

APLICACIÓN DE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO

FORMAS SENCILLAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD

Informe del WISH Behavioral Insights Forum 2016

Michael Hallsworth
Veerle Snijders
Hannah Burd
Jessica Prestt
Gaby Judah
Sarah Huf
David Halpern



Literatura de referencia sugerida para este informe:
Hallsworth M, Snijders V, Burd H, Prestt J, Judah G, Huf S,
Halpern D. Applying Behavioral Insights: Simple Ways to
Improve Health Outcomes. Doha, Qatar: World Innovation
Summit for Health, 2016

**APLICACIÓN DE
LAS CIENCIAS DEL
COMPORTAMIENTO
FORMAS SENCILLAS
PARA MEJORAR LOS
RESULTADOS EN SALUD**

Informe de WISH Behavioral Insights Forum 2016

CONTENIDO

- 03** Prefacio Resumen ejecutivo
- 04** Resumen ejecutivo
- 07** Sección 1: Entender el comportamiento para mejorar la salud
- 10** Sección 2: Los aprendizajes de las ciencias del comportamiento ofrecen nuevas soluciones a los problemas de política
- 13** Sección 3: Los aprendizajes de las ciencias del comportamiento pueden mejorar la salud y la atención médica
- 26** Sección 4: Los ensayos aleatorios brindan ventajas importantes
- 29** Conclusión: Aplicando las ciencias del comportamiento en la formulación de políticas de salud
- 31** Apéndice: Caso de estudio
- 33** Agradecimientos
- 34** Referencias

PREFACIO

Los profesionales de la salud, los responsables de la formulación de políticas y los pacientes son conscientes de que gran parte de los problemas de salud en la actualidad radican en el comportamiento. Los fumadores saben que su hábito es peligroso, pero aún así tienen dificultades para dejar de fumar. Los sistemas de salud invierten miles de millones en el tratamiento de la diabetes, pero la inversión para tratar el consumo que la promueve es deficiente. Los departamentos de emergencias tratan un catálogo de "accidentes" todos los días, pero hacen poco o nada para evitar que esos accidentes ocurran.

Se acabaron los días en que las "enfermedades de la civilización" se limitaban al Occidente industrializado. Por cada 10 por ciento del crecimiento del producto interno bruto (PIB) en los países en desarrollo, la malnutrición infantil se reduce en un 6 por ciento; sin embargo, la obesidad aumenta en un 7 por ciento.¹ Los costos masivos asociados con estos cambios en el estilo de vida podrán ser una carga lo suficientemente pesada para las naciones ricas, pero para las naciones más pobres son aún más agobiantes.

El verdadero desafío es pasar de una conciencia general de que el comportamiento es fundamental para la salud, a un conocimiento práctico de qué hacer al respecto. Es justamente esto de lo que trata el presente informe. Se busca suplir al profesional o al responsable de la formulación de políticas con un conjunto simple de herramientas que mejoren la salud del paciente o de la población.

La aplicación de las ciencias conductuales ya está salvando vidas: las fichas de pacientes se pueden formatear para reducir errores y anticipar riesgos con más tiempo; las citas perdidas pueden ser reducidas; la observación de los tratamientos ha mejorado; y los sistemas de salud se han reformado para ayudar a los pacientes a realizar cambios en su estilo de vida que los mantendrán viviendo por más tiempo, y con una mejor calidad de vida.

Junto con esta comprensión que es cada vez mayor, también debemos aplicar los mismos métodos experimentales rigurosos a los diseños de comportamiento y de servicios que han caracterizado los tratamientos clínicos basados en medicamentos. ¿Cuál es la mejor manera de ayudar a alguien a dejar de fumar? ¿Cuál es la mejor fraseología que un médico puede utilizar para alentar a su paciente prediabético a perder un poco de peso y hacer más ejercicio? Y lo más importante, ¿cómo podemos utilizar los conocimientos de las ciencias del comportamiento para dar forma a una sociedad y economía en las que vivir de manera saludable sea cómodo y placentero?

Si los factores de comportamiento y estilo de vida impulsan cada vez más la mayoría de los años de vida sana perdidos, ¿no es hora entonces de atacar estos problemas desde la raíz, y no únicamente a sus síntomas?



A. V.

Professor the Lord Darzi of Denham,
OM, KBE, PC, FRS
Executive Chair, WISH, Qatar Foundation
Director, Institute of Global Health Innovation,
Imperial College London



D. S. Halpern

Dr David Halpern
Chief Executive,
The Behavioural Insights Team

RESUMEN EJECUTIVO

La aplicación de las ciencias del comportamiento puede conducir a mejores resultados de salud a un menor costo. Este informe brinda una visión general de estas ideas y muestra cómo se pueden aplicar en el terreno práctico. Contiene cuatro mensajes clave:

1. Para mejorar los resultados en salud, necesitamos comprender mejor el comportamiento.

Existen tres áreas principales donde la falta de comprensión o atención al comportamiento humano causa problemas en el sector de la salud:

- Salud pública. Gran parte de la carga global de patologías se debe a comportamientos poco saludables, pero las personas siguen hallando dificultades para modificar estos comportamientos, incluso si tienen la consciencia, la intención y la capacidad para hacerlo.
- Prestación de atención médica. Los sistemas de atención médica a menudo se diseñan de manera que facilitan los errores y una toma de decisiones deficiente por parte de los profesionales de la salud.
- Decisiones con respecto a políticas. Los procesos de políticas pueden llevar a los responsables de la formulación de políticas a tomar decisiones sub-óptimas, por ejemplo, al tratar la evidencia de manera sesgada o inconsistente.

2. Los aprendizajes de las ciencias del comportamiento ofrecen nuevas soluciones a los problemas de políticas

Las investigaciones de los últimos 40 años muestran que nuestras decisiones a menudo no son deliberadas y cuidadosas, sino que nacen del hábito, son automáticas y muy influenciadas por el entorno en el que se realizan. El análisis tradicional de políticas a menudo ignora estos factores. La aplicación de estas lecciones puede revelar nuevas y mejores formas de lograr los objetivos de las políticas, así como mejorar las herramientas de política existentes (como formular leyes o proporcionar incentivos). Esto está siendo llevado a cabo cada vez más por los gobiernos de todo el mundo; sin embargo, hay potencial para llevarlo aún más lejos.

3. Los aprendizajes de las ciencias del comportamiento pueden mejorar la salud y la atención médica

El marco "Simple, Atractivo, Social y a Tiempo" (EAST, por su sigla en inglés) es una forma sencilla de aplicar lecciones de las ciencias del comportamiento a las políticas, y de hacer que el cambio de comportamiento sea más probable:

- Simple. Queremos evitar realizar esfuerzos siempre que sea posible. Por ejemplo, debido a que evitamos hacer una elección activa, usualmente terminamos con la opción "por defecto". Por lo tanto, la efectividad de hacer que la opción por defecto sea la más saludable será más probable si es que: la opción predeterminada es realizarse un examen de VIH, entonces la tasa de exámenes será mucho más frecuente que en el caso en que la opción por defecto sea no realizarlo. Requerir incluso pequeñas cantidades de esfuerzo ("costos de fricción") puede provocar que sea mucho menos probable que cierto comportamiento ocurra. Por ejemplo, se ha demostrado que aumentar levemente la dificultad para obtener grandes cantidades de medicamentos de venta libre puede reducir las sobredosis de forma dramática.

Reducir incluso las barreras pequeñas para hacer que una conducta saludable sea más probable.

– Atractivo. Nuestra atención es limitada, por lo que necesitamos nuevas formas de atraerla. Una forma de lograrlo es identificar los mensajes que funcionan mejor. Por ejemplo, un estudio en el Reino Unido halló que las citas hospitalarias perdidas podían reducirse en un cuarto si un recordatorio indicaba el costo específico de una cita perdida para el sistema de salud. Otra forma es captar la atención a través del diseño visual o espacial: las muertes accidentales en los ferrocarriles en la India se redujeron pintando líneas de referencia en las vías ferroviarias para que las personas pudieran juzgar la velocidad de los trenes.

Crear mensajes simples y claros, o nuevas formas de diseño, para atraer nuestra atención limitada.

– Social. Los seres humanos somos seres sociales fuertemente influenciados por lo que hacen los otros (las “normas sociales”). La visibilización de los comportamientos saludables puede hacer que parezcan más frecuentes y fáciles de copiar. Por ejemplo, el “apretón de manos del Ébola” que se introdujo en Nigeria para reducir el contacto físico (y, por lo tanto, la propagación de la enfermedad) actuó como un saludo sustituto altamente visible. Incluso decirle a la gente lo que otros hacen en su misma situación es efectivo: los médicos recetaron antibióticos a un ritmo menor cuando se les dijo que la mayoría de sus colegas estaban haciendo lo mismo.

Mostrar o decir a las personas que otros están llevando a cabo un comportamiento saludable.

– A Tiempo. Las personas son más receptivas a los cambios en algunos momentos que en otros. Por lo tanto, algunos serán más efectivos para la intervención, como las vacaciones religiosas o culturales, el inicio del año o eventos importantes de la vida de una persona. Por ejemplo, un programa exitoso de detección de diabetes en Qatar programó la intervención (que requería ayuno) para que coincidiera con el Ramadán, período en el que muchas personas ayunan de todos modos.

Iniciar intervenciones en momentos en los cuales las personas son más receptivas al cambio.

Los principios EAST son igualmente aplicables en la formulación de políticas. Aquellos que desarrollan políticas de salud deben considerar cómo sus propias acciones pueden verse afectadas por estos factores y cómo poder aplicarlos para garantizar que las políticas se desarrollen de la mejor manera.

4. Evaluar las intervenciones brinda importantes ventajas

Dado que el comportamiento es complejo, el contexto es poderoso y los detalles son importantes, no podemos estar seguros de cuál es exactamente la mejor manera de implementar las intervenciones. Por lo tanto, es importante que los responsables de la formulación de políticas incorporen ensayos simples aleatorios para evaluar el efecto de las intervenciones conductuales sobre los servicios de salud. Estas evaluaciones a menudo son baratas y pueden ofrecer resultados con rapidez, especialmente si se utilizan datos recopilados de manera rutinaria.

Evaluar las intervenciones de este modo ha demostrado que las lecciones de las ciencias del comportamiento pueden marcar una diferencia real en los sistemas de salud. Las evaluaciones también muestran cuándo, cómo y para quién funcionan mejor las intervenciones, ya que el tamaño y la duración de su impacto pueden verse afectados por diferencias culturales y/o por detalles en su implementación.

Las ideas y ejemplos contenidos en este informe pueden ser utilizados por cualquier persona involucrada en la atención médica o salud pública. Sin embargo, creemos que el informe será particularmente valioso para los formuladores de políticas encargados de diseñar y dirigir los sistemas de salud.

Existen muchas oportunidades para mejorar la salud y la atención médica en todo el mundo mediante la aplicación de los aprendizajes extraídos de las ciencias del comportamiento. Muchas de estas oportunidades se pueden llevar a cabo aplicando herramientas simples para lograr cambios prácticos. Alentamos a los responsables de la formulación de políticas a que utilicen estas herramientas.

SECCIÓN 1: ENTENDER EL COMPORTAMIENTO PARA MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD

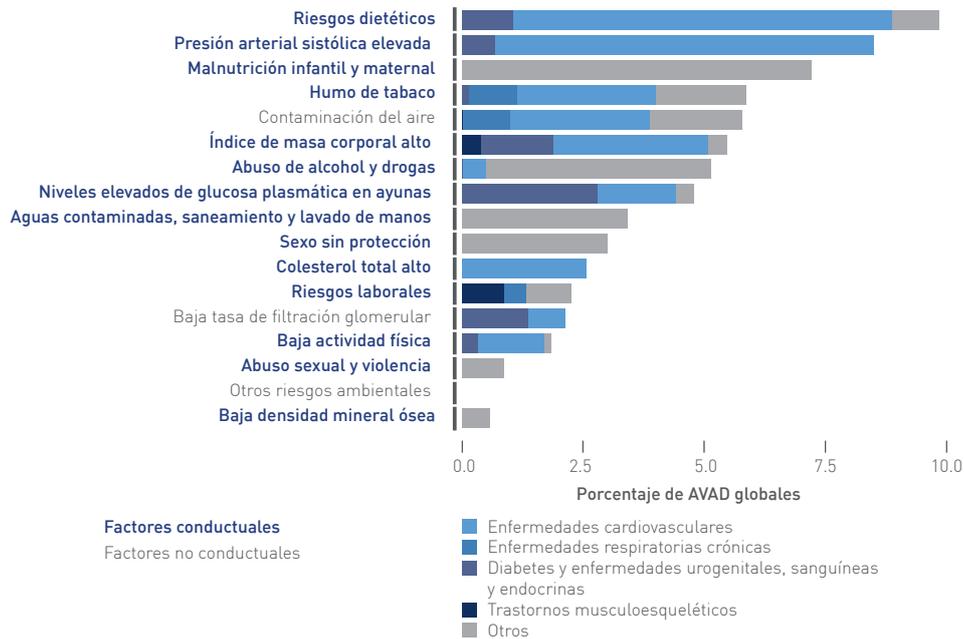
Un objetivo común de los responsables de la formulación de políticas de salud es reducir la cantidad de años de vida, ajustados por discapacidad, perdidos por problemas de salud de la manera más costo-efectiva posible. La pregunta es: ¿por qué necesitan entender mejor el comportamiento humano y cómo influir en él para lograr estos objetivos? Podemos encontrar razones claras en tres aspectos importantes de los sistemas de salud: la forma en que se desarrollan los problemas de salud; los comportamientos de los profesionales de la salud que proporcionan tratamientos para estos problemas de salud; y la manera en que los responsables de la formulación de políticas supervisan los sistemas de salud.

