

La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud

*Configurando la Salud Pública
en una Nueva Europa*

*Un informe de
la Unión Internacional
de Promoción
de la Salud y
Educación para
la Salud
para la Comisión Europea*

PARTE DOS
LIBRO DE EVIDENCIA

Valorando 20 años
de Evidencia de los
Impactos
Sanitarios, Sociales,
Económicos y
Políticos de la
Promoción de
la Salud

Esta publicación ha sido traducida por la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, de la Dirección General de Salud Pública y Consumo, del Ministerio de Sanidad y Consumo. España.

Versión española

Adaptada por:

- Begoña Merino Merino. Consejera Técnica de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hiram Arroyo Acevedo. Director del Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico
- Julia Silva Barrera. Traductora del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Maquetación: Gabinete de diseño gráfico del Ministerio de Sanidad y Consumo

Tratamiento de textos: M^a Jesús Corrochano Trujillo.

Revisión del texto: M^a Mercedes Linares Márquez de Prado

Título original del Informe:

The evidence of Health Promotion Effectiveness.

Shaping Public Health in a New Europe

A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part two. Evidence book.



Edición española:

ISBN:

Depósito legal:

Editado por:

Prólogo a la Edición Española

El Ministerio de Sanidad y Consumo es miembro nacional constituyente de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, desde sus inicios, hace ahora 50 años. En el camino recorrido por nuestra Organización, siempre comprometida en el desarrollo de la promoción y educación para la salud, ha habido numerosos puntos de inflexión. Este informe que la IUHPE ha realizado con el soporte de la Comisión Europea, es uno de ellos y es un signo más de la permanente adecuación de la organización a los nuevos tiempos así como de su capacidad para estimular el debate en torno a la salud y su mantenimiento. La recopilación que se ha realizado, en este informe sobre la eficacia de la promoción de la salud, por prestigiosos profesionales de los temas revisados es, sin duda, de gran valor tanto para profesionales, como para las personas de numerosos sectores que tenemos en nuestras manos el mandato de decidir sobre las alternativas posibles para hacer frente a una demanda social cada vez más clamorosa, que desea mantener y mejorar la salud y la calidad de vida.

Con este informe, la IUHPE ha hecho un doble esfuerzo; ya que no solo ha realizado esta recopilación de evidencias (La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Parte Dos), que ahora tiene en sus manos, sino que intentando salvar la distancia entre los planteamientos de los profesionales y otras personas claves para el desarrollo de las intervenciones de promoción de la salud, ha producido un documento intenso y acertado, que resume este y que también ha sido editado en lengua española por el Ministerio de Sanidad y Consumo (La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Documento base Parte Uno).

Es para nosotros una gran satisfacción poder colaborar en la difusión de este informe en España y con éste ánimo hemos realizado la edición española que vamos a distribuir ampliamente entre profesionales y decisores políticos.

Sería deseable que este informe estimule el debate y la reflexión sobre nuestras actuaciones pasadas y los marcos necesarios para hacer frente a los retos del futuro. En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Consumo, junto con otros países europeos, se ha comprometido a colaborar con IUHPE para generar un debate en profundidad de estas evidencias y sus implicaciones en cada uno de nuestros países.

Por último, cabe felicitar a cada uno de los autores, promotores y colaboradores de este proyecto por haber hecho posible este informe oportuno y orientador en el momento en que se está construyendo en Europa un nuevo marco de salud pública.

M^a Dolores Flores Cerdán

La PARTE DOS de este informe se puede leer conjuntamente con la Parte Uno, que presenta un resumen de la evidencia principal, y expone un argumento que justifica que se garantice una dotación financiera adecuada para la promoción de la salud. Esto permitiría que la promoción de la salud desempeñase plenamente el papel que le corresponde en el marco de política de salud pública, que actualmente configura la Comisión Europea con vistas a afrontar los desafíos sanitarios, sociales, económicos y políticos de una Unión Europea en vías de desarrollo.

Los Actores Principales

Con el fin de contribuir al debate sobre el desarrollo de la política de salud pública europea, la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (International Union for Health Promotion and Education – IUHPE) decidió embarcarse en un ambicioso e innovador proyecto destinado a recopilar y a valorar la evidencia de 20 años de eficacia de la promoción de la salud.

Como parte integrante de este proyecto, que recibió ayuda financiera de la Comisión Europea, la IUHPE creó foros que permitieron celebrar una amplia consulta más allá de la comunidad de promoción de la salud, entablando un diálogo con representantes de agrupaciones políticas, organizaciones no gubernamentales, el sector privado y el mundo académico.

En Bruselas y París, se celebraron dos reuniones internacionales con una audiencia invitada – un ‘Grupo Testigo’ – que entabló un diálogo con los promotores de la salud en relación con los impactos sanitarios, sociales, económicos y políticos de 20 años de actividad en el campo de la promoción de la salud.

Bajo la orientación de la Directora de Programas, Anne Bunde-Birouste, primera persona en concebir el proyecto, la IUHPE invitó a un grupo de expertos procedentes de todo el mundo, y pertenecientes a una variedad de disciplinas, a unirse al Grupo Consultivo para supervisar este trabajo. Integraron este grupo promotores de la salud de Europa, Canadá, Estados Unidos y Australia. La IUHPE invitó asimismo al conocido experto europeo en lobbying sanitario, David Boddy, a participar en calidad de Editor del Proyecto, y adicionalmente, como parte del proceso de restablecimiento de relaciones entre las comunidades política y de promoción de la salud, a elaborar la Parte Uno de este informe.

El Presidente de la IUHPE, el Profesor Spencer Hagar, actuó en calidad de Presidente del Grupo Consultivo del Proyecto. El Profesor Maurice Mittelmark (Noruega) y el Profesor Don Nutbeam (Australia) prestaron asistencia técnica especial al Sr. Boddy.

Este proyecto se ha beneficiado también en gran medida de la contribución y colaboración de los Centros de Control y Prevención de la Enfermedad de Atlanta, Georgia, Estados Unidos, y del Departamento de Promoción de la Salud, Cambio Social y Unidad de Salud Mental, de la sede de la OMS, en Ginebra.

Este proyecto ha recibido apoyo financiero de la Comisión Europea.

Ni la Comisión Europea, ni persona alguna que actúe en su nombre, serán responsables de cualquier uso que se pueda hacer de la información aquí contenida.

Aviso a los lectores

La información contenida en esta publicación no refleja necesariamente la opinión de la Comisión Europea, ni su postura.

Edición original inglesa.

© ECSC-EC-EAEC. Bruselas – Luxemburgo, 1999

Está autorizada su reproducción, salvo con fines comerciales, con sujeción a que se reconozca la fuente.

Diseñado y producido por ML Design, Londres, UK 44 (0)20 7721 7254

Impreso por Jouve Composition & Impresión, París, Francia 33 (0)1 44 76 54 40

Grupo Consultivo del Proyecto

Anne Bunde-Birouste

Project Director
IUHPE Headquarters
2, rue Auguste Comte
92170 Vanves
France
Tel: 33 1 46 45 00 59
Fax: 33 1 46 45 00 45
e-mail: iuhpeabb@worldnet.fr

Andrea Bagnall

IUHPE Headquarters
2, rue Auguste Comte
92170 Vanves
France -
Tel: 33 1 46 45 00 59
Fax: 33 1 46 45 00 45
e-mail: iuhpehpe@worldnet.fr

David Boddy

Project Editor
Fitzroy House, 11 Chenies Street
London WC1E 7ET
United Kingdom
Tel: 44 (0)20 8876 0445
Fax: 44 (0)20 8876 0173
e-mail: david@boddy.demon.co.uk

Marie-Claude Lamarre

Karen Lobeck
IUHPE Headquarters
2, rue Auguste Comte
92170 Vanves
France
Tel: 33 1 46 45 00 59
Fax: 33 1 46 45 00 45
e-mail: iuhpemcl@worldnet.fr

John Bowis

Former Minister of Health
WHO Advisor
44 Howard Road,
New Malden
Surrey K23 4EA
United Kingdom
Tel: 44 (0)20 8949 2555
Fax: 44 (0)20 8395 7463
e-mail: johnbowis@aol.com

Marc Danzon

Prévention et Promotion de la Santé
Mutualité Française
255, rue de Vaugirard
75015 Paris
France
Tel: 33 1 40 43 63 86
Fax: 33 1 40 43 36 83
e-mail: marc-danzon@fnmf.fr

Spencer Hagard

IUHPE President
LHEC, London School of Hygiene
& Tropical Medicine, Keppel Street
London WC1E 7HT
United Kingdom
Tel: 44 (0)20 7580 9798
Fax: 44 (0)20 7580 9727
e-mail: s.hagard@lhec.demon.co.uk
spencer.hagard@dial.pipex.com

Hans Hagedoorn

NIGZ
PO Box 500
3440 AM Woerden
The Netherlands
Tel: 31 348 43 76 01
Fax: 31 348 43 76 66
e-mail: jhagedoorn@nigz.nl

Martin McKee

London School of Hygiene & Tropical
Medicine, Keppel Street
London WC1E 7HT
United Kingdom
Tel: 44 (0)171 927 2229
Fax: 44 (0)171 580 8183
e-mail: m.mckee@lshtm.ac.uk
(Also Project Author)

Maurice Mittelmark

IUHPE Vice President
Department of Psychosocial
Sciences & Research Centre for
Health Promotion
School of Psychology
University of Bergen
Christies gate 13, 5015 Bergen
Norway
Tel: 47 55 58 32 51
Fax: 47 55 58 98 87
e-mail: maurice.mittelmark@uib.no
(Also Project Author)

David McQueen
Global Health Promotion
NCCDPHP
Centers for Disease Control, MSK-45
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341
United States of America
e-mail: dvm0@cdc.gov

Don Nutbeam
IUHPE Vice President
Dept. of Public Health and
Community Medicine
A27-University of Sydney
NSW 2006
Australia
Tel: 61 29 351 43 85
Fax: 61 29 351 41 79
e-mail: donn@pub.health.usyd.edu.au
(Also Project Author)

Irving Rootman
Centre for Health Promotion
University of Toronto
100 College St., Suite 207
Toronto, ONT M5G 1L5
Canada
Tel: 416 978 1100
Fax: 416 971 1365
e-mail: irv.rootman@utoronto.ca

Autores Coordinadores del Proyecto

Peter Anderson
WHO Regional Office for Europe
8 Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen
Denmark
Tel: 45 39 17 1248
Fax: 45 39 17 1854
e-mail: PAN@WHO.DK

David Black
Communicable Health
22 King Street
Glasgow, Scotland
United Kingdom
Tel: 44 (0)141 552 0415
Fax: 44 (0)141 553 0698
e-mail: db@chealth.demon.co.uk

Elizabeth Breeze
Lecturer in Epidemiology
Epidemiology Unit
London School of Hygiene & Tropical
Medicine, Keppel Street
London, WC1E 7HT
United Kingdom
Tel: 44 (0)20 7927 2109
Fax: 44 (0)20 7580 6897
e-mail: e.breeze@lshtm.ac.uk

Gregor Breucker
BKK, Department Health
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen
Germany
Tel: 49 201 1 7901
Fax: 49 201 1 79 1032
e-mail: 2132@bkk-bundesverband.de

Astrid Fletcher
London School of Hygiene & Tropical
Medicine, Keppel Street
London WC1E 7HT
United Kingdom
Tel: 44 (0)20 7927 2253
Fax: 44 (0)20 7580 6897
e-mail: astrid.fletcher@lshtm.ac.uk

Eino Honkala
Faculty of Dentistry,
Health Science Centre
Kuwait University
PO Box 24923
Safat 13110, Kuwait
Tel: 965-5312300 ext. 6420
Fax: 965-5326049
e-mail: eino.honkala@hsc.kuniv.edu.kw

Clemens Hosman
University of Nijmegen
Department of Clinical Psychology
& Personality
PO Box 9104
6500 HE Nijmegen
The Netherlands
Tel: 31 24 361 2663
Fax: 31 24 361 5594
Home tel: 31 24 397 8224
e-mail: hosmanpr@worldonline.nl

Eva Jané-Llopis
University of Nijmegen
Department of Clinical Psychology
& Personality
PO Box 9104
6500 HE Nijmegen
The Netherlands
Tel: 31 24 361 2667
Fax: 31 24 361 5594
e-mail: llopis@psych.kun.nl

Pekka Puska
National Public Health Institute KTL
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki, Finland
Tel: 358 9 474 41
Fax: 358 9 4744 8338
e-mail: pekka.puska@ktl.fi

Lawrence St Leger
Dean, Faculty of Health and
Behavioural Sciences
Deakin University
221 Burwood Highway
Burwood, VIC 3125
Australia
e-mail: saint@mail-b.deakin.edu.au

Alfons Schröer
BKK, Department Health
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen
Germany
Tel: 49 201 1 7901
Fax: 49 201 1 79 1032
e-mail: gesundheit@bkk-bv.de

A. Jantine Schuit
Department of Chronic
Diseases Epidemiology
National Institute of Public Health
& the Environment
PO Box 1
3720 BA Bilthoven, The Netherlands
Tel: 31 30 274 2470
Fax: 31 30 274 4407
e-mail: J.Seidell@rivm.nl

Leif Svanström
Karolinska Institutet
Department of Public Health Sciences
Division of Social Medicine
Norrbacka
SE 17176 Stockholm
Sweden
Tel: 46 8 517 779 42
Fax: 46 8 33 4693
e-mail: Leif.Svanstrom@phs.ki.se

Rhiannon Walters
London Health Economics
Consortium, London School of
Hygiene & Tropical Medicine
Keppel Street, London WC1E 7HT
United Kingdom
Tel: 44 (0)20 7580 9798
Fax: 44 (0)20 7580 9727
e-mail: rwalters@lhcc.demon.co.uk

Mitchell Warren
120 Shakespeare Walk
London N16 8TA
United Kingdom
Tel: 44 (0)20 8965 2813
Fax: 44 (0)20 8453 0324
e-mail: mitchellwarren@csi.com

Grupo Testigo (Expertos Políticos)

Arja Alho

Finnish Parliament
Helsinki, Finland
Tel: 358 9 4321
Fax: 358 0 432 3207
e-mail: arja.alho@eduskunta.fi

Rosmarie Apitz

Bundesministerium für Gesundheit
Hauptgebäude
Am Propsthof 78 a
Bonn
Germany
Tel: 49 228 941 3132
Fax: 49 228 941 4931

