir embarazos imprevistos e infecciones de transmisión sexual. Se arguye que la única opción realista y eficaz sería el mensaje “sexo seguro” acompañado de la promoción del preservativo. Según las evaluaciones de algunos planes de promoción de la abstinencia, estos no han demostrado diferencias significativas en cuanto a iniciación sexual. Pero se trataba de evaluaciones de mala calidad técnica. Además, otros programas que priorizaban la abstinencia-monogamia sí han logrado una alta efectividad, significativamente mejor que los que promovían el uso de condones.

HAY MOTIVOS PARA PENSAR que el mensaje simplista de "sexo seguro" asociado al condón incita al conocido fenómeno de compensación de riesgos: otorga una falsa sensación de seguridad que acaba siendo contraproducente. A pesar de ello, algunas voces siguen aspirando a desarrollar en la población solo medidas de reducción del daño, en vez de dirigirse a la eliminación del riesgo.

Esto contrasta con las acciones educativas y de marketing de estilos de vida sanos que han logrado mayores éxitos en la población. Las acciones de promoción de salud más eficaces relacionadas con el tabaco solo han contabilizado logros cuando no se han conformado con reducir el daño, sino que han apuntado más alto, a eliminarlo. El paradigma de reducción de daño condujo a graves derrotas de la salud pública en su lucha frente al tabaco y tampoco ha funcionado para la prevención del sida y otras infecciones de

No basta con educar, sino que hay que cambiar el ambiente

transmisión sexual. Por otra parte, en un ambiente social pansexual, no es extraño que ciertos programas educativos de alcance limitado o con pocos recursos consigan pocos logros. Los filósofos de la salud pública siempre han defendido que no basta con educar, sino que hay que cambiar el ambiente para facilitar las elecciones más sanas. Desde un punto de vista de estricta salud pública, hay motivos más que suficientes para apoyar la necesidad de implementar políticas sanitarias audaces que busquen la eliminación de riesgos y afronten este problema desde una perspectiva multifactorial, no solo educativa sino ambiental y estructural.

EVALUACIONES DE LOS PROGRAMAS

Con una cansina pertinacia retornan las voces que se oponen al fomento del responsable retraso de relaciones sexuales entre los jóvenes. Llama la atención que sean precisamen-

te algunos epidemiólogos o ciertas instancias con responsabilidades de salud pública quienes lideran esta oposición. En la Conferencia Mundial del sida en México en verano de 2008 se oyeron voces en este sentido.

Un argumento que se repite es que los programas dirigidos a modificar el comportamiento sexual en jóvenes tienen una eficacia nula o escasa. Ante el fracaso de esos programas, la única opción viable sería seguir empeñados en el mensaje "sexo seguro" y continuar repartiendo condones como única medida de reducción del daño, sin preocuparse de lograr cambios en la conducta.

La publicación más citada apareció en agosto de 2007. **Kristen Underhill**, estudiante de doctorado de Oxford, junto con **Paul Montgomery** y **Don Operario** publicaron entonces en el *British Medical Journal* una revisión sistemática de las evaluaciones de programas de "solo abstinencia" basado en el análisis de trece ensayos. Esos trece estudios se habían realizado solo en Estados Unidos y, probablemente, no podían extrapolarse a otros contextos. Todos, salvo uno, se dirigían a adolescentes menores de quince años y, en el único ensayo en que los participantes tenían más de quince años, (18-21 años), el programa constaba de una sola sesión. En ninguno de los ensayos se midió la incidencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Es más, en ninguno se realizó determinación biológica alguna.

La calidad técnica de las evaluaciones de programas era mala. Había una enorme diversidad en cuanto a sus métodos, posibles sesgos, porcentaje de participantes perdidos, modo de impartir el mensaje educativo, tipo de educador y número de sesiones del programa. Ninguno de los estudios revisados se adaptaba a los criterios que se consideran hoy el estándar científico para publicar la evaluación de una intervención sanitaria con calidad (normas CONSORT). En más del 30% de los estudios de evaluación, las pérdidas durante el seguimiento eran superiores al 33%. Es decir, no se sabía qué había ocurrido con uno de cada tres participantes. Habitualmente se da poco crédito a estudios cuyas pérdidas sean superiores al 20%.

Es desconcertante que sean los propios autores de esta revisión quienes publicaron poco antes una carta al editor en la revista *AIDS* para criticar la mala calidad de la metodología de las evaluaciones de programas disponibles sobre este tema. Si son ensayos de tan mala calidad técnica, ¿por qué tratan de buscar en ellos prueba alguna a favor o en contra?