Necesitamos entender mejor por qué ocurren los comportamientos poco saludables

Si bien las condiciones en que las personas nacen, viven y trabajan son muy importantes para su salud, aproximadamente la mitad de la carga mundial de patologías se debe a factores de estilo de vida y de comportamiento.^{2,3} La alimentación no saludable, fumar y el consumo de alcohol contribuyen al desarrollo de condiciones a largo plazo como la diabetes; enfermedades cardiovasculares; enfermedades respiratorias crónicas; y trastornos musculoesqueléticos. Estas condiciones representan la mayor carga de patologías en los países industrializados y aparecen cada vez más en todo el mundo (ver Figura 1),⁴ y se estima que costarán 30,4 billones de dólares en productos perdidos y costos de tratamiento durante los próximos 20 años.⁵

Las principales causas de mortalidad en los países en desarrollo también pueden reducirse en gran medida a través de comportamientos como la lactancia materna; la aplicación eficaz de mosquiteros; la terapia de rehidratación oral; y asistiendo a citas de vacunación.⁶ No obstante, los comportamientos saludables pueden no ocurrir incluso cuando existe conciencia, intención y capacidad,⁷ lo que resulta en problemas de salud para los individuos, desperdicio para los sistemas de salud, y pérdida de productividad para las economías. Por lo tanto, para mejorar indicadores de la salud, los sistemas de salud deben aplicar la mejor evidencia existente sobre cómo influir en el comportamiento de las poblaciones a las que sirven.

Figura 1: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) globales atribuidos a factores de riesgo en 2013



Fuente: Adaptado de Forouzanfar y otros. (2015)⁹

Necesitamos entender mejor cómo los sistemas de salud influyen en el comportamiento de los profesionales de la salud

Los sistemas de salud se componen de muchos tipos de relaciones diferentes. Además de la relación directa entre médico y paciente, existen relaciones entre el paciente, la familia y la comunidad; relaciones entre médicos; relaciones entre proveedor e inspector, etc. Comprender qué impulsa e influye en la forma en que estas personas interactúan podría brindar mejores resultados a un menor costo.

Por desgracia, los sistemas de salud no suelen ser diseñados con este tipo de consideración en mente. Por ejemplo, errores como recetar el medicamento incorrecto generalmente se deben a procesos que involucran un lenguaje complejo o una presentación de las opciones poco clara. A pesar de saber esto, todavía seguimos creando y utilizando procesos que facilitan estos errores.^{9,10} Ahora también sabemos más acerca de por qué a los profesionales de la salud, los responsables de la formulación de políticas y a los políticos les resulta difícil concentrarse en la atención preventiva: tendemos a centrarnos en el problema inmediatamente frente a nosotros, en lugar de posibles problemas futuros, que parecen distantes y abstractos. Y sin embargo, continuamos creando estructuras de incentivos para profesionales que enfatizan el tratamiento sobre la prevención, lo que conduce a un mayor gasto y a una peor salud en general.¹¹

Necesitamos entender mejor el comportamiento de quienes supervisan los sistemas de salud

Finalmente, debemos considerar cómo las lecciones de las ciencias del comportamiento pueden, y deben, influir en quienes supervisan las políticas de salud, porque las decisiones de estos a menudo se ven afectadas por factores que pueden no conducir a los mejores resultados. Por ejemplo, un ministro de salud puede visitar un hospital y notar un tratamiento en particular para el cáncer por ser novedoso y fácil de entender, aunque no sea la opción más efectiva. Como mostramos a continuación, las lecciones de las ciencias del comportamiento explican por qué nuestra atención puede ser atraída de este modo, y sugieren formas de captar la atención hacia las mejores alternativas. Lo que también puede suceder es que, una vez que un ministro o responsable de la formulación de políticas decide priorizar un tratamiento en particular, puede ser muy difícil convencerlo de lo contrario, al punto en que no prestará atención a la evidencia de que existen otras opciones mejores. En el campo de la ciencia del comportamiento, esto se conoce como “sesgo de confirmación”.¹² Si podemos reconocer estos problemas y tratamos de adaptar el diseño de políticas para enfrentarlos, tendremos mejores políticas de salud y, a su vez, mejores resultados en salud.

Una mejor comprensión del comportamiento puede mejorar la utilización, la prestación y la gestión de la atención médica. La investigación de los últimos 40 años proveniente de disciplinas como la psicología, la economía y la antropología, junto con la investigación en salud, han generado conocimientos para respaldar este objetivo. En conjunto, este conocimiento a menudo se denomina “aprendizajes de las ciencias del comportamiento”, y en la siguiente sección se presentan algunos ejemplos de cómo se utilizan en el ámbito de la salud.

SECCIÓN 2: LOS APRENDIZAJES DE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO OFRECEN NUEVAS SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS DE POLÍTICA

“Aprendizajes de las ciencias del comportamiento” es un término empleado para referirse a la utilización de los hallazgos de las ciencias del comportamiento, que explica cómo se comportan las personas en la práctica, y de este modo, ayuda a diseñar mejor las políticas y los servicios públicos. Esta sección explica con más detalle los aprendizajes de las ciencias del comportamiento y su más reciente aplicación.

Cuestionamiento de las formas vigentes de comprensión del comportamiento

La política de salud, al igual que otras áreas de política, se preocupa por encontrar maneras de obtener resultados en un entorno de recursos limitados. En términos generales, las decisiones de política a menudo se basan en la economía.¹³ Específicamente, se basan en el supuesto de que las personas procesarán toda la información disponible, sopesando cuidadosamente los costos y beneficios de actuar para seleccionar aquella opción que maximice los beneficios para sí mismos.¹⁴

Los hallazgos de las ciencias del comportamiento han demostrado que este tipo de toma de decisiones ocurre con menos frecuencia de lo que suponen los modelos económicos. En lugar de sopesar los costos y beneficios cuidadosamente, las ciencias del comportamiento han producido suficiente evidencia de que a menudo usamos atajos mentales o “reglas de oro” para seleccionar una opción que sea lo suficientemente buena, aunque quizás no la mejor.¹⁵ Ejemplos de estos atajos pueden ser “elige lo que todos los demás han elegido” o “haz lo mismo que hiciste la última vez”. Si se ignora esta evidencia, es posible que la política no afecte el comportamiento de la forma prevista.¹⁶

Si bien los atajos mentales a menudo funcionan bien (hacer lo que hacen los demás es generalmente una buena estrategia de supervivencia), estos pueden perjudicar la salud si se utilizan en un contexto equivocado. Además, las ciencias del comportamiento también muestran que el pensamiento consciente tiene una influencia mínima en gran parte de nuestro comportamiento. En cambio, el comportamiento usualmente se guía por respuestas “automáticas” a nuestro entorno y a las cosas que encontramos.¹⁷ El cambio de aspectos aparentemente insignificantes del contexto o la forma en que se presenta una decisión puede llevar a cambios importantes en el comportamiento. Por ejemplo, un gran cuerpo de evidencia muestra que la mayor parte de nuestra conducta alimentaria no es consciente ni deliberada. Estamos muy influenciados por señales en nuestro “entorno alimentario”, tales como el tamaño del plato del que se come. Cuanto más grande es el plato, más comemos sin darnos cuenta.¹⁸ Por lo tanto, una forma de facilitar el cambio sería modificar el valor predeterminado para que las porciones, los artículos de servicio y la vajilla sean más pequeños.

Podemos mejorar los resultados de salud si reconocemos que nuestras decisiones generalmente no son deliberadas y cuidadosas, sino nacidas del hábito, automáticas y muy influidas por el entorno en el que se toman.

Aplicación de las ciencias del comportamiento en la formulación de políticas

La literatura de las ciencias del comportamiento no implica que los modos existentes de formular políticas sean totalmente erróneos: las personas a menudo actúan según los costos y beneficios. Adoptar un enfoque "conductual" tampoco significa que los responsables de la formulación de políticas tengan que prescindir automáticamente de medidas "duras" más tradicionales, como la legislación, a favor de simplemente reformular las opciones existentes. Este es un malentendido que ocurre si las personas se enfocan únicamente en la idea de "empujar ("nudging")", en lugar de observar más ampliamente el potencial de aplicar las ciencias del comportamiento en la formulación de políticas. Como se muestra en la Figura 2, los empujar ("nudging") constituyen solo un aspecto de los aprendizajes de las ciencias del comportamiento, y generalmente se enfocan en la presentación de las opciones.

Figura 2: la relación entre las herramientas de política, los empujones y los aprendizajes de las ciencias del comportamiento



En cambio, los aprendizajes de las ciencias del comportamiento deben considerarse como un enfoque para la formulación de políticas en su totalidad, así como una serie de herramientas específicas dentro de un conjunto de herramientas. La línea punteada en el diagrama muestra que los aprendizajes de las ciencias del comportamiento pueden cubrir la gama completa de acciones gubernamentales. La aplicación de las ciencias del comportamiento no es necesariamente una alternativa a la legislación; estas entregan un conjunto de hallazgos y una forma de pensar que puede ayudar a garantizar que la legislación se desarrolle en consonancia con el comportamiento de las persona en la realidad. Es un lente a través del cual toda acción gubernamental y del practicante debería ser apreciada. No es una alternativa extra, porque la mayoría de las políticas gubernamentales se preocupan por influir en el comportamiento. Por lo tanto, los aprendizajes de las ciencias del comportamiento tendrán algo que aportar con respecto a la mayoría de las políticas. La contribución tampoco se limita a pequeños ajustes aplicados a los arreglos existentes. Se puede utilizar un enfoque conductual para reevaluar, repensar y rediseñar sistemas de salud completos.

Por último, los responsables de la formulación de políticas deben utilizar los aprendizajes de las ciencias del comportamiento de manera responsable. Si introducen una intervención que aprovecha deliberadamente las acciones automáticas habituales, entonces las personas pueden ser menos conscientes de que están siendo influenciadas. Este es un debate complejo que no se puede resumir dentro de este informe.^{20, 21, 22} Sin embargo, existen fuertes razones para que los responsables de la formulación de políticas sean:

- transparentes con respecto a la intención y acciones de una intervención; y que
- participen en discusiones con la ciudadanía, posiblemente a través de algún tipo de mecanismo deliberativo, con respecto a qué tipos de acción encuentran aceptables.

Avances recientes

En los últimos años, gobiernos de todo el mundo han comenzado a aplicar las ciencias del comportamiento de manera explícita y continua. Un informe de 2014 señaló que “51 países tienen iniciativas de política central dirigidas por el estado que se han visto influenciadas por este campo de estudio”.²³ En particular, varios gobiernos han creado equipos dedicados a las ciencias del comportamiento, entre estos el Reino Unido, EE. UU., Alemania, Australia, Canadá y Holanda. Además, tanto el Banco Mundial como la Comisión Europea han emprendido nuevas iniciativas importantes para aplicar los aprendizajes de las ciencias del comportamiento en políticas públicas.^{24, 25, 26} Muchos de los equipos involucrados también han hecho un compromiso explícito para evaluar sus iniciativas de manera rigurosa, por lo que es posible construir una base de evidencia cada vez más rica acerca de las formas de obtener el mayor beneficio.

A pesar de estos avances y del ímpetu que han creado, está claro que aún no se ha explotado todo el potencial de este enfoque, especialmente en el área de salud. El objetivo es integrar estas perspectivas en la formulación de políticas de salud y la prestación de atención médica. Para ayudar a esto, la siguiente sección describe un conjunto simple de principios, junto con ejemplos relevantes, para llevar las lecciones de las ciencias del comportamiento al terreno de la práctica.

SECCIÓN 3: LOS APRENDIZAJES DE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO PUEDEN MEJORAR LA SALUD Y LA ATENCIÓN MÉDICA

El “Equipo de las ciencias del comportamiento” (BIT, por su sigla en inglés) del Reino Unido se estableció en 2010 como la primera institución gubernamental del mundo dedicada a la aplicación de las ciencias del comportamiento a la política pública general. Una parte fundamental de su trabajo ha sido explicar los conceptos de las ciencias del comportamiento a los funcionarios públicos. A través de pruebas con responsables de la formulación de políticas en todo el mundo, el marco EAST, presentado a continuación, ha surgido como una forma de enfrentar este desafío.²⁷

El marco EAST afirma que es más probable que un comportamiento ocurra si se hace que este sea “Simple, Atractivo, Social y a Tiempo” (EAST). Cada una de estas categorías está respaldada por la evidencia obtenida a partir de las ciencias del comportamiento, algunas de las cuales se resumen a continuación. También ilustramos cada uno con ejemplos de todo el mundo donde se han aplicado estas ideas para mejorar la salud y la atención médica (aunque no hemos intentado lograr una cobertura integral de todos los temas de política de salud).