Pierre Arwidson

French Committee for Health
Education
2, rue Auguste Comte
92170 Vanves, France
Tel: 33 1 41 33 33 33
Fax: 33 1 41 33 33 90
e-mail: cfes.etu@imaginet.fr

Marga Beckers

Zorgonderzoek Nederland
PO Box 84129
2508 AC The Hague, The Netherlands
Tel: 31 70 306 8282
Fax: 31 70 306 8206
e-mail: marga.beckers@zon.nl

Agneta Dreber

Director General
National Institute of Public Health
Olof Palmes gata 17
S-103 52 Stockholm, Sweden
Tel: 46 8 566 13500
Fax: 46 8 566 13505
e-mail: agneta.dreber@fhinst.se

Chris Fitzgerald

Principal Officer
Health Promotion Unit
Department of Health & Children
Hawkins House
Dublin 2, Ireland
Tel: 35 31 63 54 119
Fax: 35 31 6354 372
e-mail: christopher_fitzgerald@health.irlgov.ie

Tana Flynn

Policy Advisor
33, rue de Pascale
B-1050 Brussels, Belgium
Tel: 32 2 233 3871
Fax: 32 2 233 3872
e-mail: enhpa.liaison@village.uunet.be

Inés García

IUHPE/EURO
Escuela Andaluza de Salud Pública
Campus Universitario de Cartuja
Ap. Correos 2070
Granada 18080, Spain
Tel: 34 9 58 16 10 44
Fax: 34 9 58 16 11 42
e-mail: ines@easp.es

Dr Diethelm Hartmann

Directeur-suppléant et Chef
Unité principale politique de
santé et épidémiologie
Case postale 3003 Berne
Switzerland
Tel: 41 31 323 08 40
Fax: 41 31 323 88 05
e-mail: diethelm.hartmann@bag.admin.ch

Mihaly Kökény

Former Minister of Health
Health Committee
The Hungarian Parliament
Szechenyi rkp. 19
H-1055 Budapest, Hungary
Tel: 361 2685101
Fax: 361 2685969
e-mail: mihaly.kokeny@mszp.parlament.hu

Alain Lefebvre

Representation Permanente de la France
Auprès de l'Union Européenne
Conseiller pour les Affaires Sociales
Place de Louvain 14
B-1000 Brussels
Belgium
Tel: 32 2 229 8427
Fax: 32 2 229 8480
e-mail: alain.lefebvre@diplomatic.fr

Paula Loekemeijer
Department of Health Promotion
& Disease Prevention
Directorate Health Policy
Ministry of Health
Welfare & Sports
PO Box 5406
2280 HK Rijswijk
The Netherlands
Tel: 31 70 340 7218
Fax: 31 70 340 7159
e-mail: pa.loekemeijer@minvws.nl

Halfdan Mahler
Director General Emeritus
World Health Organization
Chemin de Pont-Céard 12
CH-1290 Versoix
Switzerland
Tel: 41 22 755 1301
Fax: 41 22 755 2610

Piotr Mierzewski
Council of Europe
Health Policy Division
67075 Strasbourg-Cedex
France
Tel. 33 3 88413004
Fax: 33 3 88412726
e-mail: piotr.mierzewski@coe.fr

Chris Mockler
Policy Advisor
3 Ilchester Mansions
Abingdon Road
London W8 6AE, United Kingdom
Tel/Fax: 44 (0)171 937 67 43
e-mail:
chrismockler@publicpolicym.u-net.com

Emilia Natario
Head of Health Promotion
& Education Division
Ministry of Health
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1056 Lisbon, Portugal
Tel: 351 1 843 0608
Fax: 351 1 843 0530
e-mail: dgs.des@telepac.pt

Desmond O'Byrne
Chief, Health Education
& Health Promotion
WHO-Avenue Appia
CH-1211 Geneva
Switzerland
Tel: 41 22 791 2578
Fax: 41 22 791 4186
e-mail: obyrdned@who.ch

Fabrizio Oleari
General Director
Ministry of Health
Department of Prevention
Via Sierra Nevada 60
00144 Rome
Italy
Tel: 39 06 5994 4205
Fax: 39 06 5994 4256

Danielle Piette
Université Libre de Bruxelles
School of Public Health
Route de Lennik, 808 CP 596
B-1070 Brussels, Belgium
Tel: 32 2 555 4081
Fax: 32 2 555 4049
e-mail: danielle.piette@ulb.ac.be

Stephen Rankin
Policy Advisor
European Strategy
13a avenue de Tervueren
1040 Brussels, Belgium
Tel: 32 2 732 70 40
Fax: 32 2 732 71 76
email: europe.strategy@euronet.be

Vivian Rasmussen
WHO Regional Office for Europe
8 Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen, Denmark
Tel: 45 39 17 17 17
Fax: 45 39 17 18 18
e-mail: VBR@who.dk

Jackie Robinson

Eurolink Age
Astral House
1268 London Road
London SW16 4ER
United Kingdom
Tel: 44 (0)20 8765 7720
Fax: 44 (0)20 8679 6727
e-mail: robinsj@ace.org.uk

Prof. Constantino Sakellarides

Director General for Health
Ministry of Health
Alameda D. Afonso Henriques, 45
P-1056 Lisbon
Portugal
Tel: 351 1 843 0649
Fax: 351 1 843 0530

José Maria Segovia de Arana

Presidente del Consejo
Asesor de la Sanidad
Ministry of Health
Paseo del Prado 18-20
28071 Madrid, Spain
Tel: 34 91 596 1902
Fax: 34 91 596 1903

Simone Veil

Former Minister of Health
2 rue Montpensier
75001 Paris
France
Tel: 33 1 40 15 30 00

Índice

Capítulo 1	Eficacia de la Promoción de la Salud - Las preguntas que debemos responder	p1
Capítulo 2	Desafíos Políticos 1 - La cuestión del envejecimiento	p12
Capítulo 3	Desafíos Políticos 2 - Salud mental	p30
Capítulo 4	Desafíos Políticos 3 - Juventud desescolarizada	p43
Capítulo 5	Desafíos Sanitarios 1 - Enfermedad cardíaca	p57
Capítulo 6	Desafíos Sanitarios 2 - Tabaco, alcohol y drogas	p71
Capítulo 7	Desafíos Sociales 1 - Nutrición	p83
Capítulo 8	Desafíos Sociales 2 - Seguridad	p95
Capítulo 9	Escenarios 1 - Promoción de la salud en el lugar de trabajo	p103
Capítulo 10	Escenarios 2 - Promoción de la salud en los centros de enseñanza	p115
Capítulo 11	Escenarios 3 - Promoción de la salud en el sector de atención sanitaria	p128
Capítulo 12	Lecciones de Canadá - El estudio de un caso de desarrollo de infraestructura	p139
Capítulo 13	Obteniendo Ganancias de Salud - El estudio de un caso de salud oral	p150
Capítulo 14	Equidad en Salud - Un derecho humano fundamental	p162

Clave de los símbolos

Los símbolos que se han utilizado a lo largo de este texto tienen por objeto ayudar al lector a seguir y a comprender con mayor rapidez y facilidad los argumentos principales de cada sección. Han sido identificados y colocados exclusivamente a elección del Editor del Proyecto, y no representan comentario alguno que cualquier otra parte haya formulado sobre el texto. Los símbolos principales representan los siguiente:



Punto de actuación. Las ideas identificadas con este símbolo podrían constituir una base de actuación positiva por parte de una agrupación política, sanitaria o social.



Considerar detenidamente. Los párrafos o secciones indicados con este símbolo son motivo de reflexión especial, mereciendo una consideración especial o particularmente detenida.



Más investigación. Las partes de este texto señaladas con este símbolo muestran que es necesaria investigación adicional a efectos de una mayor claridad, o para llegar a comprender la eficacia de la promoción de la salud.



Debate abierto. Se trata de argumentos que se deben incluir en un debate político, social o económico. Sirven para estimular un nuevo debate o merecen ser incluidos en el debate actual.



Actuación concertada. Las secciones indicadas con este símbolo muestran la eficacia de múltiples líneas de actividad de promoción de la salud, aunadas para conseguir mejores resultados.



Valor sanitario añadido. Las partes de este informe que muestran este símbolo indican dónde las actuaciones de promoción de la salud han añadido nuevas dimensiones de valor social, económico o político.

Capítulo Uno

Eficacia de la Promoción de la Salud – Las Preguntas que Debemos Responder

El tema: Midiendo la eficacia de la promoción de la salud

El autor: Don Nutbeam, Profesor de Salud Pública y Director del Departamento de Salud Pública y Medicina de Familia, Universidad de Sydney. Es Vicepresidente de la IUHPE.

El objeto: Este primer capítulo presenta una introducción a la comprensión de las medidas de la eficacia de la promoción de la salud. Don Nutbeam describe qué debe entenderse por 'eficacia', explica las medidas de valoración de uso generalizado e inicia un debate relativo a los desafíos que plantea el desarrollo de criterios de valoración y comprensión.

El Profesor Nutbeam es considerado una autoridad internacional en el campo de la eficacia de la promoción de la salud. Antes de asumir su cargo actual, era cofundador y Director de Investigación del programa Heartbeat Wales (1985-90), además de Director de Investigación y Desarrollo de Políticas de la Autoridad de Promoción de la Salud de Gales (1988-90). Preside el Consejo de Administración del Centro Australiano de Promoción de la Salud, y a principios de los noventa, dirigió una revisión de las metas y objetivos de salud de Australia.

Una Base Sólida de Evidencia

Este siglo ha sido testigo de ganancias de salud para las poblaciones del mundo nunca vistas en la historia. Estas ganancias son en parte el resultado de mejoras en los ingresos y en la educación, que vienen acompañadas de mejoras de la nutrición, la higiene, la vivienda, el suministro de agua y la salubridad pública. Son asimismo el resultado de un nuevo conocimiento de las causas, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, al igual que de la introducción de políticas que han mejorado la accesibilidad a los programas de intervención. Los mayores avances en el campo de la salud se han conseguido por medio de una combinación de cambios estructurales y acciones emprendidas por las personas a título individual.

Los patrones de enfermedad de muchos países evolucionaron considerablemente en la última década – pasando de la enfermedad transmisible a una crónica (la enfermedad no transmisible). En muchos países europeos, los esfuerzos destinados a reducir la prevalencia y la carga de la enfermedad no transmisible han alcanzado un éxito notable, especialmente en relación con la reducción de la prevalencia de la enfermedad cardíaca coronaria (ECC). En general, se ha avanzado gracias a una combinación de programas eficaces de promoción de la salud y un mejor tratamiento

de la enfermedad. El Programa de Carelia del Norte, desarrollado en Finlandia, [Véase Desafíos sanitarios 1, p57](#), ofrece el estudio de un caso altamente convincente que ilustra este éxito. Como sucede con el control de la enfermedad infecciosa, las estrategias más eficaces de prevención de la enfermedad y promoción de la salud siguen basándose en una combinación de acciones destinadas a abordar los determinantes tanto estructurales como individuales de la salud.

El avance no ha sido igual en Europa, tanto entre los países, como en el interior de los mismos. De hecho, en Europa Oriental, la muerte prematura por enfermedad no transmisible aumentó en la década pasada. Nuevas cuestiones han emergido. Podemos citar el impacto en la salud y en los servicios sociales del incremento del número y proporción de personas de edad avanzada en la población, así como el impacto de una mejor comprensión y reconocimiento de la enfermedad mental en la población. Éstas son cuestiones prioritarias en la mayoría de los países europeos, y para las cuales una promoción de la salud eficaz puede ofrecer soluciones positivas.

En conjunto, los diferentes capítulos de este Libro de Evidencia muestran cómo se ha avanzado de forma constante en la creación de una base sólida de evidencia de la eficacia de la promoción de la salud en los últimos 20 años. Estos avances en el campo del conocimiento han demostrado que existe una relación entre los estilos de vida de las personas, su posición social y económica, sus condiciones de vida y su estado de salud. Dichos avances han desembocado en una comprensión mejor de los modos en que se pueden modificar estos determinantes estructurales y personales de la salud. A pesar de que siguen existiendo lagunas importantes de conocimiento, una tarea prioritaria consiste en comunicar mejor la evidencia disponible sobre la eficacia a aquellos que toman las decisiones y a los profesionales sanitarios, a la vez que se promueve su aplicación.

Este capítulo de introducción examina cuatro preguntas clave que hay que abordar con el fin de mejorar tanto la calidad como la aplicación de esta evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Al hacerlo, este capítulo ofrece una introducción a las preguntas que emergen del examen de la evidencia de la eficacia en los capítulos siguientes. Las cuatro preguntas clave son:

- ▶ ¿Qué se entiende por eficacia en promoción de la salud?
- ▶ ¿Qué medidas se deberían emplear para evaluar la eficacia?
- ▶ ¿Qué métodos de investigación se deberían utilizar para valorar la eficacia?
- ▶ ¿Qué programas vale la pena evaluar?



Estas preguntas clave aportan la estructura de las secciones siguientes.

¿Qué se entiende por Eficacia?

La carta de Ottawa define la promoción de la salud de la manera siguiente:

- El proceso que permite que las personas ejerzan control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud’.

La promoción de la salud se describe como un *proceso*, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de *ejercer control sobre los determinantes de la salud*.

Con arreglo a esto, una promoción de la salud eficaz conduce a cambios en los determinantes de la salud.

Estos *determinantes de la salud* incluyen aquellos que están bajo el control del individuo, como las conductas individuales orientadas a la salud y el uso de los servicios sanitarios y otros que están fuera del control de la persona e incluyen las condiciones sociales, económicas y del entorno, así como la prestación de servicios sanitarios. Tenemos entonces que las acciones que apoyan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida (entornos) que apoyan la salud, constituyen elementos clave de una promoción de la salud eficaz.