Los autores, no obstante, concluyeron esto: "La revisión indica que los programas de solo-abstinencia sexual para la prevención de la infección VIH no reducen o exacerban el riesgo sexual entre los jóvenes de países de altos ingresos". Esta conclusión no se sostiene. Lo más lógico hubiese sido decir que, al ser los ensayos de mala calidad, es inválida también cualquier conclusión que se extraiga a partir de ellos.

Un requisito imprescindible en cualquier revisión sistemática es fijar un mínimo umbral de calidad metodológica y seleccionar solo aquellos ensayos que lo superen. De lo

de la abstinencia eran inútiles. Fue especialmente desafortunado que se aplicasen sus conclusiones a Iberoamérica cuando ni uno solo de los estudios resumidos en el informe era iberoamericano. Quienes usan ese argumento para atacar los programas de promoción de abstinencia suelen olvidar que los mismos autores publicaron después otra revisión que demostraba la eficacia de los programas que promovían prioritariamente la abstinencia (como opción cien por cien segura), y que incluían otras alternativas menos seguras para los no abstinentes (*abstinence-plus*). Los 39 ensayos incluidos en esta segunda revisión también eran mayoritariamente de EE.UU. y, solo en algún caso, de Canadá y Bahamas. A pesar de que bastante de los ensayos revisados seguían teniendo ciertas deficiencias metodológicas, los autores concluyeron que muchos de los programas centrados prioritariamente en la abstinencia lograron disminuir el riesgo de sida.

Aunque parezca una tautología, es preciso insistir en que lo "no significativo" no significa nada



contrario, se aplicaría el viejo adagio, aparentemente radical, pero afortunado: *garbage in, garbage out* (si introduces basura, obtienes basura). Es obvio que una revisión sistemática de estudios ya publicados no puede superar nunca las debilidades intrínsecas de los estudios originales en que se basa.

En estadística existe un postulado según el cual "*absence of evidence is not evidence of absence*", es decir, que la falta de evidencia no equivale a una evidencia de que falte efecto. No hallar diferencias significativas no equivale a haber encontrado un efecto nulo, simplemente indica que hay que seguir investigando o que faltan datos. Aunque parezca una tautología, es preciso insistir en que lo "no significativo" no significa nada.

Lamentablemente, en la conferencia de México sobre el sida del verano pasado se utilizaron los resultados de la revisión de **Underhill** tomándolos equivocadamente como prueba de que los programas de promoción

Además, no se debe prescindir de la alta eficacia de uno de los mejores ensayos realizados para la prevención de embarazos imprevistos (no incluido en las revisiones anteriores) que se centró precisamente en promover la abstinencia (*abstinence-centered*) y se realizó en Chile. Con un seguimiento de cuatro años y dos épocas distintas, consiguieron reducir del 18,9 al 3,3% las tasas de embarazo en una cohorte y del 22,6% al 4,4% en la otra.

Más llamativo es que no se haya prestado mayor atención a un ensayo reciente de mejor calidad que comparó cuatro alternativas: abstinencia solo, abstinencia-plus (incluye la información sobre preservativos), solo información sobre preservativos y grupo control. Lo más efectivo fue el programa de *abstinence-only*, que obtuvo ventajas significativas frente a las otras alternativas. En el artículo de **Underhill** este ensayo apareció citado como hallazgo adicional, pero ni se incluyó en su

revisión sistemática ni se utilizó para obtener conclusiones, ni siquiera para matizarlas. El énfasis del texto de la primera revisión en comparar los programas de solo-abstinencia con cualquier otra alternativa es más que discutible. Lo lógico hubiese sido comparar los que incluyen o se centran en la abstinencia, aunque la combinen con otros mensajes, con los que no fomentan la abstinencia.

EL EFECTO COMPENSACIÓN DE RIESGOS

Se conoce desde hace tiempo que el preservativo reduce pero no elimina el riesgo de transmisión del VIH. Por otra parte, su efectividad frente a otras infecciones de transmisión sexual es muy baja. Tampoco tiene una efectividad muy alta como contraceptivo. En este contexto, no puede despreciarse el efecto perverso del llamado fenómeno de "compensación de riesgo".

Según este fenómeno, hay ciertas medidas preventivas que pueden otorgar a su usuario

actuado imprudentemente, olvidando este principio clásico de la salud pública. Casi siempre se ha transmitido una sensación de falsa seguridad e invulnerabilidad en los jóvenes, que les ha llevado a incrementar riesgos, como empezar antes las relaciones sexuales o tener varias parejas seriadas. La compensación de riesgos es uno de los fenómenos que explica por qué ninguna campaña centrada en la promoción de preservativos ha logrado frenar la epidemia del VIH-sida.