Los lectores que estén interesados en acceder a un área de política particular pueden consultar la tabla en el Apéndice.

Hazlo simple

La lección de que es menos probable que hagamos cosas que requieren un mayor esfuerzo puede parecer poco sorprendente. Sin embargo, las ciencias del comportamiento nos ayudan a entender cómo podemos lograr que un comportamiento saludable sea más fácil utilizando opciones predeterminadas, y reduciendo incluso las pequeñas barreras para lograrlo.

Hacer que la opción por defecto sea un comportamiento de salud deseado

Las ciencias del comportamiento han demostrado que las personas tienen una fuerte tendencia a evitar tomar decisiones activas siempre que sea posible.²⁸ Esta tendencia significa que las personas a menudo terminan con la opción por defecto, es decir, la opción proporcionada en caso de que una persona no elija por voluntad la opción contraria. La forma más efectiva de hacer que algo sea fácil es asegurarse que una persona no tenga que realizar nada para lograrlo. Por ejemplo, si la opción por defecto es recibir una vacuna contra la gripe, las tasas de vacunación serán más altas que si la opción por defecto fuera no recibirla.²⁹

Las configuraciones por defecto también ejercen una poderosa influencia en los proveedores de atención médica. Por ejemplo, los médicos deben decidir la cantidad de aire que se administra a los pulmones de los pacientes que reciben asistencia respiratoria, así como su frecuencia de aplicación. Los pulmones pueden lesionarse si se administra demasiado aire a una frecuencia muy alta. Un estudio famoso demostró que la mortalidad de los pacientes podría reducirse en un 25 por ciento si se cambia la configuración por defecto del ventilador para que administre

volúmenes más bajos de aire hacia sus pulmones.^{30,31} Una opción aún mejor es ofrecer valores por defecto personalizados diseñados para situaciones particulares, o usuarios de sistema.

Reducir o eliminar incluso las pequeñas barreras para el comportamiento

Las ciencias del comportamiento también demuestran que incluso las barreras muy pequeñas pueden tener un gran impacto en el comportamiento. Los costos aparentemente insignificantes (de cualquier tipo) pueden limitar la ocurrencia de un comportamiento. Un tipo de costo, por ejemplo, es la cantidad de esfuerzo requerido para realizar la acción. El siguiente estudio de caso hace referencia a cómo estos costos pueden afectar incluso decisiones muy importantes, como la disuasión de suicidios.

Introducción de pequeñas barreras para prevenir el suicidio

Contexto

La sobredosis por paracetamol es un método común de suicidio y de autolesiones no fatales en todo el mundo.³² El comportamiento suicida suele ser impulsivo, y las personas tienden a consumir drogas que ya están disponibles en sus hogares. Las personas también son más propensas a consumir más de 25 comprimidos (la cantidad asociada con una disfunción hepática aguda) cuando están en un paquete suelto en lugar de un blíster.³³

El proyecto

En 1998, el Reino Unido modificó las leyes de empaque de paracetamol para que la droga no pudiera venderse en recipientes grandes. Los paquetes se restringieron a envases tipo blíster con un máximo de 32 tabletas en farmacias y 16 tabletas en otras tiendas. Además, no se podían comprar múltiples paquetes en una misma tienda. El cambio en la legislación presentaba solo una pequeña barrera, porque las personas aún podían comprar paquetes en múltiples puntos de venta si así lo deseaban.

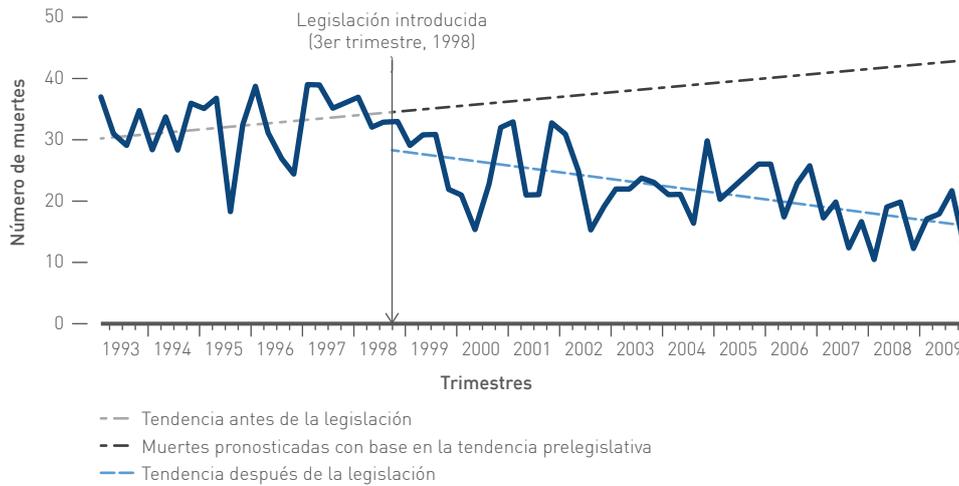
Resultados

Estas pequeñas barreras ("costos de fricción") llevaron a una reducción estimada del 43 por ciento en los suicidios en los 11 años posteriores a la legislación; es decir, 765 muertes menos, o 990 considerando envenenamientos accidentales (ver Figura 3). También hubo una reducción del 61 por ciento en los registros para trasplantes de hígado causados por envenenamiento por paracetamol.³⁴

Conclusión

Disminuir la facilidad de acceso a grandes cantidades de analgésicos puede ser una forma exitosa de disminuir las tasas de suicidio. La evidencia sugiere que las personas no encuentran otra ruta para el suicidio cuando enfrentan este tipo de costos, sino que interrumpen sus intentos por completo.³⁶

Figura 3: Reducción en mortalidad por sobredosis en el Reino Unido después de un cambio legislativo relacionado con el empaque de paracetamol



Adaptado de Hawton y otros (2013)³⁷

Bajo esta misma lógica, reducir los costos de fricción puede hacer más probable un comportamiento deseable (como tomar la medicina correcta en el momento adecuado). Por ejemplo, BIT está trabajando actualmente con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo para abordar la baja adherencia al tratamiento de la tuberculosis en Moldavia. La baja adherencia a los medicamentos ha contribuido a que Moldavia sea uno de los 27 países con la mayor incidencia de tuberculosis farmacorresistente. Uno de los principales problemas es que los regímenes de tratamiento actuales requieren que los pacientes tomen píldoras diariamente en presencia de un profesional médico para garantizar el cumplimiento, lo cual es costoso en términos de tiempo y dinero, tanto para el paciente como para el sistema de salud. Para reducir los costos de fricción de visitar un consultorio médico, el proceso se modificará para que el cumplimiento se verifique durante una sesión de Skype: el 36 por ciento de los pacientes de tuberculosis moldavos tenían experiencia utilizando Skype.⁴⁰

Otra forma de reducir los costos de fricción cambiando las opciones predeterminadas es sustituir un comportamiento dañino por uno que sea muy similar, pero que produzca menos daño, en lugar de pedirle a la gente que abandone el comportamiento dañino. Esto facilita el resultado más saludable al requerir poco o ningún cambio. Quizás el mayor potencial para la sustitución puede estar en la dieta. Por ejemplo, el consumo excesivo de sal es una causa importante de la presión arterial alta. Una intervención en Perú tiene como objetivo mantener los patrones de comportamiento (agregar sal a las comidas), pero reemplazar la sal con un sustituto bajo en sodio. El sustituto ha sido desarrollado de manera que las personas no detecten ningún cambio en el gusto. La sustitución de la sal ha demostrado ser una política eficaz y aceptable en otros países.⁴²

Estas lecciones acerca de los costos de fricción también son aplicables a los profesionales que prestan servicios. El propósito del proyecto Allillancho en Sudamérica es facilitar y estandarizar la evaluación que realizan los proveedores de atención primaria del bienestar emocional de cualquier persona que acuda a tratamiento. Los proveedores recibieron una tableta electrónica para completar un cuestionario simple de evaluación y para realizar una derivación. A las personas que fueron derivadas les fueron enviadas mensajes de texto motivacionales para recordarles que debían buscar atención médica mental. El sistema evaluó a 733 personas y ayudó a identificar a 165 personas con problemas de salud mental. De las personas identificadas, 143 se inscribieron en el estudio; 92 buscaban atención de salud mental; y 73 accedieron a la atención de salud mental.⁴³

Hazlo atractivo

El segundo principio es captar la atención hacia una idea o comportamiento que a menudo es difícil de llevar a cabo.⁴⁴

¿Por qué las personas pueden no notar información relacionada con la salud?

A medida que el mundo se vuelve cada vez más complejo, nos vemos expuestos a más información. Hace veinticinco años, se afirmó que una edición del New York Times contenía más información que lo que un inglés promedio del siglo XVII se habría visto expuesto en toda su vida.⁴⁵ Las ciencias del comportamiento han demostrado que solo poseemos una capacidad limitada para concentrarnos y procesar información.⁴⁶ Por lo tanto, hemos desarrollado estrategias para separar información importante, o relevante, del resto. Algunas de estas estrategias pueden ser muy efectivas. Un ejemplo común es la forma en que notamos que se pronuncia nuestro nombre, incluso si estamos concentrados en otra cosa y hay mucho ruido de fondo.⁴⁷

Sin embargo, estas estrategias también significan que la forma en que notamos y procesamos la información puede dañar nuestra salud. Por ejemplo, nuestra atención puede desviarse a artículos no saludables sin que nos demos cuenta. Se ha demostrado que las personas con sobrepeso se enfocan inconscientemente en palabras e imágenes relacionadas con la comida, y lo mismo ocurre con las personas dependientes del alcohol y del tabaco.^{48, 49} Como explicación alternativa, es posible que simplemente no notemos cosas que benefician nuestra salud, o la de los demás. Esto es lo que los psicólogos llaman "ceguera por falta de atención".⁵¹

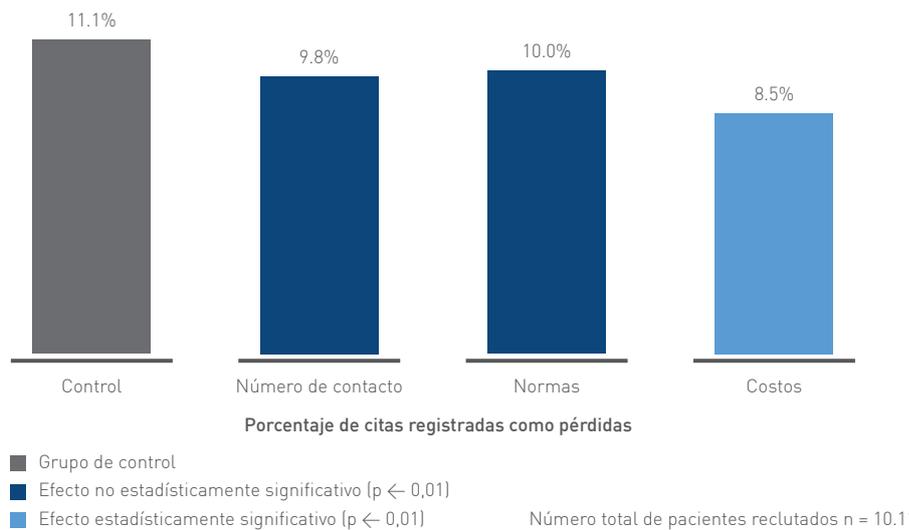
Estos problemas atencionales son particularmente graves cuando las personas presentan una gran "carga cognitiva", o en otras palabras, cuando tienen mucho en qué pensar. Esto es particularmente relevante, ya que una causa de carga cognitiva puede ser la preocupación por una condición médica.⁵² Otra causa generalizada de carga cognitiva es la pobreza. Para las personas en situación de pobreza la lucha por sobrevivir consume toda su atención, sin que se den cuenta, lo que a su vez puede conducir a comportamientos poco saludables.^{53, 54} Los médicos clínicos que trabajan en entornos de alta presión también experimentan distracciones y carga cognitiva, lo que aumenta la probabilidad de que cometan errores.⁵⁵

Sugerimos dos formas principales de abordar el desafío de captar la atención.