Existen diferencias importantes de perspectiva y énfasis con respecto a aquello que representa el 'éxito' de un programa de promoción de la salud. Entre dichas perspectivas, podemos citar aquellas de:

Los responsables de elaborar las políticas y los gestores de presupuestos, que deben tener la capacidad de juzgar el éxito (o posible éxito) de los programas, con el fin de adoptar decisiones relativas a cómo asignar recursos, y rendir cuentas de aquellas decisiones a la comunidad y a los representantes electos. Este éxito suele definirse en términos de la relación que existe entre la inversión y el logro de los resultados de salud a corto plazo. ***En los capítulos siguientes, se analizan elementos de este aspecto del éxito en las secciones relativas al Impacto económico.***

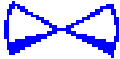
Los profesionales de la promoción de la salud, que deben ser capaces de juzgar, con una dosis razonable de confianza, el posible éxito de un programa con respecto al logro de sus objetivos definidos en circunstancias de la 'vida real'. Este éxito se podría definir en términos de la factibilidad de implantación de un programa, y de las posibilidades de lograr que las personas y las organizaciones se comprometan con una acción sanitaria. ***Éste no ha sido el punto focal principal de este libro, pero es de importancia fundamental para garantizar que las lecciones que nos haya enseñado la información del libro se apliquen en Europa.***

La población que se beneficiará de la acción de promoción de la salud, que acaso valore mucho el proceso por medio del cual se lleva a cabo un programa, principalmente si un programa es participativo o no y si aborda o no prioridades que la propia comunidad haya identificado. Este éxito se podría definir en términos de relevancia con respecto a las necesidades percibidas, y de las oportunidades de participación de la comunidad. ***Las secciones relativas al Impacto social analizan elementos de este aspecto del éxito.***

Los investigadores académicos, que necesitan juzgar el éxito, con el fin de mejorar el conocimiento y la comprensión de la relación que existe entre las intervenciones y los efectos observados aplicando 'reglas de evidencia' científica. Este éxito se podría definir en términos de *rigor metodológico, mantenimiento de la integridad de los programas y logro de resultados predeterminados*. ***Buena parte de la evidencia que presentan los capítulos siguientes trata de la calidad de la evidencia disponible sobre el éxito.***

Estas perspectivas son bastante diferentes, sin ser mutuamente excluyentes. Cada una de ellas tiene por objeto modificar los determinantes de la salud y lograr una mejora de la salud, pero



presentan diferencias marcadas en cuanto al énfasis que ponen en el proceso mediante el cual alcanzan sus resultados y en cuanto a la importancia que atribuyen al coste y a la factibilidad de la implantación.

En consecuencia, al establecer la ‘evidencia de la eficacia’, existe actualmente un amplio espectro de métodos y medidas que se utilizan en la evaluación. Esta variación refleja no solamente las distintas perspectivas de la cuestión arriba mencionada, sino también las importantes diferencias de estructura y punto de partida de las intervenciones. 

Por ejemplo, para valorar la eficacia del asesoramiento que un médico imparte a un paciente artrítico, se necesitan métodos y medidas diferentes a aquellos que se necesitan para valorar los efectos de una campaña mediática destinada a promover la inmunización. Los métodos y medidas de intervención serán también diferentes cuando se realiza una evaluación de un programa multidimensional destinado a promover la salud en un escenario específico, como un centro de enseñanza o un lugar de trabajo; y diferentes también cuando se evalúa un programa dirigido a mejorar la salud de un grupo étnico minoritario en una población.

Estos ejemplos indican asimismo los distintos ‘puntos de entrada’ en la promoción de la salud que han sido utilizados para estructurar los diversos elementos de este libro. En algunos capítulos, el ‘punto de entrada’ es una cuestión sanitaria específica, como la salud oral o la nutrición. En otros, es un grupo de población específico, como la tercera edad o las personas con bajos ingresos. Otros se centran en las oportunidades de promoción de la salud basadas en un escenario específico, como los centros de enseñanza, los escenarios de atención sanitaria y los lugares de trabajo.

A pesar de que cada uno de estos enfoques está dirigido a la consecución de una mejor salud y cambios en los determinantes de la salud, cada ‘punto de entrada’ delimita la naturaleza del cometido de diferentes maneras – poniendo el énfasis respectivamente en el tema, la población o el escenario, como punto de partida. Una vez más, estos enfoques no son mutuamente excluyentes.

- ▶ Los escenarios brindan la oportunidad de intervenciones de amplio alcance que pueden estar dirigidas a un cambio relacionado tanto de la conducta orientada a la salud, como con el entorno, con el fin de alcanzar mejores resultados de salud. Los escenarios ofrecen asimismo oportunidades de llegar a poblaciones diana específicas (p.e. los adolescentes, por medio de intervenciones basadas en los centros de enseñanza; las mujeres embarazadas, los centros de salud, etc.). Una promoción de la salud eficaz basada en diferentes escenarios se caracterizará porque las intervenciones de amplio alcance lograrán introducir un cambio en los determinantes de salud relacionados tanto con la conducta orientada a la salud, como con el entorno. 
- ▶ Una orientación a grupos concretos de población permite una focalización mejor de los problemas de salud que son más comunes entre los diferentes grupos, pudiendo dar lugar a una participación mayor en las intervenciones. La atención prestada a los problemas sanitarios que afectan a las poblaciones desfavorecidas puede asimismo alentar intervenciones que aborden determinantes sociales, económicos y políticos esenciales para la salud, como la pobreza y la situación laboral. El éxito aquí se definirá en términos de oportunidades de participación comunitaria, junto con el logro de un cambio en los determinantes estructurales y relacionados con la conducta orientada a la salud. 

La concentración en un tema de salud específico garantiza que una intervención sea abordada de forma más abierta y directa, si bien dependerá inevitablemente de la identificación del grupo de población y del escenario específico que sea elegido como objetivo de la intervención. El éxito en este caso suele definirse por lo general de forma más sencilla en relación con el impacto y el resultado con respecto al problema identificado.



De acuerdo con esto, la importancia relativa atribuida a los distintos tipos de métodos de investigación (cualitativo, cuantitativo, económico, participativo), al igual que las medidas (conductuales, estructurales) que se utilicen para establecer la evidencia de la eficacia, variarán de acuerdo con la audiencia receptora y con los diferentes puntos de entrada utilizados. Algunas de las tensiones que surgen al conciliar estos diversos puntos de entrada, así como las diferencias de interpretación del significado de la 'eficacia', son siempre aparentes.

¿Qué medidas se deberían utilizar para valorar la eficacia?

Distintas formas de intervención médica y de salud producen resultados diferentes como medida de la eficacia. A corto plazo, un resultado exitoso de una intervención quirúrgica de *bypass* coronario se diferencia del resultado que se podría esperar después de un programa educativo destinado a ayudar a una persona a mejorar su conocimiento y habilidades para adoptar una dieta saludable. A largo plazo, ambos están dirigidos a reducir el impacto de la ECC.

Por ello, es esencial proporcionar un marco que contribuya a definir los resultados asociados a la actividad de promoción de la salud. La Tabla 1.1 de la página 6 presenta una jerarquía ampliamente aceptada de 'resultados' y sus relaciones con la actividad de promoción de la salud¹.

En este modelo, los **Resultados sociales y de salud** representan el punto final de las intervenciones médicas y de salud. Éstos se suelen expresar como resultados personales o sociales, tal como calidad de vida, independencia funcional y equidad, o más a menudo, en términos de resultados de salud, expresados como mortalidad, morbilidad, discapacidad o disfuncionalidad.

Los **Resultados intermedios de salud** representan los determinantes de estos resultados de salud y sociales. Modificar estos determinantes de la salud es un objetivo fundamental de la promoción de la salud. Las conductas personales, como el consumo de tabaco o la actividad física, pueden aumentar o disminuir el riesgo de una mala salud, siendo resumidas como *Estilos de vida saludables*. Los *entornos saludables* representan las condiciones físicas, económicas y sociales que pueden incidir directamente en la salud, o apoyar estilos de vida saludables, por ejemplo, facilitando más o menos que una persona fume o adopte una dieta saludable. El acceso a una prestación y a un uso adecuados de los servicios sanitarios se reconoce como un determinante importante del estado de salud, siendo representado como *Servicios sanitarios eficaces* en este modelo.

Los **Resultados de la promoción de la salud** representan los factores personales, sociales y estructurales que se pueden modificar con el fin de cambiar los determinantes de la salud. Estos resultados representan también el impacto más inmediato de las actividades planificadas de promoción de la salud. La *alfabetización para la salud* se refiere a las habilidades cognitivas personales y sociales que determinan la capacidad individual de las personas para acceder, comprender y utilizar información con el fin de promocionar y mantener una buena salud, que es el resultado típico de las actividades de educación para la salud. La *influencia y acción social* describe los resultados de los esfuerzos destinados a potenciar las acciones y el control de los grupos sociales sobre los determinantes de la salud, por ejemplo, los esfuerzos destinados a movilizar a la tercera edad hacia el logro de metas de salud comunes.

Tabla 1.1 Un modelo de resultados de la promoción de la salud

Resultados sociales y de salud	Resultados sociales las medidas incluyen: calidad de vida, independencia funcional, equidad		
	Resultados de salud Las medidas incluyen: reducción de la morbilidad, discapacidad, mortalidad evitable		
Resultados intermedios de salud (<i>determinantes de la salud modificables</i>)	Estilos de vida saludables las medidas incluyen: consumo de tabaco, elecciones alimenticias, actividad física, consumo de alcohol y drogas	Servicios sanitarios eficaces las medidas incluyen: prestación de servicios preventivos, acceso a los servicios sanitarios y su adecuación	Entornos saludables las medidas incluyen: entorno físico seguro, condiciones económicas y sociales que apoyen la salud, buen suministro de alimentos, acceso restringido al tabaco y al alcohol
	Alfabetización para la salud las medidas incluyen: conocimiento relacionado con la salud, actitudes, motivación, intenciones conductuales, habilidades personales, autoeficacia	Acción e influencia sociales las medidas incluyen: participación comunitaria, 'empoderamiento' de la comunidad, normas sociales, opinión pública	Políticas públicas saludables y prácticas organizativas las medidas incluyen: declaraciones políticas, legislación, reglamentación, asignación de recursos, prácticas organizativas
Acciones de promoción de la salud	Educación se pueden citar como ejemplos: educación de los pacientes, educación escolar, comunicación con los medios de comunicación y la prensa escrita	Movilización social se pueden citar como ejemplos: desarrollo de la comunidad, facilitación de los grupos, asesoramiento técnico	Abogacía se pueden citar como ejemplos: lobbying, organización y activismo políticos, superación de la inercia burocrática

Las *prácticas organizativas y las políticas públicas saludables* son el resultado de esfuerzos destinados a superar las barreras estructurales que impiden la salud – el resultado típico de los procesos internos de desarrollo de las políticas del gobierno, o de la abogacía y el *lobbying* externo, que pueden culminar en un cambio legislativo. La legislación de control del tabaco en Europa constituye un buen ejemplo de los esfuerzos combinados de la abogacía interna y externa por el cambio político.

Existe una relación dinámica entre los diferentes resultados y las tres *Acciones de Promoción de la Salud (educación, movilización social y abogacía)*. No existe una relación lineal o estática. La acción de promoción de la salud se puede dirigir al logro de distintos resultados en este campo modificando la orientación o el énfasis de una intervención. Decidir cuál es el mejor punto de partida y cómo se deben combinar las diversas acciones con el fin de alcanzar los resultados deseados de promoción de la salud es esencial para una práctica eficaz de la promoción de la salud.

Un programa típico de promoción de la salud podría consistir en intervenciones dirigidas a los tres factores arriba identificados como resultados de la promoción de la salud. Por ejemplo, un programa que tenga por objeto reducir el consumo de tabaco entre los adolescentes podría consistir en esfuerzos destinados a educar a los jóvenes en relación con las consecuencias negativas del tabaco, en esfuerzos destinados a influir en los padres y en otros modelos de roles sociales con el fin de conseguir que fumar sea menos atractivo / aceptable socialmente para los jóvenes, y en una acción legislativa destinada a limitar el acceso al tabaco y la exposición a su publicidad.

Está implícita la noción de que el cambio a los distintos niveles del resultado tendrá lugar de acuerdo con diferentes escalas de tiempo, dependiendo de la naturaleza de la intervención y del tipo de problema social y sanitario que se aborde. Esto explica también que la relación que existe entre la acción de promoción de la salud y los eventuales resultados de salud sea compleja y difícil de someter a seguimiento. Esto es especialmente aplicable cuando las acciones son múltiples, y cuando los resultados de salud están separados de dichas acciones por un período de tiempo prolongado (p.e. acciones múltiples destinadas a reducir el consumo de tabaco entre los adolescentes producen resultados de salud muchos años después).

Un desafío actual consiste en desarrollar medidas cada vez más fiables y válidas de los indicadores del éxito de la promoción de la salud. La definición y medición de los resultados intermedios de salud, como las conductas orientadas a la salud y los entornos saludables, así como los resultados de la promoción de la salud que puedan influir en los mismos, han puesto a prueba las habilidades de los investigadores durante décadas.

La solución ha residido con frecuencia en la confección de cuestionarios, tests, escalas y protocolos de entrevistas. Dichas herramientas de investigación se utilizan no solamente para obtener información sobre el conocimiento, las actitudes y las conductas personales, sino también para obtener información de entrevistados relevantes (personas clave) en política y práctica organizativa, así como en capacidad y competencia de la comunidad. A pesar de que no existen ‘juegos de herramientas’ de medición de los resultados de la promoción de la salud, se ha aprendido mucho gracias a la experimentación detallada realizada en las décadas pasadas. Actualmente, se está prestando más atención al desarrollo de indicadores e instrumentos que midan los cambios en los resultados de promoción de la salud arriba enumerados^{2,3,4,5,6,7}.

La valoración de la eficacia a más largo plazo de un programa individual en relación con los determinantes de la salud (resultados intermedios del modelo), y con los resultados de salud, es un cometido bastante más complejo. En esta valoración, intervienen una gama de factores, que incluyen la magnitud, alcance y la duración de la intervención, así como una amplia gama de factores no relacionados abiertamente con la intervención, que incluyen los cambios seculares de la sociedad⁸. A este tema haremos referencia más adelante, en este libro.

Conforme a lo anterior, los capítulos siguientes informan sobre una gama de medidas de los impactos y resultados que tienen por objeto definir la 'eficacia' de la promoción de la salud. Algunos capítulos hacen referencia a las medidas de los impactos, como los cambios en el conocimiento y el cambio en las políticas o prácticas organizativas. La mayoría se refieren a los determinantes de la salud como medidas de efectos importantes. Éstos incluyen medidas de los estilos de vida y las condiciones de vida saludables, así como del uso de los servicios sanitarios. Algunos identifican resultados a más largo plazo, incluidos los cambios en el estado de salud, como una reducción de la mortalidad y la morbilidad. Todos los autores han revisado la literatura generada durante más de 20 años de experimentación y descubrimiento de la eficacia de la promoción de la salud. No se han emprendido ni desarrollado nuevas investigaciones.

Métodos de Investigación – El desafío que debemos desarrollar

Para establecer la evidencia, se necesita no solamente que las medidas de la eficacia sean pertinentes a la intervención, sino que el método de investigación utilizado para la evaluación sea también adecuado. El proceso de revisión sistemática utilizado en la medicina basada en evidencia ha identificado los ensayos aleatorios controlados (*randomized controlled trials* – RCT) como el 'patrón oro' de la evaluación de las intervenciones^{9,10}.