Hay evidencia empírica de que los adolescentes que creen erróneamente que el preservativo es cien por cien eficaz para prevenir el sida acaban teniendo relaciones sexuales más precoces y con más parejas. Así lo demuestra un estudio sobre una muestra representativa de varios miles de jóvenes filipinos realizado en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra.

Es contradictorio que un programa de prevención lance a los jóvenes el mensaje de que vivan la abstinencia del sexo y a la vez les esté hablando de cómo protegerse cuando tienen sexo. Tal ambigüedad supone olvidar que los mensajes deben estar adaptados y estratificados según la situación de riesgo en que se encuentre el público diana. Hay que dar a cada uno el mensaje que más le puede ayudar. No es simple ni fácil, aquí no cabe el café para todos. Se siguen observando situaciones absurdas: por ejemplo, se está dando el mismo mensaje (sexo más seguro, uso de condones) a una persona que se dedica a la prostitución que a un chico de doce años.

La ambigüedad de los gobiernos y la compensación de riesgos pueden explicar que las tasas de infecciones de transmisión sexual, de embarazos en adolescentes y de abortos se incrementen en España año tras año. Esto ocurre a pesar de más de una década de campañas intensivas de educación sexual que lanzan el mensaje a los jóvenes de que los preservativos y solo los preservativos son la receta mágica para prevenir todas las infecciones de transmisión sexual y los embarazos imprevistos. Se ha denunciado que desde las instancias responsables no ha habido espacio para el disenso, ni consideración del acúmulo

No hay un método sencillo y barato para la prevención

una confianza que le haga sentirse protegido y conducirlo a asumir mayores riesgos. Así, por ejemplo, los cascos y protectores de hombros que empezaron a usar los jugadores de fútbol americano para prevenir lesiones les hicieron diseñar jugadas en las que usaban la cabeza o los hombros como herramienta de ataque, cosa que nunca hubiesen hecho antes de llevar casco. Estas medidas que teóricamente iban a reducir el daño acabaron produciendo lesiones más graves. Del mismo modo, cuando se supo que el uso de cinturón de seguridad reducía las lesiones en carretera, aumentó el uso del cinturón, pero también aumentaron los accidentes, ya que los conductores corrían más, amparados en la sensación de seguridad que les otorgaba el cinturón.

En la mayor parte de las ocasiones en que se ha promovido el uso del preservativo para protegerse de embarazos imprevistos y de infecciones de transmisión sexual, se ha

de evidencia científica que demuestra que deberían promoverse como una prioridad otros cambios de comportamiento, como la reducción del número de parejas. Al parecer, parece que las ideologías, prejuicios, estigmas y la agenda social de algunos gobernantes se han puesto por encima de la evidencia científica para construir políticas de salud pública.

COMBINACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS

En España, a pesar de ser uno de los países con mayores tasas de uso de preservativos, las cifras disparadas de abortos y embarazos juveniles exigen que se adopte una postura crítica frente al dogma aparentemente sagrado de "condones y solo condones". Es imprescindible promover el cambio de los comportamientos. Engañarse buscando la receta mágica para conseguir la salud a base de remedios tecnológicos, más o menos milagrosos, sin necesidad de cuidar el comporta-

La primera es que los fallos en prevención han superado a los logros en el tratamiento. El contraste entre la iniciativa tres por cinco (llegar a tres millones de enfermos de sida tratados para el año 2005) y las 7.000 personas nuevas que cada día adquieren la infección es un claro índice del desequilibrio entre medicina curativa y preventiva. Lo que se ha ganado aplicando el tratamiento a varios cientos de miles de personas se ha perdido por no prevenir correctamente.

La segunda conclusión es que no hay un método sencillo y barato para la prevención. Parecía que habría tecnologías biomédicas efectivas para prevenir el sida, pero no ha sido así. No es verosímil tener una vacuna en los próximos 20 años. Otras intervenciones "técnicas" han demostrado una efectividad que, en el mejor de los casos (circuncisión masculina), es solo parcial. La idea más repetida ha sido la de que hay que llegar a una

En Mexico ha quedado muy claro que los fallos en prevención han superado a los logros en tratamiento



miento es una peligrosa seducción.