1. Encontrar mensajes relacionados con la salud que capten la atención de manera efectiva.

Primero, podemos identificar el contenido del mensaje que es más probable que capte la atención. Por ejemplo, un conjunto de estudios del Reino Unido ha demostrado que la mención de los costos del cuidado médico puede captar la atención. Un equipo de investigadores trató de abordar el problema de las citas hospitalarias perdidas, que constituyen una de cada 10 consultas ambulatorias en Inglaterra. Para esto, intentaron captar la atención introduciendo nuevos contenidos en los recordatorios de citas por mensaje de texto existentes. Descubrieron que el mensaje más efectivo destacaba el costo exacto de una cita perdida para el sistema de salud. Este mensaje redujo el ausentismo en un 25 por ciento y, lo que es más importante, la prueba también mostró que fue una redacción específica la que llamó la atención; de hecho, el mismo mensaje de costo presentado de manera general fue menos efectivo (ver Figura 4). Estos resultados han sido replicados en Australia, utilizando un mensaje similar. Este tipo de mensaje de costo también puede captar la atención de los profesionales de la salud. En otro estudio en el que médicos clínicos recibieron el costo de un examen de laboratorio discrecional, los niveles de órdenes médicas se redujeron en un 32 por ciento.⁵⁷ Evidentemente, otros mensajes también pueden captar la atención, y existen pruebas simples y baratas que pueden mostrar qué contenido funciona mejor en una situación dada.

Figura 4: Reducción de citas perdidas por el cambio de contenido del mensaje de recordatorio de citar



Fuente: Adapted from Hallsworth et al. (2015)⁵⁸

2. Captar la atención a través del diseño visual o espacial

Segundo, podemos captar la atención a través del diseño visual o espacial, como se destaca en el siguiente estudio de caso que busca reducir la cantidad de incidentes ferroviarios en Mumbai.

Disminución de incidentes ferroviarios en Mumbai mediante señales visuales

Contexto

Entre 2002 y 2012, 36.152 personas fallecieron o resultaron heridas en las vías del Suburban Railway de Mumbai: casi 10 por día.⁵⁹ La inversión de grandes sumas de dinero para aumentar la conciencia sobre los peligros que plantean las vías no mejoraron estas estadísticas.⁶⁰

El proyecto

Una posible explicación para estos accidentes es que a las personas les resulta difícil juzgar la velocidad de un tren aproximándose. Por lo tanto, el equipo intentó un enfoque alternativo: pintaron líneas de referencia en la pista para mejorar el criterio de velocidad de los peatones. Este es un método que se ha utilizado anteriormente para reducir los incidentes de tráfico. Las rayas en la carretera que se acercan dan a los conductores la impresión de que su velocidad está aumentando y los lleva a disminuir su velocidad.⁶¹

Resultados

Las líneas de referencia mostraron que las personas ponían más atención a los trenes que se movían rápidamente, lo cual llevó a una disminución del 75 por ciento de muertes por intrusión en el lugar de la prueba. Las pruebas de seguimiento mostraron una reducción de 30 a 70 por ciento en muertes por intrusión.⁶²

Conclusión

El diseño de comportamiento espacial puede proporcionar a las personas señales visuales importantes que pueden prevenir incidentes ferroviarios.

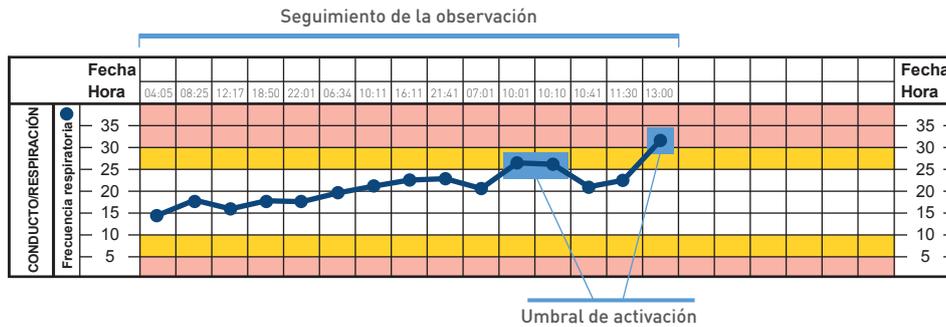
Las representaciones visuales claras también pueden captar la atención sobre la forma en que se transmiten las enfermedades. Por ejemplo, una técnica de prevención contra el Ébola mostraba a un hombre con las manos limpias dándole la mano a otro hombre con un polvo azul en sus manos, que representaba el virus del Ébola. Después del apretón de manos, el color azul aparecía en la palma del primer hombre, lo que implicaba el contacto físico con el virus. Sin lavarse las manos, el hombre cogía una barra de pan e inmediatamente el color aparecía sobre el pan. En comparación con la enseñanza tradicional, esta demostración aumentó el conocimiento de manera significativa, y mejoró las técnicas de higiene para prevenir la transmisión del Ébola.⁶³

También existen oportunidades para reducir las enfermedades no transmisibles. Por ejemplo, en 2014, la Junta de Promoción de la Salud de Singapur lanzó el "Símbolo de elección más saludable" (HCS, por su sigla en inglés), que es un identificador visual que destaca claramente los productos más saludables en los supermercados. El HCS fue diseñado para reducir la carga cognitiva requerida para leer las etiquetas de los alimentos. Como resultado, más consumidores están eligiendo productos HCS: se ha producido un crecimiento anual del 8 al 11 por ciento en categorías clave como el aceite, el pan y el arroz integral. También hay cada vez más fabricantes que reformulan sus productos para que sean más saludables, lo cual significa un crecimiento anual del 9 por ciento en productos HCS.⁶⁴

Los proveedores de atención médica también pueden beneficiarse de formas efectivas para atraer su atención hacia información importante. Por ejemplo, puede ser difícil notar y tratar un cambio en la condición de un paciente, si esta ocurre de forma gradual. La iniciativa

australiana “Between the Flags” aborda este problema incluyendo bandas de colores en los cuadros de observación donde se registran los signos vitales de un paciente (ver Figura 5). Estos colores ayudan a los profesionales de la salud a detectar fácilmente cuando los pacientes se están deteriorando. Las observaciones que se registran en la zona amarilla activan una revisión clínica del paciente. Las observaciones en la zona roja activan una respuesta rápida.⁶⁵ El programa en su conjunto está asociado con una reducción del 25 por ciento en los paros cardíacos inesperados, y es popular entre el personal.⁶⁶

Figura 5: Tabla de observación de la iniciativa “Between the Flags”.



Fuente: Clinical Excellence Commission (2016) ⁶⁷

Por supuesto, el diseño visual y espacial de nuestro entorno cotidiano a menudo es utilizado por compañías privadas y otros en formas que pueden ser dañinas para la salud. Un ejemplo de esto son las formas en que se pueden vender alimentos no saludables, como al final de los pasillos de las tiendas. Un estudio reciente mostró que colocar bebidas en las pantallas al final de los pasillos incrementa las ventas de bebidas tanto alcohólicas como no alcohólicas. Para el caso del alcohol, el aumento en el volumen de ventas fue similar a lo que hubiera ocurrido si el precio hubiera bajado entre 4-9 por ciento.⁶⁸ Claramente, existen muchas formas de abordar esta situación, desde regular el sector privado hasta colaborar con él para redirigir nuestra atención hacia opciones más saludables. Sin embargo, estas opciones solo serán exploradas si los responsables de la formulación de políticas comprenden cómo se capta nuestra atención.

Hazlo social

El tercer principio se refiere al aprovechamiento de la dimensión social del comportamiento. Los seres humanos somos una especie social y estamos muy influenciados por lo que observamos o inferimos que otros harían en la misma situación.⁶⁹ Estas normas sociales son a menudo considerablemente más poderosas que los mensajes acerca de riesgos o beneficios para la salud, los cuales han constituido tradicionalmente el enfoque de los esfuerzos para mejorar la salud.⁷⁰ Además, los comportamientos que se convierten en normas sociales pueden propagarse de manera rápida e impredecible a través de las redes sociales. A continuación se describen tres formas en las cuales nuestra naturaleza social puede ser aprovechada para influir en nuestros comportamientos de salud.

Visibilizar el comportamiento

Quizás la forma más básica en que se pueden usar las normas sociales sea permitiendo que las personas observen que otros están llevando a cabo un comportamiento dado, lo que hace que los comportamientos saludables sean más visibles y aparentemente más frecuentes y fáciles de copiar. Por ejemplo, una intervención en Kenia que instaló dispensadores de cloro automatizados simples en una fuente incrementó la cloración del agua en un 30 por ciento. Es importante destacar que la intervención permitió a la gente observar a sus compañeros utilizando el cloro al momento de recolectar agua. El cloro también fue sencillo de utilizar y oportuno, porque estaba disponible en el punto de abastecimiento.⁷¹

De manera similar, durante el brote del Ébola, el gobierno de Nigeria y otros desalentaron oficialmente el apretón de manos para reducir la propagación de la enfermedad. Pero un edicto de este tipo probablemente no tendría éxito sin la introducción de un comportamiento sustituto. Por este motivo, se introdujo el "apretón de manos del Ébola", donde cada persona ofrece un puño cerrado y un codo doblado, sin tocarse, o tocándose solamente con el codo.⁷³ El apretón de manos reconoce la necesidad de crear una nueva norma social y muestra un comportamiento altamente visible para cumplir este propósito.

Informar que otros están realizando el comportamiento

Otra forma efectiva de utilizar las normas sociales es simplemente decirle a la gente lo que otros hacen en la misma situación. Las personas pueden sobreestimar el grado en que sus compañeros se involucran en comportamientos poco saludables, o viceversa. Simplemente señalar que un comportamiento beneficioso prevalece más de lo esperado puede aumentar los niveles de tal comportamiento. Del mismo modo, informar a un individuo que pocas personas se comportan del mismo modo puede disuadirla de seguir haciéndolo. Esto puede funcionar tanto para poblaciones generales como para clínicas. El siguiente estudio de caso demuestra cómo esta técnica puede reducir la prescripción de antibióticos por parte de los médicos si es que a estos se les compara con sus compañeros.

Reducción en la prescripción de antibióticos por parte de los médicos mediante comparaciones entre pares⁷⁵

Contexto

La resistencia antimicrobiana (RAM) se produce cuando las bacterias se vuelven resistentes a los antibióticos. El resultado es que operaciones comunes o incidentes menores pueden llegar a ser fatales. Como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS): "Los logros de la medicina moderna corren riesgo debido a la resistencia a los antimicrobianos".⁷⁶ Una revisión reciente estimó que la RAM resultará en 10 millones de muertes y U\$100 billones en PIB anual no alcanzado para el año 2050.⁷⁷ Los efectos impactarán de manera desproporcionada sobre los países en desarrollo: 25 por ciento de las muertes en Nigeria podrían ser causadas por la RAM si no se modifican las tendencias.⁷⁸ (Para una descripción más extensa y posibles acciones, consultar el informe **WISH 2013 Antimicrobial Resistance: In Search of a Collaborative Solution.**⁷⁹).

(Continuación)

El proyecto

Una de las causas de la RAM es la aplicación excesiva de antibióticos en la medicina. Datos del Reino Unido muestran que algunos médicos recetan antibióticos con mucha más frecuencia que otros.⁸⁰ BIT trabajó con el Director Médico Jefe de Inglaterra para enviar una carta a los prescriptores de antibióticos más altos, informándoles que estaban recetando a una tasa más alta que el 80 por ciento de sus pares.

Resultados

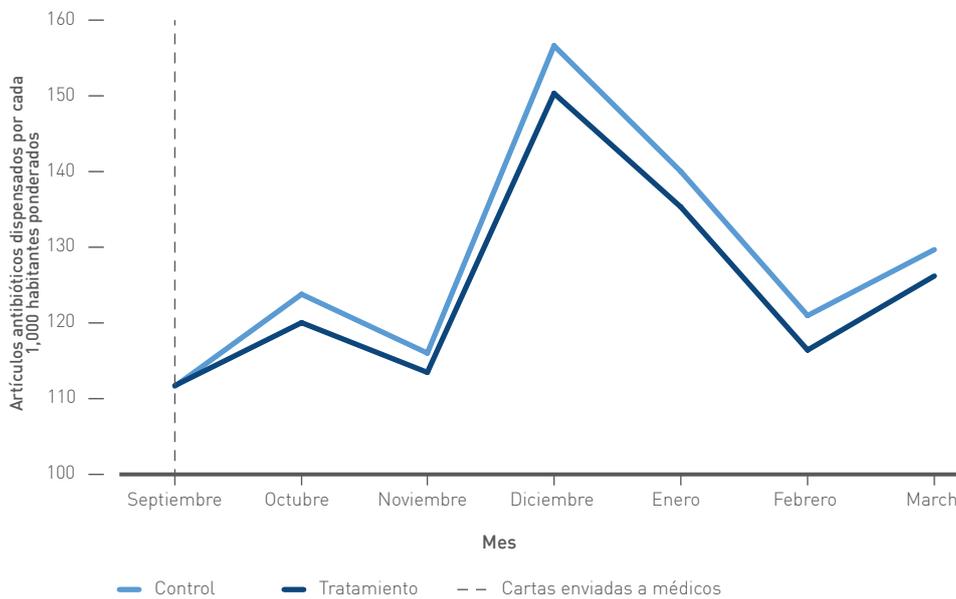
A lo largo de seis meses, los médicos que recibieron la carta redujeron su prescripción de antibióticos en un 3,3 por ciento en comparación con aquellos que no recibieron la carta (ver Figura 6). Esta reducción fue de 75.000 dosis menos en 800 prácticas médicas.