Importantes y valorados avances en el conocimiento han sido el resultado de algunas intervenciones de promoción de la salud estrechamente definidas y controladas que han sido evaluadas por medio de la aplicación de un diseño RCT. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estas pruebas han sido posibles solamente cuando se aplican a programas y objetivos de programas estrechamente definidos, basados en relaciones sencillas y directas entre entrada y resultado. Estas pruebas han sido aplicadas a programas de prevención del consumo de tabaco en los centros escolares y a programas de educación de los pacientes en relación con la enfermedad crónica^{11,12}. No obstante, la mayor parte de los fenómenos sociales son más complejos, siendo las relaciones entre los elementos de un modelo muy pocas veces tan sencillas y directas. Los métodos de investigación adoptados deben reflejar esta complejidad, siendo a menudo necesario que la evidencia del éxito de la promoción de la salud añada una gama de fuentes mucho más amplia que los resultados de los metaanálisis y las revisiones sistemáticas de las RTC¹³.

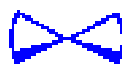
Por último, las decisiones relacionadas con la metodología de evaluación deberían regirse por la naturaleza de la intervención, y no a la inversa. Es posible que los RTC sean demasiado restrictivos para los programas basados en la comunidad y para amplios programas comunitarios que utilizan estrategias de intervención múltiple. Tratar de comprimir dichos programas de promoción de la salud en evaluaciones RTC podría ser en último término contraproducente, ya que esto reduciría la eficacia de los programas o imposibilitaría su reproducción¹⁴.

Evidencia disponible derivada de estudios de casos internacionales sobre el control del tabaco, la prevención del VIH / SIDA y la prevención de lesiones indican que las formas más eficaces de actuación en el campo de la promoción de la salud son aquellas que tienen un gran alcance, que responden a las necesidades de la población diana y que son sostenidas a largo plazo. Los diseños experimentales convencionales, como los ensayos controlados predicen, controlan y evalúan con bastante menos facilidad dichas intervenciones. Esto no equivale a decir que dichos programas no puedan ser objeto de una evaluación o no puedan estar basados en evidencia.

Por ejemplo, los proyectos basados en escuelas *promotoras de salud* en todo el mundo alientan a los centros de enseñanza a desarrollar programas que aborden las necesidades y circunstancias individuales, al tiempo que apoyan formas múltiples de intervención de promoción de la salud dirigidas a mejorar el plan de estudios, el entorno escolar, los servicios sanitarios escolares y la asociación entre los centros de enseñanza y el conjunto de la comunidad. Este enfoque ha sido sistemáticamente examinado por el Consejo Nacional Australiano de Investigación Médica¹⁵ y de Salud. En este informe, la evidencia de la investigación australiana y extranjera se utilizó para informar sobre las recomendaciones relativas a una práctica eficaz (basada en la evidencia). El informe utilizó evidencias derivadas de una combinación de diversos diseños de estudio y una gama de medidas del éxito correspondientes a las distintas formas de intervención.

Valorando el resultado y comprendiendo el proceso

Es importante no solamente establecer la evidencia de aquello que funciona en la promoción de la salud (es decir, la evaluación del resultado), sino también comprender cómo y por qué estas cosas han funcionado (es decir, la evaluación del proceso), de tal manera que el éxito se pueda replicar¹⁶. En este contexto, lo ideal sería que la base de evidencia de la promoción de la salud estuviese constituida por datos derivados de diversas fuentes, pudiendo combinarse y compararse. Esto incluiría estudios experimentales, aunque con frecuencia utilizaría estudios de observación, al igual que información cualitativa y cuantitativa. La aplicación de metodologías de investigación tanto cualitativas como cuantitativas al estudio de las intervenciones puede llevar a una comprensión más completa, que con frecuencia trasciende la mera complementariedad y extrae datos que no revelarían ninguno de estos métodos por separado^{17,18,19}. También es más probable que la evidencia así derivada tenga una importancia práctica que sirva de orientación para crear condiciones que conduzcan al éxito de una intervención.



La investigación cualitativa puede ser particularmente útil en la evaluación de los programas de promoción de la salud. Dicha investigación puede ofrecer una nueva percepción sobre las experiencias de las personas y las circunstancias del entorno y su organización que fortalece, apoya o disminuye las probabilidades de que una intervención tenga éxito. Este conocimiento y percepción es importante a la hora de explicar un éxito o un fracaso observado en cualquier programa dado, siendo esencial para poder replicar y difundir con éxito las nuevas ideas. En la investigación sanitaria, se utilizan diversos métodos cualitativos, si bien todos comparten un compromiso con la comprensión de la 'realidad' desde diferentes perspectivas, entendiendo la conducta orientada a la salud en su contexto día a día, investigando cómo interpretan las personas la información y el asesoramiento, y cómo interactúan las personas y los profesionales sanitarios a nivel individual.

La investigación cualitativa se puede planificar y llevar a cabo al menos con el mismo rigor que la investigación cuantitativa²⁰. También en la investigación cualitativa es necesario identificar los fines, seleccionar el muestreo de los sujetos, y definir y describir el método de investigación y el análisis de los datos²¹. La atención se dirige ahora al desarrollo de criterios de apreciación de los métodos de investigación cualitativa, de tal manera que esta forma de evidencia derivada de la investigación sea asimismo revisada sistemáticamente.

- ▶ Con arreglo a esto, los capítulos que incluimos a continuación informan sobre la evidencia tomando como base una gama de métodos de investigación. Estos métodos incluyen numerosos ensayos controlados, aunque también utilizan información y evidencia derivadas de otros métodos de investigación.

¿Qué programas vale la pena evaluar?

En último término, la evidencia de la eficacia se puede recabar sólo a partir de intervenciones que tengan una probabilidad razonable de éxito.

Con el fin de establecer una evidencia más convincente del efecto de las acciones de promoción de la salud en el tiempo, es necesario planificar los programas de promoción de la salud *en función de una valoración completa de la evidencia derivada de la investigación epidemiológica, conductual y social* que indique la existencia de relaciones razonables entre el impacto a corto plazo de las intervenciones (resultados de la promoción de la salud) y cambios posteriores en los determinantes de la salud y en los resultados de salud²².

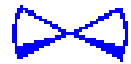


La información sobre los programas debiera estar basada en *teoría* establecida pertinente al tipo de intervención planificada. Existen varias teorías y modelos que se usan de forma generalizada como guía del desarrollo y la implantación de programas, siendo posible adaptarlos a la mayoría de las intervenciones²³.

Es necesario prestar atención a la *creación de las condiciones necesarias para implantar con éxito* un programa. Para ello, podría ser necesario garantizar la existencia de una conciencia pública y política suficiente sobre el tema y la necesidad de acción; desarrollar capacidad para llevar a cabo el programa, por ejemplo, por medio de la formación de personal sanitario; y garantizar los recursos necesarios para implantar y sostener el programa.



Finalmente, el programa de intervención debe tener una *amplitud, duración y sofisticación suficiente para permitir que sea detectable por encima del “ruido de fondo” de los cambios más generales* de la sociedad. Una atención adecuada a estas cuestiones ayudaría en gran medida a evitar circunstancias que permitan que los programas se implanten antes de haber sido suficientemente desarrollados, o que posibiliten que los programas sean demasiado reducidos en relación con una base de actividad para producir una diferencia que pueda ser detectada (sería como probar la eficacia de un fármaco en dosis homeopáticas).



Los diversos capítulos de este libro indican algunos de los desafíos prácticos y científicos a los que nos enfrentamos en el logro de este objetivo. Un enfoque sistemático de la planificación de los programas mejoraría en gran medida las probabilidades de detectar un resultado acertado, al igual que la posibilidad de relacionar los resultados observados con las intervenciones del programa que se describen. Existen en la actualidad varias directrices y modelos que pueden ayudar a desarrollar programas de promoción de la salud sofisticados y acertados (p.e.²⁴).

Dada esta complejidad, no puede existir un único método o medida ‘correcto’ que se pueda utilizar para evaluar la eficacia de los programas, así como tampoco una forma ‘absoluta’ de evidencia. La evidencia de la eficacia está relacionada de forma inextricable con el punto de entrada (tema, población o escenario), el método de intervención de promoción de la salud y la audiencia receptora (responsable de elaborar las políticas, profesional sanitario, investigador académico, etc.).

La promoción de la salud está alcanzando la mayoría de edad. Los últimos 20 años han sido testigo de cómo se recogía y evaluaba la evidencia que aportaba solidez al argumento que justifica el incremento de los recursos inherentes a esta disciplina, y de que ésta constituya una parte más importante en la producción de una sociedad saludable. *Como en todas las ciencias médicas y de salud, la comunidad de promoción de la salud es consciente de que queda mucho camino por recorrer en la mejora de la calidad y el alcance de la evidencia disponible para guiar la toma de decisiones.*

Referencias

- 1 Nutbeam D. Health Outcomes and Health Promotion: Defining success in health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*. 1996; 6(2): 58-60.
- 2 Cheadle, A. Environmental indicators: a tool for evaluating community-based health promotion programs. *American Journal of Preventive Medicine*. 1992; 8: 345-350.
- 3 Goodman R. M., McLeroy K. R., Steckler A. B. and Hoyle R. H. Development of level of institutionalisation scales for health promotion programs. *Health Education Quarterly*. 1993; 20: 161-178.
- 4 Kar S. B., Colman W., Bertolli J and Berkanovic E. Indicators of individual and community action for health promotion. *Health Promotion*. 1988; 3: 59-66.
- 5 Paine A. L. and Fawcett S. B. A methodology for monitoring and evaluating community health coalitions. *Health Education Research*. 1993; 8: 403-416.
- 6 Schultz A. J., Israel B., Zimmerman M. A. and Checkoway B. N. Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels. *Health Education Research*. 1995; 10: 11-25.
- 7 Schwartz R., Goodman R. and Steckler A. Policy and advocacy interventions for health promotion and education advancing the state of practice (Editorial). *Health Education Quarterly*. 1995; 22:421-426.
- 8 Susser M. The tribulations of trials: intervention in communities. *American Journal of Public Health*. 1995; 85: 158.
- 9 Macdonald G., Veen C., Tones K. Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Education Research*. 1996; 11(3): 367-376.
- 10 Speller, V., Learmonth, A., & Harrison, D. The search for evidence of effective health promotion. *British Medical Journal*. 1997; 315: 361-363.
- 11 Bruvold W. H. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health*. 1993; 86: 872-880.
- 12 Mullen P. D., Mains D. A., Velez R. A meta analysis of controlled trials in cardiac patient education. *Patient Education and Counselling*. 1992; 14: 143-62.
- 13 Green, J. and Britten, N. Qualitative research and evidence based medicine. *British Medical Journal*. 1998; 316: 1230-1232.
- 14 Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *British Medical Journal*. 1996; 312: 1215-1218.
- 15 National Health and Medical Research Council. *Effective School Health Promotion: Towards Health Promoting Schools*. Canberra; Australian Government Publishing Service, 1996.
- 16 Tones K. Beyond the randomised controlled trial: a case for 'judicial review'. *Health Education Review*. 1996; 12(2): 1-4.
- 17 De Vries H., Weijts W., Dijkstra M. and Kok G. The utilisation of qualitative and quantitative data for health education program planning, implementation and evaluation: a spiral approach. *Health Education Quarterly*. 1992; 19(1): 101-115.
- 18 Baum F. (1995) Researching public health: beyond the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*. 1995; 55(4): 459-468.
- 19 Steckler A., McLeroy K. R. and Goodman R. M. (1992) Towards Integrating Qualitative and Quantitative Methods: An Introduction. *Health Education Quarterly*. 1992; 19(1): 1-8.
- 20 Greenhalgh T., Taylor R. How to read a paper: Papers that go beyond numbers (qualitative research). *British Medical Journal*. 1997; 315: 740-743.
- 21 Denzin N. K., Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. California: Sage, 1994.
- 22 Nutbeam, D. Evaluating health promotion - progress, problems, and solutions. *Health Promotion International*. 1998; 13(1): 27-44.
- 23 Nutbeam D., Harris E. *Theory in a Nutsbell: A practitioners guide to commonly used theories and models in health promotion*. Sydney, National Centre for Health Promotion. 1998.
- 24 Green L. W., Kreuter M. W. *Health Promotion Planning: An educational and environmental approach*. Mayfield, Mountain View, CA. 1991.

Capítulo Dos

Desafíos Políticos 1

El tema: La cuestión del envejecimiento: Promoción de la salud eficaz en la tercera edad

Los autores: Astrid Fletcher, Profesora de Epidemiología y Envejecimiento en la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), y Directora del Centro de Envejecimiento y Salud Pública de la misma escuela; Elisabeth Breeze, Catedrática de Epidemiología en la LSHTM; Rhiannon Walters, del Londohn Health Economics Consortium.

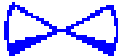
El objeto: Afrontar la cuestión del envejecimiento constituye uno de los mayores desafíos políticos que Europa deberá afrontar en los próximos 25 años. Los autores aducen lo siguiente:

- 1 Existe un campo para mejorar la calidad de vida de la tercera edad
- 2 Deberían priorizarse la percepción de pensiones adecuadas, la salud y los servicios sociales
- 3 Es necesario actuar sobre las barreras que impiden una alimentación saludable
- 4 Los programas de ejercicio físico son una buena inversión
- 5 El *screening* de cáncer de mama es rentable en las mujeres maduras

El programa de Astrid Fletcher se centra en la tercera edad. Su labor incluye estudios de *screening*, epidemiología nutricional, epidemiología y tratamiento de la hipertensión y trabajo oftálmico orientado a la prevención de las alteraciones visuales comunes en la vejez. Elisabeth Breeze ha llevado a cabo investigación social para el gobierno británico, incluida la Encuesta de Salud 1992 (1992 Health Survey) relativa a Inglaterra. Recientemente, se ha especializado en investigación de las desigualdades en salud en la tercera edad. Rhiannon Walters ha trabajado en la promoción de la salud de la tercera edad en Europa con Eurolink Age, y formó parte del equipo que evaluó la estrategia inglesa 'Health of the Nation'.