Resulta muy instructivo considerar que el sida apareció precisamente cuando más avanzaba la tecnificación biomédica. En esos finales de los años setenta y principios de los ochenta, parecía que los fármacos más sofisticados (reductores del colesterol, antihipertensivos, citostáticos) lograrían una nueva revolución epidemiológica al acabar con las principales enfermedades crónicas (cardiovasculares y cáncer). Pero de repente surgió el sida y se produjo uno de los mayores desastres en salud pública de la historia de la Humanidad. La aparición de esta nueva y mortal epidemia tenía mucho que ver con los comportamientos, y resultó que lo que se había avanzado en tecnología se había perdido en estilos de vida. Lo mismo pasó luego con las epidemias de obesidad y sedentarismo.

Al acabar la conferencia de México sobre el sida han quedado muy claras dos cosas.

combinación de acciones preventivas.

Hay que actuar en muchos niveles y con variedad de estrategias. El 85% de las infecciones en el mundo se adquieren por el comportamiento sexual; de hecho, la principal causa de las epidemias de sida es la multiplicidad de parejas sexuales. Solo se han logrado controlar las epidemias generalizadas de sida en aquellos países (Uganda al principio, luego Tailandia, más tarde Zimbabue) que han logrado efectivamente una reducción en el porcentaje de su población que tenía múltiples parejas.

EL EJEMPLO DEL TABACO

Para acometer acciones de salud pública realmente efectivas, es muy ilustrativo volver la vista a las idas y vueltas en la lucha de las instancias de la salud pública frente al tabaco. Es una larga historia de más de 40 años plagada de fracasos. La salud pública se enfrentaba a una fuerte industria tabacalera que quería

proteger celosamente sus ganancias; además, el tabaco estaba socialmente muy bien admitido: había un amplio repertorio publicitario a favor del tabaco especialmente dirigido a los jóvenes, que incluía anuncios en prensa escrita, vallas publicitarias, películas y documentales, museos, eventos deportivos e incluso actividades de voluntariado que indirectamente promovían marcas de cigarrillos.

Frente a todo eso, no era de extrañar que las campañas educativas (clases en institutos, breves intervenciones individuales) apenas tuvieran éxito. ¿Qué efectividad puede esperarse de un programa de prevención del tabaquismo en una sociedad permisiva donde el tabaco goza de amplia aceptación social y todos los reclamos publicitarios incitan a su consumo?

Esto puede explicar también la poca eficacia de algunos programas educativos a favor de la abstinencia desarrollados en el medio escolar, pues se enfrentan a un ambiente social

adopción". Este principio ha guiado siempre los logros de la medicina preventiva.

Como se señalaba anteriormente, para obtener logros en salud pública no basta con educar, sino que hay que cambiar el ambiente. Si no se toman medidas ambientales y estructurales se acaba culpabilizando a la víctima y contabilizando solo logros minúsculos. No basta con educar, hay que ir más allá y cambiar los determinantes del comportamiento mayoritario. Esto requiere que los gobiernos actúen sobre el ambiente, la cultura, la moda, los medios de comunicación, los contenidos de Internet, etcétera. Es esperable que una educación aislada, sin el apoyo de la cultura dominante y las costumbres socialmente aceptadas, en el mejor de los casos, solo tenga un efecto muy débil.

Actualmente se critica, con razón, que un motivo históricamente importante para explicar el fracaso de la salud pública frente al tabaco fue el espejismo de creer que los *safer cigarettes* (cigarrillos más seguros) iban a lograr una reducción del daño. Resulta aleccionador comprobar el paralelismo que tiene este error con el que se está cometiendo ahora respecto a las infecciones de transmisión sexual, los embarazos imprevistos y los abortos en adolescentes. Al igual que se incurrió entonces (años setenta y ochenta) en el error de pensar que un cigarrillo más seguro contentaría a la poderosa industria del tabaco y evitaría el daño sanitario, ahora se postula el sexo más seguro, que resultaría complaciente frente a la industria del sexo y, aparentemente, favorecería a la salud pública.

Solo cuando se adoptó una estrategia de riesgo cero y se acometieron acciones ambientales y estructurales (espacios libres de humo), sin limitarse a la reducción de daños en el fumador, se empezaron a contabilizar logros importantes. Este precedente es un buen argumento para que las acciones de salud pública no se centren en el preservativo como un modo de sexo más seguro (reducción del daño), sino en otras opciones, como el retraso de relaciones en los jóvenes y el fomento de una monogamia estable en las parejas, que son las estrategias de riesgo cero.