La intervención solo costó 4.000 libras esterlinas, pero logró un efecto similar al que se buscaba mediante un plan de incentivos que costaría 23 millones de libras esterlinas.

Conclusión

Dar una retroalimentación de la norma social puede reducir la prescripción de antibióticos. Este enfoque podría ser aplicado a otras áreas donde existen variaciones indeseables en la práctica clínica o en los resultados.”

Figura 6: Reducción en las tasas de prescripción de antibióticos después de la retroalimentación de la norma social a los médicos



Fuente: Adaptado de Hallsworth y otros (2016)⁸¹

Utilizar las redes sociales para difundir comportamientos

Las conexiones sociales pueden influir en la salud. Existe abundante evidencia de que los comportamientos se propagan a través de las redes sociales de manera rápida, y potencialmente inesperada. Un estudio en EE.UU. que analizó décadas de comportamientos de salud en las redes sociales descubrió que cuando el cónyuge de una persona deja de fumar, sus posibilidades de fumar a su vez disminuyen en un 67 por ciento. Los amigos que dejan de fumar disminuyen la probabilidad de que otro miembro de su grupo de amigos fume en un 36 por ciento, los compañeros de trabajo en un 34 por ciento, y los hermanos en un 25 por ciento.⁸² La obesidad parece estar vinculada de manera similar con las redes sociales.⁸³

Por lo tanto, las redes permiten la difusión de nuevas prácticas.⁸⁴ Un estudio famoso mostró que la adopción de una nueva receta de medicamentos se produjo más rápidamente entre los médicos más integrados a una red social médica.⁸⁵ Otro mostró que la tasa de adopción de métodos de planificación familiar en aldeas coreanas se determinó por la fuerza de sus conexiones con otras personas con conocimientos en planificación familiar, aborto y otros asuntos de salud.⁸⁶

Una pregunta obvia para cualquier persona que quiera fomentar la propagación de comportamientos en una red social es a quién dirigirse. Algunos estudios han sugerido que las intervenciones deben dirigirse a individuos que tengan muchas conexiones sociales, pero la evidencia para esta idea es controvertida.⁸⁷ Un estudio reciente en Honduras analizó cómo se podrían utilizar las conexiones sociales para aumentar la adopción de la coloración del agua y la ingesta de multivitamínicos. Las aldeas fueron asignadas aleatoriamente a uno de tres enfoques diferentes: o bien la intervención se introdujo primero a los aldeanos con la mayor cantidad de vínculos sociales; a aldeanos seleccionados aleatoriamente; o a amigos nominados por aldeanos seleccionados aleatoriamente. Este último enfoque se inspiró en la "paradoja de la amistad", que los investigadores explican como: "En promedio, los amigos de individuos seleccionados aleatoriamente son más importantes en la red [social] que los individuos que los nombraron; o dicho de manera coloquial: "tus amigos tienen más amigos que tú".⁸⁸

El estudio descubrió que el tercer enfoque, que se dirigía a amigos nominados por aldeanos seleccionados aleatoriamente, condujo a una mayor aceptación general de la intervención de multivitamínicos. En contraste, dirigirse a los aldeanos con muchas conexiones no fue más efectivo que el enfoque en el que los aldeanos fueron seleccionados aleatoriamente. La adopción del enfoque de "amigos de personas seleccionadas aleatoriamente" tiene un valor práctico real porque es barato, y se puede cambiar en tamaño y escala (por ejemplo, no es necesario mapear redes sociales completas).

Los estudios de redes muestran una gran influencia entre pares que existe de manera independiente de las autoridades. Por lo tanto, la estrategia más efectiva sería aprovechar las redes informales entre pares y permitir que las propias personas difundan los cambios. La lección general para los líderes de los sistemas de salud es tratar de entender cómo funcionan las redes sociales y luego experimentar con diferentes formas de introducir nuevos comportamientos en estas.

Hazlo a Tiempo

Si bien existe una variedad de intervenciones y políticas que pueden ayudar a las personas a adoptar decisiones más saludables, también es importante considerar cuándo se introducen las intervenciones, ya que las personas son más receptivas a los cambios en ciertos momentos de su vida.⁸⁹

Impulsar cambios cuando las personas son más receptivas

Las personas son más receptivas a los cambios en momentos que les parecen importantes. Estos momentos pueden ser provocados por eventos externos que alteran los patrones de comportamiento existentes, o por la deliberación interna de una persona acerca de su situación actual.^{90, 91} Existen también otros momentos que pueden ofrecer puntos de intervención efectivos, como las vacaciones religiosas o culturales, el inicio del año, mes o semana, y eventos positivos o negativos en la vida (por ejemplo, convertirse en padre, perder a un pariente cercano o mudarse de casa).⁹² El siguiente estudio de caso destaca un ejemplo de cómo se aprovechan los días festivos religiosos para aumentar la detección de diabetes en Qatar. De manera similar, en Singapur se encontró que el Ramadán fue un momento particularmente oportuno para pedirle a los musulmanes que se unieran a un programa para dejar de fumar: durante Ramadán 18 veces más musulmanes malayos se unieron al programa (3.342), en comparación con todos los otros meses del año (2.010).⁹³

Aumento de detección de pre-diabetes en Qatar ⁹⁴

Contexto

Qatar tiene una prevalencia estimada de diabetes tipo 2 dentro del 13 por ciento de su población adulta (17 por ciento de la población de Qatar). Alrededor de un tercio de las personas con diabetes no han sido diagnosticadas y desconocen su enfermedad. Por cada persona que ha desarrollado diabetes tipo 2, al menos el mismo número tiene pre-diabetes y, sin cambios en el estilo de vida, es probable que estos continúen desarrollando la patología.

Existen dos formas principales de diagnosticar la diabetes o la pre-diabetes. El análisis de glucemia capilar (CBG, por su sigla en inglés) en lugares de atención es más barato y efectivo para identificar diabetes precoz o pre-diabetes que la hemoglobina A1c alternativa. Sin embargo, CBG requiere que los participantes ayunen durante cierto tiempo para arrojar resultados precisos, y esto es difícil de organizar dentro de una comunidad extensa.

El proyecto

Un equipo de Hamad Medical Corporation (el principal proveedor para hospitales en Qatar) y la "ONG Action on Diabetes" identificaron un momento oportuno para utilizar CBG. Durante el Ramadán de 2014, el equipo instaló 20 estaciones de detección en la Gran Mezquita Estatal de Qatar, cada una con dos enfermeras. Los musulmanes adultos ayunan durante las horas de luz solar y las oraciones diarias para el Ramadán. Los adoradores en la plegaria de Juma'a, que habían estado ayunando desde el amanecer (más de nueve horas), fueron invitados a las pruebas de CBG. Los imanes, como líderes de la comunidad religiosa, participaron animando a los fieles a aprovechar la oportunidad para realizarse pruebas.

(Continuación)

Resultados

Durante el piloto de Ramadán se examinaron 2.177 personas. De los examinados, el 11,7 por ciento ya sabía que tenía diabetes por un diagnóstico previo. Sin embargo, se encontró que el 5,3 por ciento tenía diabetes no diagnosticada, y el 26,6 por ciento fue identificado como prediabético. Por lo tanto, casi un tercio de los evaluados no sabían que tenían diabetes o que eran propensos a desarrollar la enfermedad. Estas personas fueron derivadas a programas de educación dietética y de estilo de vida para prevenir, o revertir la progresión de la enfermedad. El éxito del programa de detección hizo que se repitiera en 2015, con resultados similares.

Conclusión

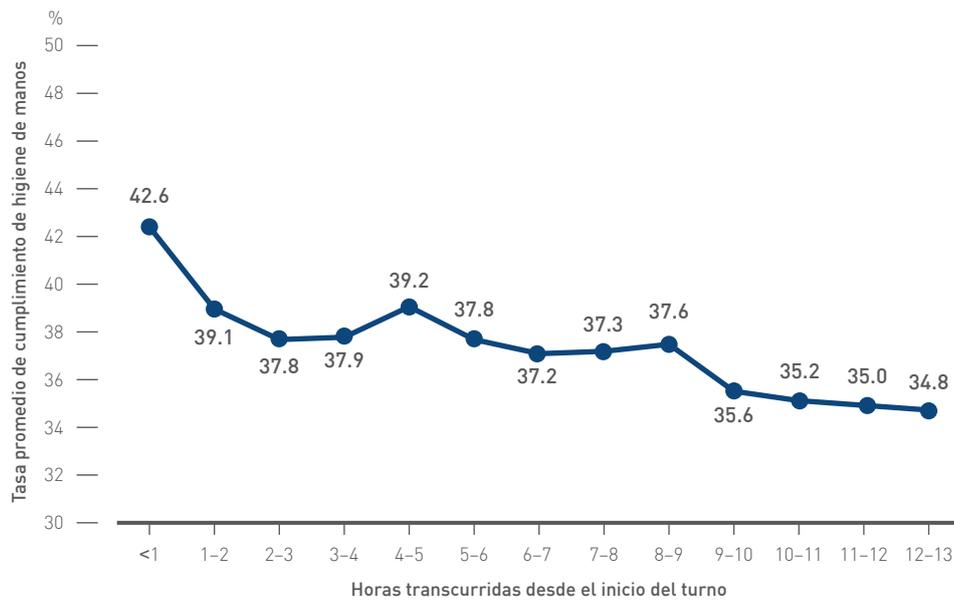
Los patrones de comportamiento particulares del ayuno y la oración durante el mes sagrado del Ramadán brindan un momento oportuno en las comunidades islámicas para detectar la diabetes o la pre-diabetes. Este enfoque se refuerza cuando lo respaldan líderes religiosos, quienes actúan como mensajeros importantes dentro de la comunidad.

Los eventos relacionados con la salud también pueden actuar como momentos para el cambio. Un estudio a gran escala realizado en EE.UU. sugiere que someterse a una cirugía mayor duplica la probabilidad de dejar de fumar. Esto es particularmente cierto para cirugías relacionadas con fumar, como el tratamiento del cáncer y enfermedades cardíacas.⁹⁵ Incluso las operaciones menores aumentaron las tasas de abandono del hábito de fumar en un 28 por ciento y, debido a su alta incidencia, presentan un gran impacto en las tasas de abandono de la población.⁹⁶ La sincronización de una intervención en torno a una cirugía puede aumentar este efecto. Las personas que recibieron una consulta preoperatoria breve por parte de una enfermera (que incluía folletos para dejar de fumar, derivación a una línea de ayuda para dejar de fumar, y acceso a seis semanas de reemplazo de nicotina), tenían 2,7 veces más probabilidad de lograr un abandono a largo plazo que las personas que recibieron el tratamiento habitual.⁹⁷

La sincronización también es crucial al momento de considerar el comportamiento de los profesionales de la salud. El cumplimiento de la higiene de las manos por parte de los profesionales se deteriora en el transcurso de un turno, con pequeños picos de cumplimiento directamente después de los descansos (ver Figura 7).⁹⁸ Este hecho enfatiza que el autocontrol puede ser un recurso limitado, y que las intervenciones deben programarse para contrarrestar la "fatiga de decisión" que puede desarrollarse durante un turno exigente. De hecho, existen varias intervenciones de higiene de manos con información acerca del comportamiento que podría llevarse a cabo para lograr este cometido. Por ejemplo, muchos utilizan mensajes para promover la higiene de las manos, pero otros son más creativos y utilizan ideas como crear olores "limpios" como desencadenantes.^{99, 100, 101}

Necesitamos entender qué tiempos seleccionar para obtener el máximo impacto, ya que a menudo no es posible o efectivo llevar a cabo una campaña o entregar un mensaje de manera sostenida en el tiempo.

Figura 7: Cumplimiento de las reglas de higiene de las manos en el transcurso de un turno



Fuente: Adaptado de Dai y otros (2015)¹⁰²

SECCIÓN 4: EVALUAR LAS INTERVENCIONES BRINDA VENTAJAS IMPORTANTES

Las secciones anteriores exploraron formas potenciales de mejorar la salud y la atención médica. Sin embargo, para aplicar estos conocimientos en la práctica es necesario considerar: la importancia de evaluar las intervenciones; la medida en que los hallazgos del estudio pueden aplicarse a diferentes grupos; y la sostenibilidad de las mejoras.

La importancia de las evaluaciones

Dado que el comportamiento es complejo, el contexto es poderoso y los detalles son importantes, no podemos estar seguros de cuál es precisamente la mejor manera de implementar las intervenciones. Si bien contamos con directrices generales para guiarnos (como el marco EAST), no podemos estar seguros de cómo funcionarán estos principios en la práctica. Por lo tanto, es importante que los responsables de la formulación de políticas incorporen evaluaciones simples para determinar el efecto de las intervenciones conductuales en los servicios y resultados de atención médica. Estas evaluaciones son usualmente baratas y pueden ofrecer resultados con rapidez, especialmente si se utilizan datos recopilados de manera rutinaria. Por ejemplo, cuando se envían recordatorios de citas y se realiza un registro de los pacientes que sí asisten, los mensajes de recordatorio pueden variarse para determinar cuáles de estos son los más efectivos.