Afrontando la Nueva Edad

La salud de la tercera edad en la comunidad Europea

La esperanza de vida a edades avanzadas varía considerablemente entre los países de la CE, no siendo, en general, tan favorable como en otras regiones desarrolladas, como América del Norte, Australia y Japón. La mejora de la salud de la tercera edad exige que se preste atención a la calidad, al igual que a la cantidad, de los años que quedan de vida. Las tasas de discapacidad son más altas en las mujeres que en los hombres, lo cual sugiere que, pese a que las mujeres viven más, tienen una esperanza de vida 'libre de discapacidad' similar o menor en 

comparación con los hombres. La discapacidad en la tercera edad es un determinante importante de los costes sanitarios, que representan alrededor del 50% de los presupuestos de atención sanitaria de los países de la CE, estando proyectado que dicho coste se incremente al mismo ritmo que este grupo de población¹.

Muchas enfermedades y dolencias que llevan a la discapacidad en la tercera edad son el resultado de conductas y experiencias de una fase más temprana de la vida. De esta manera, es probable que los estilos de vida y los entornos saludables en las primeras etapas de la vida estén asociados a mayores ganancias de buena salud en la tercera edad. No obstante, hay buenas razones para seguir promoviendo la salud en la tercera edad. En primer lugar, existe evidencia acumulativa que demuestra que el mantenimiento de estilos de vida saludables en la tercera edad está asociado a una ganancia de salud. En segundo lugar, y como factor más importante, existe un amplio potencial para la mejora de la mala salud y la discapacidad a esta edad, es decir, de mejora de la calidad de vida, si se aplican políticas sanitarias y sociales adecuadas. Esto es factible, siendo un cometido que incumbe directamente a los gobiernos.

Es prioritario garantizar que las personas de edad avanzada dispongan de unas pensiones adecuadas que les permitan vivir en entornos saludables, realizar elecciones de estilos de vida y tener acceso a la atención sanitaria y social.

Los servicios sanitarios y sociales de la comunidad mejoran la calidad de vida de las personas de edad, mitigan las minusvalías y reducen la necesidad de vivir en instituciones. Deberían especificarse unos servicios básicos mínimos. La aceptación de dichos servicios y su acceso deberían estar supervisados con el fin de garantizar una distribución equitativa.

Es necesario actuar con el fin de aplicar recomendaciones relativas a una alimentación saludable en la tercera edad. Las personas con bajos ingresos, de edad muy avanzada, aquejadas de dolencias crónicas y los varones mayores corren un riesgo particular de padecer deficiencias nutricionales, debiendo ser objeto de una intervención prioritaria. Sería necesario crear colaboraciones a nivel local y nacional con la industria alimentaria, los organismos encargados de este sector de población y los propios afectados.

Los programas de ejercicio físico destinados a la tercera edad son una buena inversión dado su considerable potencial para ofrecer ganancias de salud. Se necesitarían planes de acceso a bajo coste.

El *screening* de cáncer de mama es rentable en las mujeres maduras. No existe evidencia de la rentabilidad del *screening* del cáncer de próstata. (Se prevé que en un futuro cercano exista evidencia relativa al *screening* de cáncer colorrectal y de “paquetes de discapacidad”).

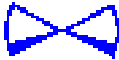
Los gobiernos debieran fijar objetivos de hábitos dietéticos, niveles de actividad y niveles de discapacidad para la tercera edad, debiendo éstos ser supervisados por medio de encuestas de estilo de vida.



Prestación de atención sanitaria y social

El Impacto sanitario

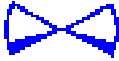
Entre las personas de edad avanzada, especialmente entre los grupos de mayor edad, los servicios sanitarios y sociales desempeñan un papel importante en la mejora de la calidad de vida y la mitigación de las minusvalías que producen las discapacidades en la vejez. Estudios realizados en los países de la UE han demostrado que las discapacidades más corrientes son las siguientes: déficit

de audición, visión y movilidad, problemas para realizar las tareas básicas diarias (como lavarse, vestirse), alteraciones de los pies e incontinencia². La mayoría de las discapacidades son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Por ejemplo, datos británicos demuestran que el 14% de las mujeres de más de 65 años necesitan que las ayuden todos los días para seguir siendo independientes, en comparación con sólo el 7% de los hombres³. A la edad de 85 años, estas cifras ascienden al 40% para las mujeres y al 21% para los hombres. Los servicios esenciales para las personas de edad avanzada incluyen: (1) aquellos que reducen la minusvalía (ayudas destinadas a las personas que no ven bien, incluidas gafas, ayudas auditivas, ayudas para andar y bañarse); (2) aquellos que permiten que las personas de edad avanzada lleven una vida independiente en la comunidad, como el hecho de que les limpien la casa, les hagan la compra, los bañen y les suministren alimentos; (3) aquellos que prestan atención médica o asistencia social, como los servicios domiciliarios o en centros de día y los servicios de incontinencia y podología. La prestación de servicios comunitarios está asociada a resultados de salud y sociales positivos. Los estudios han demostrado diversos beneficios desde la reducción de las admisiones en instituciones y de la mortalidad, a la mejora del bienestar  y el incremento de la independencia funcional, a los que se añade una menor carga para las personas que atienden a los ancianos en la familia⁴. La prestación eficaz de servicios a la tercera edad exige una plena integración de los servicios de atención sanitaria y social y su funcionamiento en asociación con otros organismos y ONG.

Pese a que la prestación de un apoyo que permita a la tercera edad vivir en su casa constituye el objetivo principal de la prestación de servicios a las personas de edad avanzada en la comunidad, hay otra proporción de estas personas con graves discapacidades que necesita atención residencial o social a largo plazo.

Se podría ejercer un impacto de mayor alcance garantizando servicios dentales adecuados. Honkala detalla los efectos de una mala salud dental ▶ *Véase El estudio de un caso de salud oral, Cap. 13*. La salud dental de la tercera edad varía considerablemente entre los países europeos, demostrado las encuestas que el grupo de población de 65 a 74 años sin dientes naturales oscila entre el 13% en Italia y el 65% en Holanda⁵. Las personas de edad avanzada que tienen una mala salud en general, las que no pueden salir de casa y las económica y socialmente desfavorecidas tienen mayor probabilidad de perder dientes, de tener dientes cariados o de sufrir enfermedades periodontales^{6,7}, pero la promoción de la salud puede mejorar esto^{8,9}. Las tasas de utilización de la atención dental son más bajas en las personas de edad que en las personas maduras. Las barreras para utilizar la atención dental incluyen los costes, la falta de una necesidad percibida, las dificultades de transporte y el temor al tratamiento. Cuánto mayor sea la proporción de personas mayores que conserven sus dientes, mayor será la necesidad de servicios de salud dental en una etapa posterior de la vida.

El Impacto económico

Las previsiones demográficas de crecimiento de la población de edad avanzada han provocado alarmas sobre los incrementos resultantes del gasto sanitario y social. La reducción del nivel o la calidad de los servicios tendría impactos negativos considerables en la salud y el bienestar de la tercera edad. La prestación de servicios comunitarios disminuye la necesidad de admisión a atención institucional, siendo una opción mucho más barata y, en consecuencia, más rentable¹⁰. Si bien la prestación de servicios comunitarios puede entrañar una mezcla de gasto público y privado, es esencial que las barreras financieras no impidan su utilización. Cuando existen costes para el usuario, las personas mayores con ingresos bajos están en desventaja. Por ejemplo, la imposición en el Reino Unido de tasas sobre la optometría para los mayores de 65 años se tradujo en una bajada del 20% de la tasa de detección del glaucoma. 

El Impacto Social y Político

Permitir que las personas mayores permanezcan en la comunidad mediante la prestación de servicios sanitarios y sociales ofrece ventajas sociales considerables. Las familias se benefician de una reducción de la carga que supone cuidar a estas personas mayores y de una mayor participación de las personas mayores en los roles familiares, como el cuidado de los nietos. La sociedad se beneficia garantizando que las personas mayores sigan siendo parte integral de la vida de la comunidad, y que las personas que los cuidan puedan seguir trabajando.

Las personas en edad de jubilarse representarán alrededor del 15% de la población europea en el año 2000, lo cual les confiere un poder de voto y consumo importante. La mejora de su salud, principalmente de su calidad de vida, aumenta su valor en la sociedad al permitir que un mayor porcentaje de estas personas siga desempeñando un papel activo.



Mitigando la Pobreza y Reduciendo las Desigualdades en Salud

El Impacto sanitario

La posición económica de muchas personas mayores es desfavorable, existiendo una variación considerable tanto entre como dentro de los Estados miembros de la Comunidad Europea en términos de medición de los niveles de vida y riqueza. Se espera que estas diferencias sigan aumentando en las futuras generaciones de personas de edad, como reflejo de las tendencias actuales del empleo, la jubilación anticipada, la cobertura de los planes de jubilación y la dotación de asistencia social. Los gradientes de la posición socioeconómica y los resultados de salud persisten en la vejez; las personas mayores con indicadores socioeconómicos desfavorables corren un riesgo mayor de muerte, de ingresar en instituciones y de padecer discapacidad^{12,13,14}.

Hay una necesidad urgente de que los gobiernos potencien los planes de jubilación públicos o personales, y de que suministren un nivel decente de financiación pública a aquellas personas, por lo general mujeres, que lo necesitan. Habría que dar prioridad a garantizar que la tercera edad actual y futura tenga ingresos adecuados que le permitan vivir en entornos saludables y elegir opciones de alimentación y ocio también saludables. El nivel mínimo de ingresos dependerá especialmente de la cantidad de atención médica, social y domiciliar que una persona de edad necesite comprar. Como resultado de su participación menor en la fuerza laboral, las mujeres de edad tienen una probabilidad menor de recibir una pensión laboral. Es posible que especialmente las mujeres divorciadas pasen apuros económicos.



En muchos países, los niveles de las pensiones no son adecuados para cubrir los costes de una atención sanitaria adicional. Una recomendación clave de la reciente 'Encuesta sobre las desigualdades en salud' (Inquiry into Inequalities in Health), encargada por el Ministerio de Sanidad del Reino Unido, fue precisamente la subida de las pensiones.

Los proveedores de servicios sanitarios y sociales debieran garantizar que las personas mayores desfavorecidas reciban prestaciones adecuadas a sus necesidades, además de un acceso igualitario a estos servicios. Por ejemplo, en algunos escenarios, se racionalizan los servicios (como la podología), o existen largas listas de espera (operación de cataratas, prótesis de cadera), que probablemente favorecen menos a aquellos mayores que no pueden sufragar estos servicios de su bolsillo.

Muchas personas de edad no están al tanto de su derecho a reclamar la prestación de servicios sanitarios y sociales, o no desean hacerlo. Por ejemplo, una de cada cuatro personas mayores en el Reino Unido que reciben pensiones del Estado no reclaman apoyo en forma de ingresos adicionales. Se debieran implantar medidas destinadas a aumentar la percepción de prestaciones¹².



Manteniendo a la tercera edad en sus hogares

Las personas de edad manifiestan continuamente que prefieren vivir en la comunidad, en lugar de beneficiarse de la atención institucional, ya sea con sus hijos adultos, solas, o con su cónyuge u otra persona mayor. Esto supone proporcionar viviendas construidas con este fin, una mejora de la vivienda existente, ayudas y adaptaciones, prestación de ayuda para las tareas domésticas, cuidados y reparaciones. A largo plazo, existe un potencial en la gerontecnología, tecnología que tiene en cuenta la capacidad para cambiar de las personas mayores y su adaptabilidad¹⁵. También está el ‘diseño universal’, que tiene en cuenta la accesibilidad que ofrecen los edificios a una gama de niveles de discapacidad. Como ejemplos podemos citar la normativa de construcción del Reino Unido (Lifetime Homes) y de Holanda (Senioren Label). El entorno exterior ayuda asimismo a las personas mayores a vivir en un vecindario de su elección. La iluminación, los pavimentos, los cruces de las calles, la disponibilidad de transporte público y su accesibilidad por parte de las personas con discapacidades, la percepción de la seguridad personal y la proximidad de las tiendas y las instalaciones sociales, son todos elementos que contribuyen a sostener un entorno activo y comprometido con la tercera edad.

El Impacto sanitario


Las personas mayores que son independientes tienden a tener una calidad de vida mejor en el sentido de que es menos probable que experimenten un declive funcional que aquellas que viven con adultos distintos al cónyuge¹⁶, siendo también más probable que participen en actividades fuera del hogar que otras personas con el mismo nivel de dependencia que vivan con un nivel similar de apoyo en una residencia¹⁷. Incluso la apariencia de un hogar puede afectar el bienestar y la participación social¹⁸. Se ha demostrado que el compromiso social ejerce un impacto independiente en la mortalidad. *Véase a continuación.*

Sin embargo, para que estas personas permanezcan sanas en sus hogares, se debe prestar atención a la calidad de la vivienda. Es más probable que una vivienda poco satisfactoria sea ocupada por personas más pobres y solas¹⁹. Las casas húmedas, frías y difíciles de calentar pueden llevar a una mortalidad excesiva en invierno²⁰. Las características de la casa, tal como la escasa iluminación incrementan el riesgo de caídas accidentales. En el Reino Unido, alrededor de un tercio de las personas mayores de 65 años sufren una caída por lo menos una vez al año, y una de cada mil de más de 85 años muere a causa de una caída. Hay evidencia de que la valoración y modificación de las viviendas reduciría el número de caídas²¹.

El Impacto social

La vivienda y las instalaciones inciden en la reducción del aislamiento social, que tiene, a su vez, un impacto independiente en el sostenimiento de una buena función vital. Por ejemplo, los teléfonos que pueden utilizar las personas cuya visión, audición o movilidad están disminuidas son vitales para el compromiso con la comunidad. Las tradiciones culturales crean prioridades diferentes en las tareas domésticas que son decisivas para el sentido de respeto de las personas mayores por sí mismas, siendo éste un aspecto con respecto al cual les gustaría recibir apoyo.


El Impacto económico y político

Es más beneficioso para el gasto público mantener a los ancianos en una vivienda de su elección. El apoyo de los servicios sociales a las personas con una discapacidad leve o moderada que viven en su propia casa es más barato que suministrar el mismo nivel de atención a personas que viven en hogares residenciales o asilos²². 

En algunos casos, es esencial embarcarse en una rehabilitación costosa, a pesar de que intervenciones relativamente baratas pueden impedir con frecuencia un mayor gasto. En el Reino Unido, se aplicó un plan de ‘atención y reparación’ relativamente poco costoso destinado a la tercera edad que evitó la necesidad de que el 7% de los clientes dejaran sus hogares, y redujo las dificultades en más del 57%²³.