Del mismo modo, se ha visto que, a lar-

España está a la cabeza de Europa en el consumo de cannabis

y extraescolar abiertamente adverso y donde abundan los reclamos que incitan a iniciarse precozmente en el sexo. La inmersión en tal ambiente pansexual hace esperar que unas cuantas sesiones educativas o motivacionales aisladas no consigan grandes cambios de comportamiento. Con frecuencia el grupo que está recibiendo la intervención (*abstinence-only*) recibe por otros canales y con más abundancia e intensidad el mensaje contrario (sexo seguro sin decir una palabra sobre abstinencia). Es lo más esperable cuando muchos medios de comunicación y de la industria del entretenimiento no cesan de propagar el mensaje contrario a la abstinencia. Como decía **Geoffrey Rose**, figura señera de la medicina preventiva, "tiene poco sentido esperar que los individuos actúen de modo diferente a sus semejantes; es preferible perseguir un cambio general de las normas de comportamiento y promover las circunstancias que faciliten su

go plazo, la actitud parcialmente transigente que se mantuvo durante décadas en relación con las drogas solo consiguió cosechar frutos amargos. Así, la salud pública parecía estar más preocupada por reducir el daño que por eliminarlo y solo hacía frente a la droga dura (sobre todo heroína inyectada) mientras toleraba las mal llamadas “drogas blandas” (marihuana). Hoy hay acuerdo universal en la comunidad científica en que la marihuana produce un grave daño psicológico y es un factor causal de la psicosis. Lamentablemente, España está a la cabeza de Europa en su consumo y cunde la alarma por el galopante aumento de casos de psicosis asociados a cannabis. Son ejemplos para escarmentar.

LA CLAVE: CÓMO MEJORAR LOS PROGRAMAS

¿Se debe dejar de luchar contra el tabaco porque trece programas de prevención del tabaquismo fueron ineficaces? No. Nadie en

biar las conductas. Precisamente porque la salud pública no se rindió y, en cambio, actuó con más incisividad y acometividad, apuntando a políticas anticipatorias y metas mucho más altas (movimiento de los fumadores pasivos, espacios libres de humo) hoy día se están consiguiendo logros espectaculares en la lucha antitabaco. Esto ha supuesto desarrollar estrategias audaces y creativas que actúan no solo en el plano individual sino también en el estructural, pues se dirigen a cambiar la cultura, las modas y el medio ambiente.

Por lo tanto, la cuestión clave no es la efectividad de los programas educativos de abstinencia desarrollados hasta ahora. Ese no es el problema; lo realmente pertinente es acertar con el mejor modo de diseñar su contenido y sus métodos para desarrollar acciones suficientemente multifactoriales y amplias. El problema no es el qué sino el cómo.

La respuesta definitiva de la salud pública

Si unos programas de prevención no funcionan, lo que se debe hacer es trabajar para mejorarlos



su sano juicio defendería tal postura. Aunque ha habido programas antitabaco con poca eficacia, todas las políticas sanitarias promueven la abstinencia del tabaco. Nadie propondría abandonar los programas de prevención de la violencia de género porque uno o varios de esos programas no tuvieron éxito. Sería un error terrible concluir que la educación contra la violencia es inefectiva porque no se pueden cambiar los comportamientos violentos. Lo que hay que buscar es un modo mejor de conseguir lo que se sabe que va a ser bueno.

Si unos programas no funcionan, lo que conviene hacer es trabajar para mejorarlos. Hay que ver cuáles deben ser los mejores métodos y contenidos de los programas y garantizar siempre el ambiente social más adecuado para hacer más fáciles las elecciones más sanas.

Ante la escasa efectividad de programas antitabaco o antidroga, el error más funesto hubiese sido concluir que era imposible cam-

al problema de embarazos imprevistos, infecciones de transmisión sexual y sida requiere desarrollar programas imaginativos y ambiciosos, combinados y multisectoriales. Es decir, una acción más amplia y valiente de los gobiernos.

No es ninguna utopía. Hay varios países africanos donde los programas centrados en la abstinencia han logrado revertir la tasa galopante de aumento de la infección por el VIH. En esos países la respuesta fue amplia, combinada, multisectorial e integrada, de manera que los puntos de inflexión que se han observado en tales países son un fuerte argumento para ser optimista. Puede afirmarse que la promoción de la monogamia y el retraso de relaciones ha demostrado una alta efectividad desde un estricto punto de vista de salud pública. La epidemiología no puede dejar de apoyarse en tales datos, y las estrategias de salud pública deben partir de ellos. ■