El primer paso para llevar a cabo una evaluación como esta es establecer una medida de resultado clara, como la proporción de citas de atención médica perdidas. Sin embargo, existen varias formas de entender cómo una intervención afecta la medida de resultados. Un enfoque obvio es medir el resultado antes y después, pero esto puede ser poco confiable porque pueden haber ocurrido otras cosas que afectaron el resultado. Por ejemplo, la temporada puede haber cambiado a invierno entre el inicio y el final de la intervención, lo que dificulta el viaje a los centros médicos.

Otra forma podría ser comparar un grupo de pacientes que recibieron cierto mensaje con un grupo que recibió otro diferente. Esto puede proporcionar resultados confiables si los grupos son seleccionados de manera cuidadosa. Sin embargo, los dos grupos pueden diferir en formas desconocidas que afectan el éxito de la intervención. Por ejemplo, tal vez uno de los grupos de pacientes presenta más enfermos que el otro.

En general, la forma más confiable de determinar el efecto de una intervención es asignar aleatoriamente a las personas o grupos para que participen en la iniciativa. Seleccionar aleatoriamente significa que, en promedio, los dos grupos serán iguales entre sí; es decir, las personas poseerán las mismas características: altura, peso, riqueza, etc. Es importante garantizar que los grupos sean equiparables en promedio, porque esto implica que cualquier cambio en la medida de resultados ha de deberse a la intervención, y no a otros factores.

Los "ensayos controlados aleatorios" son conocidos por ser el "estándar de excelencia"

para generar evidencia rigurosa, pero también por ser costosos, lentos y complejos. Pero no necesitan serlo. Existen muchas oportunidades para realizar evaluaciones rápidas y de bajo costo para descubrir la mejor manera de proporcionar atención médica.

Existe otra razón por la que las evaluaciones de las intervenciones son importantes. Si bien la aplicación de los aprendizajes de las ciencias del comportamiento debe considerarse como una mejora de la formulación de políticas generales, aún hoy puede considerarse como una actividad separada, extraña y compleja. Las intervenciones para el cambio de comportamiento todavía pueden ser recibidas con escepticismo en lo que respecta a su propósito. Estas preocupaciones se están abordando mediante el compromiso de aplicar y evaluar los resultados de manera confiable. Compartir los resultados, incluso cuando no se haya observado mejoría, también aumenta la credibilidad.¹⁰⁵ La evidencia de su impacto ha cambiado las actitudes y ha aumentado la demanda por aplicar las ciencias del comportamiento.¹⁰⁶

Cómo se pueden utilizar los hallazgos de las lecciones de las ciencias del comportamiento a través de diferentes grupos

Es importante comprender cómo se pueden aplicar los hallazgos de las ciencias del comportamiento en diferentes contextos. En otras palabras: ¿hasta qué punto los resultados que se han encontrado en un lugar pueden ser también encontrados en otro lugar? Existen dos preocupaciones principales con respecto a la generalización de hallazgos:

- Si los conceptos de comportamiento mencionados (por ejemplo, el poder de las normas sociales) son válidos en distintas culturas y contextos; y
- La variabilidad en la implementación.

Una crítica influyente resalta que muchos de los estudios en las ciencias del comportamiento se han realizado con personas de poblaciones occidentales, educadas, industrializadas, ricas y democráticas. El argumento es que los hallazgos de estos estudios pueden no traducirse bien a diferentes culturas o contextos, otros países occidentales, o incluso a diferentes poblaciones dentro de la misma sociedad.¹⁰⁸

Existe cierta evidencia de variabilidad con respecto al grado en que ocurren ciertos sesgos en distintas sociedades. Quizás algunas de las pruebas más contundentes se refieran al sesgo en los autoconceptos individualista versus colectivista. Esto es cuando las personas de culturas occidentales tienden a verse más como actores individuales y autónomos, mientras que las personas de culturas orientales tienden a verse más conectadas con los demás y con la situación. Estas diferencias pueden afectar la forma en que algunos de los estudios de casos anteriores podrían funcionar dentro de un contexto específico. Por ejemplo, una revisión amplia sugiere que los efectos de las normas sociales pueden ser mayores en las sociedades no occidentales.¹¹¹ Sin embargo, los humanos también comparten una cantidad sustancial de aspectos básicos de la cognición, la motivación y, por lo tanto, el comportamiento.¹¹² Por ejemplo, se ha encontrado que diferentes culturas tienen expresiones emocionales y características de personalidad similares, y que son igualmente deshonestas.¹¹⁵

La cuestión de la generalización es compleja y la evidencia aún no es clara. Nosotros podemos ofrecer dos respuestas principales. Primero, y como muestra este informe, existe evidencia de que las intervenciones que se basan en los conceptos de las ciencias del comportamiento pueden ser efectivas en países de todo el mundo. Segundo, estas preguntas solo aumentan la importancia de evaluar las intervenciones para medir su impacto.

No obstante, este énfasis en poner a prueba y adaptar conduce a la segunda preocupación: que los resultados pueden verse afectados por variaciones en el contexto y la implementación.¹¹⁶ Esta preocupación no es específica a las intervenciones basadas en las ciencias del comportamiento, pero vale la pena señalarla debido al efecto que tiene el contexto sobre el comportamiento. Por ejemplo, existe evidencia de que hacer que el examen de detección del VIH sea la opción predeterminada aumenta considerablemente las tasas de examinación, debido a que las personas tienen que optar activamente por no participar en ella. Sin embargo, algunos servicios de salud en algunos países tuvieron tasas de aceptación del examen más bajas debido a deficiencias en el liderazgo, la infraestructura, los incentivos y la admisibilidad de los exámenes.¹¹⁷ Además, en algunos casos, el aumento de las tasas de exámenes no aumentó las tasas de detección. Esto significa que, en algunos países, la opción predeterminada era únicamente aumentar los exámenes entre las personas que en realidad no eran portadoras de VIH. Los resultados muestran que, en algunos casos, cambiar la opción predeterminada podría aumentar los costos sin mejorar los resultados. En otras palabras, existe mucha evidencia de que los detalles de la implementación son importantes.

Sostenibilidad de las intervenciones basadas en las ciencias del comportamiento

Otra evaluación de intervenciones basadas en las ciencias del comportamiento sugiere que estas solo se concentran en cambios conductuales puntuales o a corto plazo. Es cierto que muchos estudios solo evalúan los resultados a corto plazo, y que algunas intervenciones para perder peso a largo plazo¹¹⁹ o dejar de fumar no lograron generar un impacto duradero.

Sin embargo, los resultados a largo plazo son particularmente sensibles a la forma en que una intervención es implementada.¹²¹ Existen formas bien conocidas para aumentar la probabilidad de que un comportamiento se mantenga en el tiempo:

- **Implementar la intervención para que el comportamiento objetivo siga siendo el predeterminado, se convierta en norma general o se convierta en hábito.** Por ejemplo, pagar a las personas para que asistieran al gimnasio una vez no tuvo efectos duraderos en el comportamiento, mientras que pagar a las personas para que asistieran al menos ocho veces en un mes llevó a un aumento sostenido en el aprovechamiento del gimnasio, incluso luego de eliminar el incentivo.¹²²
- **Llevar a cabo la intervención en un momento en el cual el comportamiento objetivo esté próximo a realizarse.** Por ejemplo, recordar a los conductores que utilizaran los cinturones de seguridad inmediatamente antes de conducir incrementó su utilización, mientras que recordarle a los conductores con cinco minutos de anticipación no lo hizo.¹²³ Por lo tanto, es probable que la implementación de una alarma que suena cuando se conduce sin cinturón de seguridad tenga un impacto mayor que una campaña de cinturón de seguridad.
- **Implementar recordatorios.** Los recordatorios reiterados para exámenes dentales no disminuyeron su impacto en el comportamiento.¹²⁴ Sin embargo, puede ser importante evitar que estos recordatorios sean demasiado frecuentes. Por ejemplo, los textos semanales que recordaban a las personas que tomaran sus medicamentos contra el VIH aumentaban la adherencia médica, mientras que los mensajes de texto diarios solían ser ignorados y no tenían un efecto sobre el comportamiento.¹²⁵

CONCLUSIÓN: INTEGRACIÓN DE LOS APRENDIZAJES DE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

Este informe justifica la utilización de las lecciones de las ciencias del comportamiento para mejorar la salud y la atención médica en todo el mundo. Proporcionamos estudios de casos en los que este enfoque ya se ha puesto en marcha con éxito, y ofrecemos consejos prácticos acerca de cómo aplicar las lecciones de las ciencias del comportamiento. Existen muchas oportunidades para mejorar la salud y la atención médica mediante la utilización de herramientas simples para realizar cambios prácticos.

Muchos organismos del sector público en todo el mundo ya han creado equipos específicos o unidades dedicadas a la utilización de lecciones de las ciencias del comportamiento. Esto ha dado lugar a la creación de un conjunto básico de expertos que pueden ser movilizados de forma rápida y con resultados confiables. Sin embargo, existen varios factores que influyen en el fracaso o éxito prospectivo del equipo. La experiencia del Equipo de lecciones de las ciencias del comportamiento (BIT) del Reino Unido sugiere que su éxito se basó en los siguientes factores:

APPLES: Generar un equipo de lecciones de ciencias del comportamiento¹²⁶

Factor	Descripción
Apoyo administrativo	Contar con el apoyo de altos funcionarios de una administración pública envía una señal valiosa de que las ciencias del comportamiento son una función central del gobierno.
Apoyo político	Contar con apoyo político público para el proyecto puede ser muy importante. Incluso si esto no es posible, el equipo debe saber cómo presentar su trabajo para que esté alineado con las principales prioridades políticas y con la opinión pública.
Personas	La conformación del equipo requiere la combinación correcta de habilidades, experiencia y perspectivas. Naturalmente, un requisito es el conocimiento acerca de las lecciones de las ciencias del comportamiento (ver más abajo). No obstante, es igualmente importante contar con miembros del equipo que tengan experiencia trabajando en el gobierno y que comprendan cómo "hacer las cosas".
Ubicación	En muchos gobiernos, existe un conjunto de lugares donde a menudo se toman decisiones administrativas y de política. Estar físicamente cerca de estos lugares significa que los miembros del equipo pueden aprovechar las oportunidades y los encuentros fortuitos, lo que puede conducir a grandes avances.
Experimentación	Aplicar y evaluar nuevos enfoques no es solo una buena práctica desde una perspectiva científica. Como hemos señalado anteriormente, se puede también ganar el favor de los escépticos si es que se les proporciona evidencia sólida de que un nuevo enfoque funciona, y en qué medida.
Academia	Un equipo de esta naturaleza debe ser experto en las últimas teorías y descubrimientos de las ciencias del comportamiento. Robustecer esta pericia mediante la creación de un grupo consultivo de académicos puede proporcionar una perspectiva externa acerca de su trabajo. Poseer solo un conocimiento superficial puede conducir a intervenciones mal construidas y contraproducentes. A la vez, el enfoque del equipo debe ser lograr cambios en el mundo real, no resolver problemas académicos.

Sin embargo, los aprendizajes de las ciencias del comportamiento no deben ser aplicadas solo por un equipo dedicado; estas ofrecen lecciones más amplias para el gobierno. Aquellos que están formulando políticas de salud deben considerar cómo sus acciones se ven influenciadas por los factores destacados en este informe. Alentamos a los responsables de la formulación de políticas a investigar nuevas formas de aplicar el marco EAST a la formulación de políticas de salud.

Si bien estas ideas pueden requerir un mayor esfuerzo y auto-reflexión, su adopción será esencial para maximizar los beneficios de los recursos limitados que se pueden gastar en salud y atención médica. Esperamos que este informe ayude a los tomadores de decisiones a ver la salud y la atención médica de manera diferente, les brinde nuevas ideas y les facilite actuar con base en ellas.