Una ayuda para las tareas menores u ocasionales puede hacer sostenible que una persona siga viviendo en su casa. Esta clase de apoyo de ‘bajo nivel’, que podría consistir en guisar o limpiar, está particularmente amenazado ya que los servicios sociales establecen prioridades entre las necesidades de números crecientes de personas mayores con un nivel alto de dependencia. Sin compromiso político, las sumas relativamente modestas implicadas en la prestación de este apoyo se podrían perder dentro del bastante más amplio presupuesto de atención sanitaria y social.

En Alemania e Italia, el sistema de asistencia social apoya la tradición de que las personas mayores vivan con sus familias, que reciben prestaciones sociales por cuidar a estas personas. En buena parte de Europa del Norte, aparte de Alemania, es probable que las personas mayores vivan lejos de sus familias y reciban las prestaciones directamente. Algunos países disponen de cantidades importantes de vivienda protegida construida con este fin.

Mantener a las personas en sus hogares es un objetivo que depende de la colaboración de muchos sectores – planificación, construcción, salud y asistencia social – y exige una política coherente, de preferencia con una planificación conjunta. 

Entornos Sociales Mejorados

El Impacto sanitario y social

Se ha demostrado que el aislamiento social y la soledad inciden tanto en la esperanza de la vida²⁴, como la admisión en los asilos de ancianos²⁵. Las intervenciones destinadas a reducir el aislamiento social entre las personas de edad avanzada son una práctica generalizada a nivel local en muchas áreas, siendo puestas en marcha por iglesias y organizaciones de voluntarios, por grupos formados por otras personas mayores y por los servicios sanitarios y sociales.

Las intervenciones eficaces:

- ▶ Son a largo plazo
- ▶ Son actividades colectivas y no persona a persona
- ▶ Están dirigidas a grupos específicos, como las mujeres o las personas con privaciones.
- ▶ Permiten que los participantes ejerzan cierto control
- ▶ Utilizan un enfoque multifacético

Numerosas intervenciones se resisten a una evaluación formal dado que están enfocadas a procesos complejos y no a resultados definidos con claridad. Sin embargo, los estudios demuestran que una combinación de intervenciones que tenga en cuenta las necesidades identificadas por las propias

personas mayores reduce el aislamiento social de estas personas con consecuencias sanitarias beneficiosas²⁶.

El Impacto político

La tercera edad puede contribuir de forma positiva a la comunidad mediante una aportación voluntaria y una participación en las actividades de la misma. Por ejemplo, el programa europeo 'Ageing Well' (Envejecer bien) vincula proyectos en los cuales las personas mayores ofrecen asesoramiento y apoyo en materia de proyectos sanitarios a sus colegas más jóvenes²⁷. Tanto las sociedades como las propias personas mayores saldrían perdiendo si esta contribución fuese ignorada.

Estilos de Vida Saludables

Una Alimentación sana

Los factores asociados a la vejez aumentan el riesgo de una mala nutrición; los hábitos alimentarios pueden verse afectados por la reducción de los ingresos, el aislamiento social, la depresión y la demencia, mientras que las enfermedades y los fármacos pueden interferir en el apetito y en la absorción de los alimentos. Los problemas para alimentarse y masticar son también generalizados⁷. Varios estudios realizados en países europeos han sugerido que porcentajes considerables de personas mayores tienen ingestas nutricionales poco deseables, ya sea en forma de deficiencias nutricionales de determinadas vitaminas o de ingestas poco favorables, como un grado elevado de contenido de grasas en la dieta y bajas ingestas de fruta y verdura (lo cual se observa principalmente en las comunidades de Europa del Norte)^{28,29}. La mala nutrición es más prevalente entre las personas mayores pertenecientes a grupos socioeconómicos bajos³⁰. En muchos países, más del 50% de las personas mayores son obesas, mientras que en los grupos de muy ancianos, la insuficiencia de peso y las bajas ingestas dietéticas son motivo de preocupación.

El Impacto sanitario

Como directrices para una alimentación sana en la tercera edad podemos citar el mantenimiento de una nutrición adecuada y la prevención de deficiencias nutricionales, así como una dieta que reduzca el riesgo de enfermedad, principalmente las dolencias y los ataques cardíacos, por medio de una ingesta menor de grasa y sal, junto con un mayor consumo de fruta y verdura fresca, calcio y vitamina D, y cereales integrales^{31,32,33}. Estas directrices se basan en su mayoría en estudios realizados en las poblaciones de mediana edad. Sin embargo, existe evidencia de que también las personas mayores 'más jóvenes' (65 a 74 años) muestran asociaciones similares relacionadas con la dieta y las enfermedades cardiovasculares (ECV)³⁴, al igual que con otras enfermedades de la vejez, incluidas la cataratas y la degeneración macular³⁵. Estos estudios subrayan la importancia de mantener una buena dieta en la vejez.

Actualmente, se están realizando pruebas suplementarias con vitaminas y multivitaminas específicas que permiten evaluar la evidencia directa del beneficio de las dietas saludables en la vejez. Otras dolencias de la vejez están asociadas a factores dietéticos. Una inmunidad reducida está asociada a una gama de deficiencias en vitaminas y minerales³⁶. Ingestas adecuadas de calcio y vitamina D en la dieta ralentizan la pérdida ósea, mientras que la adición de vitamina D y calcio suplementarios reduce las fracturas debidas a la osteoporosis³⁷. Los bajos niveles de folatos, comunes

en la tercera edad, están asociados a altos niveles de homocisteína y a un mayor riesgo de ECV. Hay pruebas en marcha destinadas a probar los efectos de la adición de ácido fólico suplementario cuando existe riesgo de ECC .

Existe cierta evidencia limitada de que las intervenciones que favorecen una alimentación saludable destinadas a la tercera edad pueden desembocar en cambios en la conducta dietética³⁸. Los resultados más prometedores provienen de estudios de la promoción de la salud multifactorial, que utilizan una estrategia de feedback y fijación de objetivos individuales.



El Impacto social

Las intervenciones a favor de una alimentación saludable que incluyen también un componente social brindan oportunidades de consolidar las redes sociales. Las cafeterías comunitarias pueden servir de fuente de alimentos saludables a bajo coste, y pueden proporcionar educación, adquisición de habilidades nutricionales y contacto social. Los programas de alimentación saludable tienden a subestimar a los hombres. Éstos suelen estar menos relacionados que las mujeres y corren un riesgo mayor de padecer deficiencias nutricionales, especialmente cuando viven solos³⁹. Las oportunidades de implicar e integrar a los hombres mayores en actividades de promoción de la salud constituyen una prioridad de actuación.



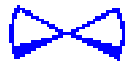
El Impacto económico

Casi no existen datos de eficiencia de rentabilidad relativos a las intervenciones a favor de una alimentación saludable a título individual. Programas estadounidenses impartidos conjuntamente con estrategias de promoción de la salud, incluida una atención preventiva, aportan alguna evidencia de rentabilidad e incluso de ahorro de costes.

El Impacto político

En algunos países europeos, existen políticas nacionales de nutrición que han alcanzado grados variables de mejora de las ingestas dietéticas, principalmente en aquellos países que presentan ingestas de grasa elevadas y un consumo bajo de fruta y verdura. No obstante, las pautas dietéticas de muchos países siguen siendo poco deseables. Las políticas nutricionales especialmente dirigidas a la tercera edad son escasas. Novedades como las Iniciativas de *Screening* Nutricional (Nutrition *Screening* Initiatives), aplicadas en Estados Unidos⁴⁰ y Australia, están siendo evaluadas, pudiendo constituir un instrumento de promoción de la salud más eficaz y adecuado para la tercera edad.

Entre las barreras que impiden una alimentación saludable en la tercera edad podemos citar las siguientes: conocimiento inadecuado de las dietas correctas, mal etiquetado de los alimentos, precios poco razonables y escasa disponibilidad de alimentos saludables, problemas físicos que limiten el acceso a los alimentos y su consumo, falta de apetito e interés por la comida, y problemas dentales.



Para que la tercera edad tenga dietas más saludables, es necesario prestar atención especial a la eliminación de las barreras y a potenciar las oportunidades. Los gobiernos debieran trabajar con la industria alimentaria con el fin de mejorar la dieta de las personas mayores, por ejemplo, mediante un mejor etiquetado y embalaje de los



productos, una reducción del contenido de sal (especialmente de los platos preparados), el desarrollo de envases más pequeños y la promoción de productos con poca grasa.

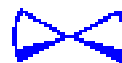
Un factor muy importante en la elección de los alimentos es la Política Agrícola Común de la UE, que influye tanto en el suministro como en la fijación de los precios. Las reformas recientes debieran desembocar en un enfoque con una mayor orientación al consumidor, pero el impacto en la compra de los productos alimenticios, principalmente de aquellos que compra la tercera edad, debe ser supervisado. Los detallistas de productos alimenticios, los transportistas y el sector de voluntariado pueden ayudar mejorando el acceso a las tiendas y llevando y entregando las compras. El contenido nutricional y la aceptabilidad de las comidas que se sirven en los escenarios residenciales o comunitarios debieran ser supervisados.

Ejercicio en la Tercera Edad

La discapacidad y la debilidad podrían ser en gran medida el resultado de no utilizar los músculos y no del inevitable proceso de envejecimiento⁴¹. A una proporción importante de personas mayores les gustan los estilos de vida sedentarios o el ejercicio a niveles realmente mínimos^{41,43,44}, variando la prevalencia de las distintas clases de actividad según las áreas⁴⁵. La tabla 2.1 recoge un análisis detallado de los efectos de la promoción de la salud que implica actividad física en la tercera edad.

El Impacto Sanitario

Los estudios epidemiológicos han asociado el ejercicio aeróbico a una mejora del perfil de los factores de riesgo de la ECV, a una mayor movilidad y capacidad para llevar a cabo las funciones diarias, a menores tasas de fracturas y mayor densidad ósea, a mejores habilidades cognitivas y a una menor depresión^{41,42}. Está claro que el ejercicio mejora el estado físico^{46,47}. Existe evidencia coherente de que 30 minutos de ejercicio de resistencia tres veces a la semana aumentan la oxigenación hasta un grado que permite establecer la diferencia entre llevar una vida día a día independiente o recibir asistencia diaria.




El ejercicio solo no protege frente a las caídas, sino que combinado con el tratamiento individual de otros factores de riesgo, puede llegar a reducir en alrededor de un cuarto el riesgo de sufrir una caída, aunque protege menos frente a las caídas graves⁴⁹. El Tai chi es uno de los métodos más prometedores aplicados a la mejora de la flexibilidad de las personas mayores^{50,51}.

Las tasas de participación en pruebas de ejercicio tienden a ser bajas^{52,53}, existiendo una preocupación creciente sobre la factibilidad de los planes de ejercicio masivo entre las personas mayores. La mayoría de las iniciativas de promoción de la salud incluyen el ejercicio como componente integral; solamente unas cuantas de estas iniciativas han notificado si la actividad de promoción de la salud ha logrado incrementar los niveles de actividad física. Es necesario que un compromiso con la promoción de la salud por medio de la actividad física sea a largo plazo, ya que los beneficios no perduran cuando la actividad se interrumpe.

El Impacto social

La promoción de la salud que implica actividad física depende y lleva por igual a mejoras de la interacción entre la tercera edad y aquellos que la rodean. La implicación de la familia, los compañeros y el personal de asistencia son todos factores que refuerzan la participación y el logro

de los objetivos. Algunos planes utilizan las habilidades de liderazgo entre las generaciones de mayor edad⁵⁴.

Parte del atractivo de las clases de ejercicio puede residir en su componente social, que contribuye de esta manera, a su vez, a la mejora del estado de ánimo e incluso de las habilidades cognitivas. La identidad de grupo puede fomentar sentimientos de autoeficiencia y bienestar⁵⁵. A nivel de la comunidad, las políticas que podrían tanto incrementar la participación en el ejercicio físico como la integración social, incluirían las actuaciones siguientes: implicación de grupos locales en el suministro de facilidades (clubs, profesionales, organizadores de instalaciones recreativas, grupos de interés, como los ecologistas), una mejora de las calles para que se pueda andar por ellas con mayor seguridad y el uso de técnicas educativas que modifiquen las expectativas sobre el nivel de actividad 'adecuado' de la persona mayor. 

El Impacto económico

Los programas de ejercicio físico parecen ser rentables, situándose las estimaciones de los costes por año de vida ganado en 330 libras y en 1.100 libras por evento sanitario evitado (precios de 1993)⁵⁶.

El Impacto político

A este nivel, existen implicaciones para la política de transporte, la planificación urbana y la formación de los profesionales sanitarios. Las políticas de transporte inciden en la salud de modos diferentes – reduciendo o mejorando las oportunidades de hacer ejercicio y tener acceso a las facilidades sociales, las tiendas y la atención sanitaria. Una circulación intensa reduce las actividades peatonales y crea entornos contaminados, mientras que la falta de un transporte público barato perjudica a aquellos que no tienen acceso a un coche – principalmente a las mujeres mayores, a aquellos que tienen mala salud o a aquellos que viven en las zonas rurales¹². La formación de una amplia gama de profesionales sanitarios aumentaría su eficacia en la educación de las personas mayores, minimizando los peligros derivados de un ejercicio inadecuado.

Tabaco

En muchos países europeos, la tercera edad, especialmente los hombres (entre un tercio y un cuarto) sigue fumando, pese a que una proporción considerable ha dejado de hacerlo.

El Impacto sanitario

Las personas mayores que siguen fumando corren un riesgo mayor de muerte, ataque fulminante, ataques al corazón y cataratas, teniendo mayores probabilidades de sufrir una discapacidad debido a problemas respiratorios y de movilidad. Dejar de fumar después de los 65 años reduce el riesgo de ECV y mejora la dificultad respiratoria⁵⁷.

El Impacto económico

El consejo médico se asocia a tasas de abandono del tabaco que rondan el 15% en la población en general, siendo esta actividad considerada una de las actividades más rentables de promoción

de la salud. Unos cuantos estudios han alcanzado resultados similares en relación con la tercera edad, principalmente con respecto al grupo de edad comprendido entre los 65 y los 74 años⁵⁸. El impacto de los precios del tabaco aparece como menos importante en las edades más avanzadas, especialmente para los hombres; las mujeres de todas las edades parecen ser más receptivas al precio. La respuesta a la publicidad sanitaria descende con la edad, posiblemente porque la mayoría de las campañas contra el tabaco han estado dirigidas a personas más jóvenes. Se requieren estrategias destinadas a incrementar el abandono del tabaco entre las personas mayores, siendo éstas particularmente urgentes en vista del aumento de la prevalencia del consumo del tabaco en las cohortes de mujeres que entran ahora en la edad madura.