APÉNDICE: CASOS DE ESTUDIO

Dominio	Área de política	Ejemplo	Página
Salud pública y prevención	Dieta mejorada	Sustituir la sal con una alternativa baja en sodio reduce la ingesta de sodio	15
		Reducir el tamaño de artículos predeterminados como platos y vajillas, reduce la cantidad de comida consumida	10
		Colocar alimentos saludables, en vez de alimentos poco saludables, en lugares prominentes de las tiendas de alimentos (especialmente al final de los pasillos, aumenta las opciones saludables)	19
		La introducción de un símbolo para indicar la elección de alimentos más saludables aumenta las compras de productos que muestran este símbolo	18
		Utilizar las redes sociales existentes dentro de una comunidad puede ayudar a la implementación de intervenciones que mejoran la ingesta de multivitamínicos en toda la comunidad	22
Prevención del suicidio	La introducción de una nueva ley de empaque de analgésicos para dificultar la compra de grandes cantidades reduce los suicidios por sobredosis	14	
Prevención de accidentes	Poner líneas de referencia en las vías del tren para atraer la atención de los peatones hacia los trenes que se desplazan rápido reduce las muertes	18	
Cese de fumar	Las personas tienen más probabilidades de dejar de fumar cuando deben someterse a cirugía, especialmente si reciben una intervención durante este momento	24	
Reducción de la transmisión de enfermedades transmisibles		La utilización de un sustituto, como el altamente visible "apretón de manos del Ébola", establece normas sociales más seguras para saludar	20
		Dirigir las iniciativas de higiene de las manos a los profesionales al final de los turnos aumenta su cumplimiento	24

Dominio	Área de política	Ejemplo	Página
Utilización y entrega de atención médica	Mayor involucramiento con la atención médica	Crear nuevos mensajes recordatorios que atraigan la atención reduce las citas perdidas	17
		Sincronizar la oferta para que coincida con el ayuno de Ramadán aumenta la aceptación de la prueba de diabetes	23
	Adherencia al medicamento	La utilización de llamadas de Skype para verificar la adherencia a la medicina para la tuberculosis, en lugar de solicitar a los pacientes visitas personales a médicos, mejora la adherencia al medicamento	15
Seguridad del paciente		La utilización de tablas de observación paciente codificadas por colores señala claramente cuándo el estado de un paciente se está deteriorando	19
		Reducir la cantidad predeterminada de aire administrado a los pulmones de los pacientes en unidades de cuidados intensivos reduce las tasas de mortalidad	13
	Prevención de la resistencia antimicrobiana	Informar a los médicos cuando prescriben antibióticos a una tasa mayor que la de sus colegas reduce la prescripción innecesaria de antibióticos	20

AGRADECIMIENTOS

El consejo asesor del Foro para el informe fue presidido por el Dr. David Halpern, Director Ejecutivo del Equipo de Behavioral Insights. Applying Behavioral Insights fue escrito por el Dr. David Halpern en colaboración con Michael Hallsworth, Veerle Sniijders y Hannah Burd de The Behavioral Insights Team y Jessica Prestt, Gaby Judah y Sarah Huf del Imperial College, Londres.

Quisiéramos expresar nuestro sincero agradecimiento a todos los miembros del consejo asesor que contribuyeron a este informe:

Zachary Brown | Asiya Investments, EAU

Clare Chandler | London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido

Dominic King | Google DeepMind e Imperial College London, Reino Unido

Kenneth Leonard | Universidad de Maryland, EE.UU.

Theresa Marteau | Universidad de Cambridge, Reino Unido

John Monson | Facultad de Medicina de la Universidad de Rochester, EE.UU.

Ben Ngoye | African Institute for Healthcare Management, Kenia

Ram Prasad | FinalMile Consulting, India

Judith (Jodi) Prochaska | Centro de Investigación de Prevención de Stanford, EE.UU.

Jerril Rechter | Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth), Australia

Lawrence Tallon | en nombre de la Excma. Dr Hanan Al Kuwari, Hamad Medical Corporation, Qatar

Zee Yoong Kang | Singapore Health Promotion Board, Singapur

Las entrevistas que nutrieron este informe fueron conducidas por Hannah Burd y Veerle Sniijders, bajo la dirección de Michael Hallsworth. El presidente y los autores agradecen a todos los que contribuyeron, incluidos Jaime Miranda y Francisco Díez Canseco.

Cualquier error u omisión es responsabilidad de los autores.

Equipo del Foro WISH

Director del Foro: Jessica Prestt

Jefe de Desarrollo de Foro: Hannah Patel

Compañeros del Foro de Behavioral Insights: Gaby Judah and Sarah Huf

REFERENCES

01. Ruel MT, Alderman H, Maternal and Child Nutrition Study Group. Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet*, 2013; 382(9891): 536–51.
02. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008; Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
03. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health affairs*, 2002; 21(2): 78–93.
04. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, Delwiche K. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 2015; 386(10010): 2287–323.
05. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Hamandi A, Mowafi M, O’Farrell D. The global economic burden of non-communicable diseases (No. 8712). Program on the Global Demography of Aging. Geneva: World Economic Forum, 2011.
06. Jones G, Steketee RW, Blac RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*, 2003; 362(9377): 65–71.
07. Datta S, Mullainathan S. Behavioral design: A new approach to development policy. *Review of Income and Wealth*, 2014; 60(1): 7–35.
08. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, Delwiche K. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 2015; 386(10010): 2287–323.
09. Leape LL. Error in medicine. *JAMA*, 1994; 272(23): 1851–7.
10. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Archives of Internal Medicine*, 2005; 165(13): 1493–9.
11. Darzi A, Beales S, Hallsworth M, King D, Macdonnell M. The five bad habits of healthcare: How new thinking about behaviour could reduce healthcare spending. Report to the World Economic Forum. 2012; Available at: www3.weforum.org/docs/WEF_HE_FiveBadHabitsHealthcare_IndustryAgenda_2012.pdf

12. Cooper JC, Kovacic WE. Behavioral economics: Implications for regulatory behavior. *Journal of Regulatory Economics*, 2012; 41(1): 41–58.
13. Backhouse R. *The Penguin history of economics*. London: Penguin, 2002.
14. Weimer DL, Vining A. *Policy analysis: Concepts and practice*. Oxford: Routledge, 2015.
15. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011.
16. Dolan P, Hallsworth M, Halpern D, King D, Metcalfe R, Vlaev I. Influencing behaviour: The mindspace way. *Journal of Economic Psychology*, 2012; 33(1): 264–77.
17. Bargh JA, Chartrand TL. The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 1999; 54(7): 462–79.
18. Hollands GJ, Shemilt I, Marteau TM, Jebb SA, Lewis HB, Wei Y, Ogilvie D. Portion, package or tableware size for changing selection and consumption of food, alcohol and tobacco. London: Cochrane Database of Systematic Review, 2015; Available at: www.cochrane.org/CD011045/PUBHLTH_portion-package-or-tableware-size-changing-selection-and-consumption-food-alcohol-and-tobacco
19. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. London: Penguin Books, 2009.
20. Institute for Government and Cabinet Office. *Mindspace: Influencing behaviour through public policy*. London: Institute for Government, 2010.
21. Halpern D. *Inside the Nudge Unit*. London: WH Allen, 2015.
22. Hansen PG, Jespersen AM. Nudge and the manipulation of choice: A framework for the responsible use of the nudge approach to behaviour change in public policy. *European Journal of Risk Regulation*, 2013; 3.
23. Whitehead M, Jones R, Howell R, Lilley R, Pykett J. *Nudging all over the world: Assessing the global impact of the behavioural sciences on public policy*. Swindon: Economic and Social Research Council, 2014.
24. World Bank. Global Insights Initiative. Available at: www.worldbank.org/en/programs/gini
25. European Commission Behavioural Research. Available at: http://ec.europa.eu/consumers/consumer_evidence/behavioural_research/index_en.htm
26. European Commission Joint Research Centre. Behavioural Insights. Available at: <https://ec.europa.eu/jrc/en/research/crosscutting-activities/behavioural-insights>
27. Behavioural Insights Team. EAST: Four simple ways of applying behavioural insights. 2014; Available at: www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/
28. Anderson CJ. The psychology of doing nothing: Forms of decision avoidance result from reason and emotion. *Psychological Bulletin*, 2003; 129(1): 139–67.
29. Chapman GB, Li M, Colby H, Yoon H. Opting in vs opting out of influenza vaccination. *JAMA*, 2010; 304(1): 43–4.
30. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2000; 342: 1301–8.
31. Bourdeaux CP, Davies KJ, Thomas MJC, Bewley JS, Gould TH. Using ‘nudge’ principles for order set design: A before and after evaluation of an electronic prescribing template in critical care. *BMJ Quality & Safety*, 2014; 23(5): 382–8.

32. Gunnell D, Murray V, Hawton K. Use of paracetamol (acetaminophen) for suicide and nonfatal poisoning: Worldwide patterns of use and misuse. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000; 30(4): 313–26.
33. Hawton K, Ware C, Mistry H, Hewitt J, Kingsbury S, Roberts D, Weitzel H. Paracetamol self-poisoning: Characteristics, prevention and harm reduction. *The British Journal of Psychiatry*, 1996; 168(1): 43–8.
34. Hawton K, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W, Kapur N. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: Interrupted time series analyses. *BMJ*, 2013; 346: f403. Available at: www.bmj.com/content/346/bmj.f403
35. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *The Lancet*, 2012; 379(9834): 2393–9.
36. Clarke RV, Mayhew P. The British Gas suicide story and its criminological implications. In Tonry M, Morris N (eds.). *Crime and Justice*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
37. Hawton K, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W, Kapur N. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: Interrupted time series analyses. *BMJ*, 2013; 346: f403. Available at: www.bmj.com/content/346/bmj.f403
38. Oprunenco A, Severing L. Fighting TB in Moldova: Moving beyond the nudge. 2015; Available at: <http://europeandcis.undp.org/blog/2015/06/02/fighting-tb-in-moldova-moving-beyond-the-nudge/>
39. World Health Organization. Tuberculosis Work Summary. 2014; Available at: www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/country-work/republic-of-moldova
40. Oprunenco A. A nudge in the right direction: Fighting tuberculosis in Moldova. 2014; Available at: <http://europeandcis.undp.org/blog/2014/04/02/nudge-right-direction-fighting-tuberculosis-moldova/>

41. Miranda J, Bernabé-Ortiz A, Canseco FD, Cárdenas MK, Ponce-Lucero V, Gilman RH, Sacksteder KA. Launch of a salt substitute to reduce blood pressure within the Peruvian population. 2016; Available at: <http://en.cronicas-upch.pe/lanzamiento-de-un-sustituto-de-la-sal-para-reducir-la-presion-arterial-a-nivel-poblacional-en-el-peru/>
42. Public Health England. National diet and nutrition survey: Assessment of dietary sodium: Adults (19 to 64 years) in England, 2014. London: PHE, 2016; Available at: www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/509399/Sodium_study_2014_England_Text_final.pdf
43. Cronicas. GCC site visit to the Allillanchu integration of mental health into primary health care services project. Manuscript. 2016; Available at: <http://en.cronicas-upch.pe/allillanchu-mental-health/>
44. Behavioural Insights Team (BIT). EAST: Four simple ways to apply behavioural insights. London, BIT. 2014; Available at: www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/
45. Wurman RS. Information anxiety. New York: Doubleday, 1989.
46. Kahneman D. Thinking, fast and slow. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011.
47. Wood NL, Cowan N. The cocktail party phenomenon revisited: Attention and memory in the classic selective listening procedure of Cherry. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, & Cognition*, 1995; 21: 255–60.
48. Cox WM, Fadardi JS, Pothos EM. The addiction-stroop test: Theoretical considerations and procedural recommendations. *Psychological Bulletin*, 2006; 132(3): 443–76.
49. Nijs IM, Muris P, Euser AS, Franken IH. Differences in attention to food and food intake between overweight/obese and normal-weight females under conditions of hunger and satiety. *Appetite*, 2010; 54(2): 243–54.
50. Townshend J, Duka T. Attentional bias associated with alcohol cues: Differences between heavy and occasional social drinkers. *Psychopharmacology*, 2001; 157(1): 67–74.
51. Mack A, Rock I. Inattention blindness. Boston: MIT Press, 1998.
52. Sin NL, DiMatteo MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 2014; 47(3): 259–69.
53. Mani A, Mullainathan S, Shafir E, Zhao J. Poverty impedes cognitive function. *Science*, 2013; 341(6149): 976–80.
54. Bratanova B, Loughnan S, Klein O, Claassen A, Wood R. Poverty, inequality, and increased consumption of high calorie food: Experimental evidence for a causal link. *Appetite*, 2016; 01.028.