Screening y Atención Sanitaria Preventiva para la Tercera Edad

El Impacto sanitario

El beneficio potencial del *screening* de cáncer en las personas mayores ha sido demostrado en el cáncer de mama (hasta la edad de 74 años)⁵⁹, actualmente está siendo evaluada la introducción de *screening* en el cáncer colorrectal. El *screening* de cáncer de próstata será improbable en un futuro cercano hasta que no se desarrollen pruebas mejores. El tope de edad para el *screening* de cáncer de cuello de útero en las mujeres mayores sigue siendo motivo de discusión⁶⁰. En algunos países europeos, han sido introducidos programas de *screening* de cáncer de mama, pero no todos los programas (p.e. el programa del Reino Unido) incluyen a mujeres de más de 65 años. La aceptación del *screening* de cáncer de mama por parte de las mujeres de más edad es inferior en relación con las mujeres más jóvenes. Hay evidencia en muchos tipos de cáncer, de que las personas mayores se presentan tarde para el *screening*, ya sea por ignorancia de los síntomas, o por temores sobre el tratamiento y el pronóstico, siendo ésta un área importante que requiere más atención.

Otras actividades de *screening* han estado orientadas a la identificación de la discapacidad, incluida la valoración de una amplia gama de problemas físicos, mentales y sociales. La valoración multidimensional ha sido introducida como política en el Reino Unido, país donde los médicos están contractualmente obligados a ofrecer una revisión médica a las personas a partir de los 75 años. Tanto en Europa, como en Estados Unidos, se han realizado estudios del *screening* multidimensional, pero los resultados son equívocos⁶¹. A pesar de que parecen existir posibles beneficios en materia de mortalidad, reducción de los días de ingreso en el hospital y de las medidas de discapacidad y calidad de vida, los hallazgos de las pruebas no han sido coherentes, así como tampoco suficientemente amplios para producir resultados que permitan informar las decisiones políticas.

Algunos programas estadounidenses de promoción de la salud han encontrado una aceptación mejor de la vacunación antigripal^{62,63,64}. La política relativa a la vacuna antigripal destinada a la tercera edad varía en los países europeos, pero la aceptación es inferior al 50% entre las personas que reúnen los requisitos establecidos^{65,66}. En vista de la rentabilidad de esta vacuna y, en consecuencia, de su potencial de beneficio en la tercera edad, es necesario desarrollar y evaluar estrategias que mejoren dicha aceptación.



El Impacto social

Unas pocas pruebas de *screening* multidimensional han incluido estrategias destinadas a potenciar el soporte social, siendo sus resultados variables⁶¹. Los estudios que potencian las oportunidades de mejora de la socialización (por ejemplo, cursos universitarios, programas de visitas y transporte comunitario) alcanzan un éxito mayor que aquellos que promueven principalmente los servicios médicos o sociales.

El Impacto económico

Es probable que la rentabilidad del *screening* del cáncer de mama en las mujeres de edad muy avanzada sea similar a la de las mujeres más jóvenes del grupo de 65 a 69 años, pero posiblemente el beneficio relativo sea menos favorable en el grupo de 70 a 74. La información sobre la rentabilidad del *screening* multidimensional es inadecuada. Actualmente está en marcha una evaluación de la implicación de recursos, y los beneficios del *screening* multidimensional.

Tabla 2.1: Efectos de la promoción de la salud que implica actividad física para los ancianos

Autor	R C T	Sujetos	Número en cada grupo	Intervención I se refiere al(los) grupo(s) de intervención C se refiere al(los) grupo(s) de control	Duración	Resultado
1 Función física King et al. 1991 ⁵²	Si	Edad 50-65 Sanos	357 en total	Actividad aeróbica para tres grupos de intervención I1: clase de alta intensidad I2: alta intensidad en hogar I3: alta intensidad en hogar C: nada (se llevaba un diario de actividad)	12 m	Aumento medio del 5% de la capacidad aeróbica en 12 meses y aumento del 14% del tiempo que podían pasar en la cinta rodante en los grupos de intervención. Ninguna diferencia significativa entre los grupos de intervención; todos mejores que los de control.
Hill et al. 1993 ⁴⁶	?	Ancianos sedentarios seleccionados por anuncio	I: 87 C: 34 al final del estudio	I: prescripción individual de ejercicio + clases Ejercicio aeróbico C: nada	9-12 m	23% de mejora de la capacidad aeróbica en el grupo de intervención en comparación con ninguna mejora en el grupo de control
Butterworth et al. 1993 ⁶⁷	Si	Mujeres 67-85 Sedentarias, blancas Sanas No fumadoras ni bebedoras asiduas	I: 14 C: 16	I: clases aeróbicas y paseos C: gimnasia	12 s	12,6% de aumento de la capacidad aeróbica en el grupo de intervención en comparación con ninguna mejora en el grupo de control
Buchner et al. 1992 ⁶⁸	mix	Personas maduras		Resumen de muchos estudios		Valoración de 22 documentos: el ejercicio produce un aumento del 5-20% de la capacidad aeróbica en 3-12 meses
Blumenthal et al. 1991 ⁴⁷	Si	Edad 60+ Sanos Miembros del programa Duke	I: 33 C1: 34 C2: 34	I: clases aeróbicas C1: clases de yoga C2: lista de espera (nada) Todos hicieron ejercicio después de 4 meses	4 m + 4 m	11,6% de aumento de la capacidad aeróbica en el grupo de intervención en los primeros cuatro meses y ningún aumento en los grupos de control. Durante el segundo período, cuando todos hacían ejercicio, los grupos de control experimentaron un aumento de la capacidad aeróbica similar a aquella del grupo de intervención en el primer período. El grupo de intervención aumentó la duración del ejercicio y mejoró su ventaja de ritmo cardíaco submáximo más bajo en el primer período, sosteniendo estas mejoras a lo largo del segundo período, especialmente entre aquellos que siguieron haciendo ejercicio.
Ades et al. 1996 ⁶⁹	Si	65+ Sanos Sedentarios	I: 12 C: 12	I: entrenamiento de resistencia con incremento gradual de la dificultad C: valoración solamente	12 s	La resistencia durante los paseos aumentó de 25 a 34 mins en el grupo de intervención, pero no cambió en el grupo de control.

Autor	R C T	Sujetos	Número en cada grupo	Intervención I se refiere al(los) grupo(s) de intervención C se refiere al(los) grupo(s) de control	Duración	Resultado
McMurdo y Johnstone 1995 ⁷⁰	Sí	75+ en viviendas protegidas y con movilidad limitada	86 en total	I: ejercicios de fuerza y flexibilidad en el hogar durante 15 minutos diarios C1: ejercicios de flexibilidad solamente C2: charlas sobre salud Todos eran visitados mensualmente en el hogar	6 m	Ausencia de resultados importantes, pero tendencia a mejorar la movilidad en el grupo de intervención. Sospecha de incumplimiento.
Williams y Lord 1997 ⁷¹	Sí	Mujeres 60+ Sin enfermedad cardiovascular o musculoesquelética importante	I: 97 C: 93	I: clases de aeróbic y fortalecimiento C: valoración solamente	12 m	Mejora la fuerza muscular y del tiempo de reacción como consecuencia del ejercicio
Emery y Gatz 1990 ⁷²	Sí	Residentes en el centro de la ciudad	I: 15 C1: 15 C2: 18	I: clases de aeróbic y fortalecimiento C1: grupo social C2: nada Todos hacían ejercicio después de 12 semanas	12 s + 12 s	El ejercicio no mejoró la flexibilidad
Perrig-Chiello et al. 1998 ⁷³	Sí	Edad 65-95 Interesados en entrenamiento de resistencia	I: 23 C: 23	I: clases de entrenamiento en resistencia C: ningún entrenamiento en resistencia	8 s	El ejercicio aumentó la fuerza muscular
Rooks et al. 1997 ⁷⁴	Sí	Edad 65+ Activos Con acceso a transporte al centro suburbano de la comunidad para las clases	I1:40 I2:40 C: 51	I1: clases para fortalecer los músculos y mejorar el equilibrio, p.e. subir escaleras, ejercicio de rodillas I2: paseos en grupo C: sometidos a revisión semanalmente, pero ningún ejercicio	10 m	El grupo que asistía a clases de ejercicio mejoró en 7 de las 11 medidas destinadas a mejorar la fuerza, el equilibrio y el paso al andar en relación con los controles. El grupo que caminaba mejoró en dos medidas, principalmente en fuerza de las extremidades inferiores
Green y Crouse 1995 ⁴⁸		Ancianos		Un metaanálisis de 29 estudios		Mejora media de la captación de oxígeno del 22,8% debida al ejercicio; la mejora de la capacidad fue mayor en las personas más jóvenes; las sesiones de entrenamiento fueron más prolongadas y la duración del régimen de entrenamiento superior. La mejora fue mayor en los sujetos con una mayor captación inicial de oxígeno.
2. Efectos fisiológicos Emery y Gatz 1990 ⁷²		Véase arriba				Ningún beneficio importante en relación con la presión sanguínea o el ritmo cardíaco
King et al 1991 ⁵²		Véase arriba				Ningún beneficio importante en relación con la presión sanguínea, el peso o los lípidos
Ebrahim y Williams 1992 ⁷⁵	No	Asistentes a las clases diarias	I1:13 I2: 18	I1 e I2: 'Look after your Heart' (cuida su corazón) Clases de ejercicios de relajación y baja intensidad. Ningún grupo de control		Ninguna mejora de la presión sanguínea o el peso
Hill et al. 1996 ⁴⁶		Véase arriba				Pequeña disminución de la presión sanguínea en el grupo de intervención
Butterworth et al. 1993 ⁶⁷		Véase arriba				Ningún cambio de peso

Autor	R C T	Sujetos	Número en cada grupo	Intervención I se refiere al(los) grupo(s) de intervención C se refiere al(los) grupo(s) de control	Duración	Resultado
Mayer et al. 1994 ⁷⁶	Sj	Miembros de una organización de mantenimiento de la salud	I: 900 C: 900 aprox.	I: se fijó un objetivo personalizado para cada participante dependiendo de su problema de salud. Al 42% se le establecieron objetivos de actividad física. Cuatro sesiones de grupo sobre salud mental e independencia, cuatro sesiones de grupo sobre salud física. Los participantes recibieron dos manuales y los supervisores se pusieron en contacto con ellos dos veces. C: nada adicional a las facilidades habituales de la organización Resultados del primer año	Resultados del primer año	Después de un año, los sujetos del grupo de intervención hacían más ejercicio, sin ningún beneficio para la presión sanguínea o el índice de masa corporal
Fagard 1995 metaanálisis ⁷⁷	Mix	Todas las edades:16-72	48 programas 36 artículos	Diversas pautas de ejercicio	4-68 s, media n=1	Durante todos los programas, una reducción media de la presión sanguínea sistólica (sbp) = 5,3 mmHg y de la presión sanguínea diastólica de 4,7 mmHg. Entre las pruebas aleatorizadas controladas con contacto frecuente, los cambios de la presión sanguínea en los normotensos [10 estudios] no fueron muy diferentes de cero. La disminución media en los hipertensos [7 estudios] fue de 7,2 mmHg para la presión sanguínea sistólica y de 4,8 mmHg para la presión sanguínea diastólica.
3. Función cognitiva Williams y Lord 1997 ⁷¹		Véase arriba				La duración de la memoria mejoró solamente en el grupo de intervención. El ejercicio no mejoró la solución de problemas.
Emery y Gatz 1990 ⁷²		Véase arriba				Ausencia de beneficios del ejercicio en las medidas de la solución flexible de problemas, la capacidad para integrar nueva información o la rapidez de la escritura
Blumenthal et al. 1991 ⁴⁷		Véase arriba				Ausencia de beneficios atribuibles al ejercicio en relación con la duración de la memoria, la solución de problemas o la destreza
Hill et al. 1993 ⁴⁶		Véase arriba				Se produjo un deterioro de la memoria y el recuerdo a corto plazo en los controles, pero no en la intervención. Ninguna diferencia entre los grupos en relación con la memoria de trabajo y la atención, así como tampoco con la orientación perceptual y la rapidez psicomotora
Perrig-Chiello et al. 1998 ⁷³		Véase arriba				Ninguna diferencia entre los grupos en relación con la memoria, el recuerdo o la solución de problemas

Autor	R C T	Sujetos	Número en cada grupo	Intervención I se refiere al(los) grupo(s) de intervención C se refiere al(los) grupo(s) de control	Duración	Resultado
Stevenson y Topp 1990 ⁷⁸	Sí	Edad 60+ Sin enfermedad cardiovascular o hipertensión	I1: 39 I2: 33 al final del estudio	I1: ejercicio aeróbico de intensidad moderada I2: ejercicio aeróbico de intensidad baja	9 m	Ambos grupos mejoraron la duración de la atención y la memoria a corto plazo, pero un incremento de la intensidad del ejercicio no produjo mejoras mayores que el ejercicio de baja intensidad
4. Bienestar: efectos psicológicos Williams y Lord 1997 ⁷¹		Véase arriba				El ejercicio mejoró el bienestar notificado por los propios sujetos
Emery y Gatz 1990 ⁷²		Véase arriba				Ningún beneficio para la depresión y la ansiedad. El feedback informal incluyó que los sujetos se sentían mejor y habían mejorado su capacidad funcional
Hill et al. 1993 ⁴⁶		Véase arriba				El ánimo mejoró en el grupo de intervención en relación con el grupo de control
Blumenthal et al. 1991 ⁴⁷						Notificación informal de que los sujetos se sentían mejor para el ejercicio
Emery y Blumenthal 1990 ⁵⁵		Como en Blumenthal et al. 1991				El grupo de intervención experimentó una mejora del ánimo autopercebido, la confianza en sí mismos y la satisfacción después de las 16 semanas del período de prueba. Cuando los controles también hicieron ejercicio durante las segundas 16 semanas, la diferencia entre los grupos desapareció, ya que los controles mejoraron también
Stevenson y Topp 1990 ⁷⁸		Véase arriba				Ninguna mejora importante de la satisfacción con la vida en ninguno de los grupos, pero ésta era alta al comienzo.