55. Laxmisan A, Hakimzada F, Sayan OR, Green RA, Zhang J, Patel VL. The multitasking clinician: Decision-making and cognitive demand during and after team handoffs in emergency care. *International Journal of Medical Informatics*, 2007; 76(11): 801–11.
56. Hallsworth M, Berry D, Sanders M, Sallis A, King D, Vlaev I, Darzi A. Stating appointments costs in SMS reminders reduces missed hospital appointments: Findings from two randomised controlled trials. *PLOS ONE*, 2015; 10(10). Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0137306>
57. Fogarty AW, Sturrock N, Premji K, Prinsloo P. Hospital clinicians' responsiveness to assay cost feedback: A prospective blinded controlled intervention study. *JAMA Internal Medicine*, 2013; 173(17): 1654–5.
58. Hallsworth M, Berry D, Sanders M, Sallis A, King D, Vlaev I, Darzi A. Stating appointments costs in SMS reminders reduces missed hospital appointments: Findings from two randomised controlled trials. *PLOS ONE*, 2015; 10(10). Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0137306>
59. Mehta MK. Mumbai's lifeline has claimed 36,000 lives in 10 years. *The Times of India*, 2012; Available at: <http://timesofindia.indiatimes.com/city/mumbai/Mumbais-lifeline-has-claimed-36000-lives-in-10-years/articleshow/12739124.cms?referral=PM>
60. Interview with Mr Ram Prasad, FinalMile Consulting, WISH Forum Member.
61. Sunstein CR, Thaler RH. *Nudge: The politics of libertarian paternalism*. New Haven: Yale University Press, 2008.
62. Subramanian S. Mind games to stop death on the tracks. 2010; Available at: www.livemint.com/Home-Page/PGOJwDyboNbejam61mpotL/Mind-games-to-stop-death-on-the-tracks.html
63. Obadiora AJ, Adeleke MA. Influence of social studies health related topics and teaching strategies on students' knowledge and handling of Ebola disease in Osun State secondary schools. *Asia Pacific Journal of Education, Arts, and Sciences*, 2015; 2(4): 60–7.
64. Singapore Health Promotion Board. *The Straits Times*, 2016; Available at: www.straitstimes.com/singapore/health/hpb-steering-singaporeans-to-eat-healthier
65. Clinical Excellence Commission. *Between the Flags: Keeping patients safe*. 2016; Available at: www.cec.health.nsw.gov.au/programs/between-the-flags/standard-calling-criteria
66. Green M. *Between the Flags program: Interim evaluation report – April 2013*. 2013; Available at: www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/258151/btf-program-interim-evaluation-report-april-2013-v2.pdf
67. Clinical Excellence Commission. *Between the Flags: Keeping patients safe*. 2016; Available at: www.cec.health.nsw.gov.au/programs/between-the-flags/standard-calling-criteria
68. Nakamura R, Pechey R, Suhrcke M, Jebb SA, Marteau TM. Sales impact of displaying alcoholic and non-alcoholic beverages in end-of-aisle locations: An observational study. *Social Science & Medicine*, 2014; 108: 68–73. Available at: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614001361
69. Cialdini RB, Kallgren CA, Reno RR. A focus theory of normative conduct: A theoretical refinement and reevaluation of the role of norms in human behavior. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1991; 24(20): 1–243.
70. Elster J. Social norms and economic theory. *Journal of Economic Perspectives*, 1989; 3(4): 99–117.
71. Kremer M, Miguel E, Mullainathan S, Null C, Zwane AP. *Social engineering: Evidence from a suite of take-up experiments in Kenya*. Berkeley: University of California, 2011.

- 72.** Ogoina D. Behavioural and emotional responses to the 2014 Ebola outbreak in Nigeria: A narrative review. *International Health*, 2015; Available at: <https://inthehealth.oxfordjournals.org/content/early/2015/12/16/inthehealth.ihv065.full>
- 73.** Reuters, Thornhill T. Introducing the 'Ebola handshake': U.S ambassador to UN demonstrates safest way to greet people in countries at centre of outbreak. *Daily Mail*, 2014; Available at: www.dailymail.co.uk/news/article-2812871/Global-fight-against-Ebola-grows-far-won-U-S-envoy-says.html
- 74.** Prentice DA, Miller DT. Pluralistic ignorance and alcohol use on campus: Some consequences of misperceiving the social norm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993; 64(2): 243–56.
- 75.** Hallsworth M, Chadborn T, Sallis A, Sanders M, Berry D, Greaves F, Davies SC. Provision of social norm feedback to high prescribers of antibiotics in general practice: A pragmatic national randomised controlled trial. *The Lancet*, 2016; Available at: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00215-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00215-4/abstract)
- 76.** World Health Organization. Antimicrobial resistance. WHO Media Centre Factsheet, 2015; Available at: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/
- 77.** O'Neill J. UK Government Review on Antimicrobial Resistance. Antimicrobial resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. 2014; Available at: http://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf
- 78.** McKenna M. The coming cost of superbugs: 10 million deaths per year. *Wired*, 2014; Available at: www.wired.com/2014/12/oneill-rpt-amr/
- 79.** Davies S, Verde ER. Antimicrobial resistance: in search of a collaborative solution. Qatar: WISH Report of the Antimicrobial Resistance Working Group, 2013.

80. Public Health England. English surveillance programme for antimicrobial utilisation and resistance (ESPAUR). London: PHE, 2014; Available at: www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/362374/ESPAUR_Report_2014__3_.pdf
81. Hallsworth M, Chadborn T, Sallis A, Sanders M, Berry D, Greaves F, Davies SC. Provision of social norm feedback to high prescribers of antibiotics in general practice: A pragmatic national randomised controlled trial. *The Lancet*, 2016; Available at: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00215-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00215-4/abstract)
82. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine*, 2008; 358(21): 2249–58.
83. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, 2007; 357(4): 370–9.
84. Bapna R, Umyarov A. Do your online friends make you pay? A randomized field experiment on peer influence in online social media networks. *Management Science*, 2015; 61(8): 1902–20.
85. Coleman JS, Kats E, Menzel H. *Medical innovation: A diffusion study*. New York: Bobbs Merrill, 1966.
86. Valente T. Social network thresholds in the diffusion of innovations. *Social Networks*, 1996; 18: 69–89.
87. Bahr DB, Browning RC, Wyatt HR, Hill JO. Exploiting social networks to mitigate the obesity epidemic. *Obesity*, 2009; 17: 723–8.
88. Kim DA, Hwong AR, Stafford D, Hughes DA, O'Malley AJ, Fowler JH, Christakis NA. Social network targeting to maximise population behaviour change: A cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 2015; 386(9989): 145–53.
89. McBride CM, Emmons KM, Lipkus IM. Understanding the potential of teachable moments: The case of smoking cessation. *Health Education Research*, 2003; 1: 156–70.
90. Shum MS. The role of temporal landmarks in autobiographical memory processes. *Psychological Bulletin*, 1998; 124(3): 423–42.
91. Alter AL, Hershfield HE. People search for meaning when they approach a new decade in chronological age. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2014; 111(48): 17066–70.
92. Tu Y, Soman D. The categorization of time and its impact on task initiation. *Journal of Consumer Research*, 2014; 41(3): 810–22.
93. Interview with Mr Zee Yoong Kang, Singapore Health Promotion Board, WISH Forum Member.
94. Alkasem M, Othman M, Dughosh R, Abou-samra A. Screening for diabetes in Ramadan: A pilot study. *Q Science*. 2014; Available at: www.qscience.com/doi/abs/10.5339/qfarc.2014.HBPP0881

95. Shi Y, Warner DO. Surgery as a teachable moment for smoking cessation. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 2010; 112(1): 102–7.
96. Keenan PS. Smoking and weight change after new health diagnoses in older adults. *Archives of Internal Medicine*, 2009; 169(3): 237–42.
97. Lee SM, Landry J, Jones PM, Buhrmann O, Morley-Forster P. Long-term quit rates after a perioperative smoking cessation randomized controlled trial. *Anesthesia & Analgesia*, 2015; 120(3): 582–7.
98. Dai H, Milkman KL, Hofmann DA, Staats BR. The impact of time at work and time off from work on rule compliance: The case of hand hygiene in health care. *Journal of Applied Psychology*, 2015; 100(3): 846–62.
99. Judah G, Auger R, Schmidt WP, Michie S, Granger S, Curtis V. Experimental pretesting of hand-washing interventions in a natural setting. *American Journal of Public Health*, 2009; 99(S2): S405–S411.
100. Grant AM, Hofmann DA. It's not all about me: Motivating hand hygiene among health care professionals by focusing on patients. *Psychological Science*, 2011; 22(12): 1494–9.
101. King D, Vlaev I, Everett-Thomas R, Fitzpatrick M, Darzi A, Birnbach DJ. "Priming" hand hygiene compliance in clinical environments. *Health Psychology*, 2016; 35(1): 96.
102. Dai H, Milkman KL, Hofmann DA, Staats BR. The impact of time at work and time off from work on rule compliance: The case of hand hygiene in health care. *Journal of Applied Psychology*, 2015; 100(3): 846–62.
103. Haynes L, Goldacre B, Torgerson D. Test, learn, adapt: Developing public policy with randomised controlled trials. London: Cabinet Office and Behavioural Insights Team, 2012.
104. Rebonato R. Taking liberties: A critical examination of libertarian paternalism. New York: Palgrave Macmillan, 2012.
105. Behavioural Insights Team. Update Report 2013–15. 2015; Available at: www.behaviouralinsights.co.uk/wp-content/uploads/2015/07/BIT_Update-Report-Final-2013-2015.pdf
106. Bennhold K. Britain's ministry of nudges. *New York Times*, 2013; Available at: www.nytimes.com/2013/12/08/business/international/britains-ministry-of-nudges.html
107. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. Most people are not WEIRD. *Nature*, 2010; 466(7302): 29.
108. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences*, 2010; 33(2–3): 61–83.
109. Wang M, Rieger MO, Hens T. The impact of culture on loss aversion. *Journal of Behavioral Decision Making*, 2016; Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bdm.1941/abstract>
110. Heine SJ. *Cultural psychology*. New York: W. W. Norton, 2008.
111. Bond R, Smith PB. Culture and conformity: A meta-analysis of studies using Asch's (1952b, 1956) line judgment task. *Psychological Bulletin*, 1996; 119(1): 111–37.
112. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences*, 2010; 33(2–3): 61–83.
113. Ekman P. Basic emotions. In Dalglish T, Power T (eds.). *The Handbook of Cognition and Emotion*, 1999; 45–60.

114. McCrae RR, Terraciano A. Universal features of personality traits from the observer's perspective: Data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2005; 88: 547–61.
115. Ariely D. *The (honest) truth about dishonesty*. London: Harper Collins, 2012.
116. Cartwright N, Hardie J. *Evidence-based policy: A practical guide to doing it better*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
117. Roura M, Watson-Jones D, Kahawita TM, Ferguson L, Ross DA. Provider-initiated testing and counselling programs in sub-Saharan Africa: A systematic review of their operational implementation. *Aids*, 2013; 27(4): 617–26.
118. World Bank. *World Development Report 2015: Mind, society, and behavior*. Washington DC: World Bank, 2014.
119. John L, Loewenstein G, Troxel A, Norton L, Fassbender J, Volpp K. Financial incentives for extended weight loss: A randomized, controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 2011; 26(6): 621–6.
120. Cahill K, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008; 3(9).
121. Rogers T, Frey EL. *Changing behavior beyond the here and now*. HKS Research Working Paper Series, 2014; 14-014: 1–26.
122. Charness G, Gneezy U. Incentives to exercise. *Econometrica*, 2009; 77(3): 909–31.
123. Austin J, Sigurdsson SO, Rubin YS. An examination of the effects of delayed versus immediate prompts on safety belt use. *Environment and Behavior*, 2006; 38(1): 140–9.
124. Altmann S, Traxler C. Nudges at the dentist. *European Economic Review*, 2014; 72: 19–38.
125. Pop-Eleches C, Thirumurthy H, Habyarimana JP, Zivin JG, Goldstein MP, De Walque D, Bangsberg DR. Mobile phone technologies improve adherence to antiretroviral treatment in a resource-limited setting: A randomized controlled trial of text message reminders. *AIDS*, 2011; 25(6): 825–34.
126. Halpern D. *Inside the nudge unit: How small changes can make a big difference*. London: WH Allen, 2015.

ALIADOS DE WISH



WISH agradece el apoyo del Ministerio de Salud Pública



ALIADOS DE WISH

McKinsey&Company

 **MedStar Health**
Institute for Quality and Safety

 NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE


NORTHWESTERN
UNIVERSITY
IN QATAR


مؤسسة الرعاية الصحية الأولية
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

QATAR 
القطرية AIRWAYS


كلية الصيدلة
College of Pharmacy
جامعة قطر QATAR UNIVERSITY


أكاديمية ريناد
RENAD ACADEMY
مؤسسة قطر Qatar Foundation


مركز دراسات الأبحاث
الإسلامية والأخرى
Research Center for Islamic
Studies and Research
مركز الدراسات والبحوث الإسلامية
Member of Qatar Foundation of Islamic Studies


السيدرة Sidra
مركز البحوث الطبية والبحث
Sidra Medical and Research Center
Member of Qatar Foundation

نجوم العلم
من مبادرات مؤسسة قطر
An Initiative of Qatar Foundation


اللجنة العليا
للمشاريع والريث
Supreme Committee
for Delivery & Legacy

THE BEHAVIOURAL INSIGHTS TEAM

THE CARTER CENTER


TheKingsFund


جامعة كالغاري في قطر
UNIVERSITY OF CALGARY IN QATAR


UMASS
BOSTON


**Weill Cornell
Medicine-Qatar**


ويك WEYAK
جمعية أصدقاء الصحة النفسية
MENTAL HEALTH FRIENDS ASSOCIATION

wise
world innovation summit for education
مؤتمر القمة العالمي للتعليم
an initiative of
مؤسسة قطر
Qatar Foundation 

 **WORLD BANK GROUP**