Referencias

- 1 Meerdering WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, van der Maas PJ. Demographic and epidemiological determinants of health care costs in Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal*. 1998; 317.- 111-115.
- 2 WHO Regional Office for Europe. *Public Health in Europe no 29. Health, lifestyles and services for the elderly*. World Health Organization. Copenhagen 1989.
- 3 Bennett N, Jarvis L, Rowlands O, Singleton N, Haselden L. *Living in Britain: results from the General Household Survey 1994*. Office for National Statistics. London HMSO 1996.
- 4 Challis D, Chessum R, Chersterman J et al. Community care for the frail elderly: an urban experiment. *British Journal of Social Work*. 1988;18:13-42.
- 5 Bourgeois D, Nihtila A, Mersel A. Prevalence of caries and edentulousness among 65 - 74 year olds in Europe. *Bull WHO*. 1998;76:4:413-417.
- 6 O'Mullane D, Whelton H. *Oral health of Irish adults*. Dublin. Stationery Office 1992.
- 7 Steele JG, Sheiham A, Marcenes W, Walis AW. *National Diet and Nutrition Survey: People aged 65 and over. Vol 2. Report of the oral health survey*. London. The Stationery Office. 1998.
- 8 Petersen PF, Nortov B. The effect of a three year trial of a community dental program for aged pensioners in Denmark. *Ugeskr-Laeger*. 1995;157: 2712-2716.
- 9 De Baat C, Kalk W, Schuil GR. The effectiveness of oral hygiene programmes for elderly people - a review. *Gerodontology*. 1993 10: 109-13.
- 10 Challis D, Davies B. Long term care of the elderly: the community care scheme. *British Journal of Social Work*. 1985;15:563-79.
- 11 Laidlow DAH, Bloom PA, Hughès AO et al. The sight test fee:effect on ophthalmology referrals and rate of glaucoma detection. *British Medical Journal*. 1994; 309: 634-6.
- 12 Acheson D Chairman- *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. London: The Stationary Office 1998.
- 13 Breeze E, Sloggett A, Fletcher A. Socioeconomic status and transitions in old age in relation to limiting long-term illness measured at the 1991 Census. Results from the UK Longitudinal Study. *European Journal of Public Health*. In press.
- 14 Breeze E, Sloggett A, Fletcher A. Socioeconomic and sociodemographic predictors of mortality and institutional residence among -aged and older people: results from the Longitudinal Study. Submitted to the *Journal of Epidemiol. Community Health*.
- 15 Bouma H, Graafmans JAM (eds). *Studies in health technology and informatics*. Volume 3: Gerontechnology. Amsterdam: IOS Press, 1992).
- 16 Sarwari AR, Fredman L, Langenberg P, Magaziner J. Prospective study on the relation between living arrangement and change in functional health status of elderly women. *American Journal of Epidemiol*. 1998; 147(4); 370-8.
- 17 Breeze van Groenou M, Thomese F. The relative importance of independent living for the social functioning of the elderly. *Tijdschrift Gerontol Geriatr*: 1996; 27: 150-158.
- 18 Clark H, Dyer S, Horwood J. *That bit of help. The high value of low level preventative services for older people*. Bristol: Policy Press, 1998.
- 19 Department of the Environment. *English House Conditions Survey 1991: Energy Report*. London. The Stationery Office. 1996.
- 20 Christopherson O. Mortality during the 1996/7 winter. *Population Trends*, 1997; 90: 11-17.
- 21 NHS Centre for Reviews and Dissemination. Preventing falls and subsequent injury in older people. *Effective Health Care*. 1996 2.
- 22 McCafferty P. *Living independently. A study of the housing needs of elderly and disabled people*. London: HMSO/Department of the Environment, 1994.
- 23 Fielder S, McIntosh A, Tremlett N. *Review of Home Improvement Agency Grant Programme. Report of Associated Studies*. Lond. Department of the Environment; 1994.
- 24 Berkman LF. The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In Cohen S, Syme SL (eds). *Social support and health*. New York: Academic Press, 1985.
- 25 Russell DW, Cutona CE, de la Mora A, Wallace RB. Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychological Aging* 1997;12. 574-589.
- 26 Cattani M, White M. Developing evidence-based health promotion for older people: a systematic review and survey of health promotion interventions targeting social isolation and loneliness among older people. *Internet Journal of Health Promotion*. 1998; <http://www.monash.edu.au/health/IJHP/1998/113>.
- 27 Greengross S. Aging well: European health programme for older people. In Heikkinen E, Kuusinen J, Ruoppila I (eds). *Preparation for ageing*. New York: Plenum Press, 1995.

- 28 Osler M, de Groot LC, Enzi G. Intake of vitamins and minerals. Euronut SENECA investigators. *European Journal Clinical Nutrition* 1991; 45: Suppl 3. 121-138.
- 29 Irish Nutrition and Dietetic Institute. *Irish National Nutrition Survey*. Dublin: Irish Nutrition and Dietetic Institute. 1990.
- 30 Finch 5, Doyic W, Lowe C, et al. *National Diet and Nutrition Survey: people aged 65 years and over. Volume 1: Report of the diet and nutrition survey*. London. The Stationery Office. 1998.
- 31 Department of Health. *The Nutrition of elderly people. Report of the Working Group on the Nutrition of Elderly People of the Committee on Medical Aspects of Food Policy*. London HMSO. 1992.
- 32 WHO Technical Report Series 797. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: World Health Organization, Geneva. 1990.
- 33 American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association. nutrition, ageing and the continuum of health care. *Journal of the American Dietetic Association*. 1993; 93: 80-82.
- 34 WHO Technical Report Series 853. *Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases in Elderly People*. World Health Organization, Geneva. 1995.
- 35 Christen W, Glynn Rj, Hennekens CH. Antioxidants and age-related eye disease. Current and future perspectives. *Ann Epidemiol* 1996; 6: 60-66.
- 36 Chandra-RK. Nutrition and the immune system: an introduction. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1997; 66(2): 460S-463S.
- 37 Chapuy MC, Arlot ME, Duboeuf F, et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fracture in elderly women. *N Engl J Med*. 1992; 321: 1637-1642.
- 38 Fletcher A, Rake C. *Effectiveness of interventions to promote healthy eating in elderly. People living in the community*. London; Health Education Authority; 1998.
- 39 Lilley J, Hunt P. *Opportunities for and barriers to change in the dietary behaviour of elderly people*. London; Health Education Authority; 1998.
- 40 Barrocas A, White JV, Gomez C, Smithwick L. *Assessing health status in the elderly: the nutrition screening initiative*. *J Health Care Poor Underserved*. 1996; 7: 210-218.
- 41 Wagner EH, LaCroix AZ, Buchner DM, Larson EB. Effects of physical activity on health status in older adults I: observational studies. *Annual Review of Public Health*. 1992 13: 451-468.
- 42 Department of Education/Health Promotion Unit. *A national survey of involvement in sport and physical activity*. Dublin, Ireland. 1996.
- 43 Elward K, Larson EB. Benefits of exercise for older adults. A review of existing evidence and current recommendations for the general population. *Clin Geriatr Med*. 1992 8(1): 35-50.
- 44 Bennett N, Dodd T, Flatley J, Freeth S, Bolling K. *Health Survey for England 1993*. London. HMSO, London. 1995.
- 45 Cruz JA, Morciras-Varela 0, van-Staveren WA, Trichopoulou A, Roskowski W. Life-style: physical activities and activities of daily living. Euronut SENECA investigators. *European Journal of Clinical Nutrition*. 1991; 45: Suppl 3 139-151.
- 46 Hill RD, Storandt M, Malley M. The impact of long-term exercise training on psychological function in older adults. *Journal of Gerontol. Psychol. Science*. 1993; 48(1): P12-17.
- 47 Blumenthal JA, Emery CF, Madden D et al. Long-term effects of exercise on psychological functioning in older men and women. *Journal of Gerontol. Psychol. Science*. 1991; 46:P 352-361.
- 48 Green JS, Crouse SF. The effects of endurance training on functional capacity in the elderly: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc*. 1995; 27: 920-926.
- 49 Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. *Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly*. In: Gillespie Wj, Madhok R, Murray GD, Robinson CM, Swiontkowski MF (eds.) *Musculoskeletal Injuries Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, [updated 01 December 1997]. Available in The Cochrane Library [database on disk and CDRom]. The Cochrane Collaboration; Issue 1. Oxford: Update Software; 1998. Updated quarterly.
- 50 Wolf SL, Barnhart HX, Kutner NG, McNeely E, Xu T. Self-report benefits of Tai Chi practice in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1997; 52: P 242-246.
- 51 Lan C, Lai JS, Chen SY, Wong MK. Twelve month Tai Chi training in the elderly: its effect on health and fitness. *Med Sci Sports Exerc*. 1998; 30: 345-351.
- 52 King AC, Haskell WL, Taylor CB, Kraemer HC, DeBusk RF. Group- vs home-based exercise training in healthy older men and women. A community-based clinical trial. *JAMA*. 1991; 266: 1535-1542.
- 53 Dishman RK. Motivating older adults to exercise. *Southern Medical Journal*. 1994; 87(5): S79-82.
- 54 Topp R. Development of an exercise program for older adults: pre-exercise testing, exercise prescription and program maintenance. *Nurse Pract*. 1991; 16 :16-28.
- 55 Emery CF, Blumenthal JA. Perceived change among participants in an exercise program for older adults. *Gerontologist*. 1990; 30: 516-521.

-
- 56 Munro J, Brazier J, Davey R, Nicholl J. Physical activity for the over-65s: could it be a cost-effective exercise for the NHS? *Journal of Public Health Med.* 1997; 19: 397-402.
 - 57 Higgins MW, Enright PL, Kronmal RA, Schenker MB, Anton-Culver H, Lyles M. Smoking and lung function in elderly men and women. The Cardiovascular Health Study. *JAMA.* 1993; 269: 2741-2748.
 - 58 Sanders D. *Smoking cessation interventions: is patient education effective.* London: LSHTM. 1992.
 - 59 Chen HH, Tabar L, Fagerberg G, Duffy SW. Effect of breast cancer screening after age 65. *Journal of Medical Screening.* 1995; 2: 10-14. Erratum. *J Med Screen* 1995; 2: 118.
 - 60 Fletcher A. Controversies in screening for breast and cervix cancer. pp 72-84. In George J, Ebrahim S (eds). *Health Care for Older Women.* Oxford; Oxford University Press; 1992.
 - 61 Fletcher AE. Multidimensional assessment of elderly people. *British Medical Bulletin.* 1998; 54: 945-960.
 - 62 Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE, Rubenstein LZ. An in-home preventive assessment program for independent older adults: a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society.* 1994; 42:630-638.
 - 63 Wagner EH, LaCroix AZ, Grothaus L, et al. Preventing disability and falls in older adults: a population-based randomized trial. *American Journal of Public Health.* 1994; 84: 1800-1806.
 - 64 Ohmit SE, Furumoto-Dawson A, Monto AS, Fasano N. Influenza vaccine use among an elderly population in a community intervention. *American Journal of Preventative Medicine.* 1995; 11: 271-6.
 - 65 Warren SS, Nguyen-van-Tam JS, Pearson JCG, Modeley RJ. Practices and policies for influenza immunization in old people's homes in Nottingham (UK) during 1992-3 season: potential for improvement, *Journal of Public Health Med.* 1995;17: 392-396.
 - 66 Nicholson KG. Immunisation against influenza among people aged over 65 living at home in Leicestershire during winter 1991-2. *British Medical Journal.* 1993; 306: 974-6.
 - 67 Butterworth DE, Nieman DC, Perkins R, Warren BJ, Dotson RG. Exercise training and nutrient intake in elderly women. *Journal of the American Dietetic Association.* 1993; 93: 653-657.
 - 68 Buchner DM, Beresford SA, Larson EB, LaCroix AZ, Wagner EH. Effects of physical activity on health status in older adults. 11. Intervention studies. *Annual Review of Public Health.* 1992; 13: 469-488.
 - 69 Ades PA, Ballor DL, Ashikaga T, Utton JL, Nair KS. Weight training improves walking endurance in healthy elderly persons. *Ann Intern Med.* 1996; 124: 568-572.
 - 70 McMurdo ME, Johnstone R. A randomised controlled trial of a home exercise programme for elderly people with poor mobility. *Age Ageing.* 1995; 24: 425-428.
 - 71 Williams P, Lord SR. Effects of group exercise on cognitive functioning and mood in older women. *Australia-New Zealand Journal of Public Health.* 1997; 21: 45-52.
 - 72 Emery CF, Gatz M. Psychological and cognitive effects of an exercise program for community-residing older adults. *Gerontologist.* 1990; 30(2): 184-188.
 - 73 Perrig-Chiello P, Perrig Wj, Ehram R, Staehelin HB, Krings F. The effects of resistance training on well-being and memory in elderly volunteers. *Age Ageing.* 1998;27:469-475.
 - 74 Rooks DS, Kiel DP, Parsons C, Hayes WC. Self-paced resistance training and walking and exercise in community-dwelling older adults: effects on neuromotor performance. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1997; 52: M161-168.
 - 75 Ebrahim S, Williams J. Assessing the effects of a health promotion programme for elderly people. *J Public Health Med.* 1992;14(2): 199-205.
 - 76 Mayer JA, Jermanovich A, Wright BL, Elder JP, Drew JA, Williams SJ. Changes in health behaviours of older adults: the San Diego Medicare Preventive Health Project. *Prev Med.* 1994; 23: 127-133.
 - 77 Fagard RH. Prescription and results of physical activity. *J Cardiovasc Pharmacol.* 1995; 25(suppl 1): S20-27.
 - 78 Stevenson JS, Topp R. Effects of moderate and low intensity long-term exercise by older adults. *Res Nurs Health.* 1990; 13: 209-218.

Capítulo Tres

Desafíos Políticos 2

El tema: Salud mental: El trabajo de la promoción de la salud para enfrentarse a una crisis creciente – ‘una epidemia’ – de enfermedad mental.

Las autoras: Clemens Hosman, Profesora del Departamento de Psicología Clínica y Personalidad, Universidad de Nijmegen, Holanda; Eva Jané Llopis, Investigadora en la Universidad de Nijmegen.

El objeto: La enfermedad mental es uno de los problemas más graves que afrontan las sociedades de toda Europa. Las autoras aducen lo siguiente:

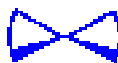
- 1 La ‘epidemia’ de enfermedad mental requiere una inversión importante en promoción de la salud mental
- 2 La promoción de la salud mental ha demostrado ser eficaz y rentable
- 3 Las intervenciones realizadas en la primera infancia y en la adolescencia deber ser prioritarias
- 4 Debiera potenciarse la difusión e implantación de intervenciones basadas en evidencia
- 5 Debieran identificarse directrices de gestión eficaz que permitan mejorar los impactos tanto sanitarios como sociales

Clemens Hosman ha trabajado en prevención durante 30 años y es Profesora de Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales en las Universidades de Maastricht y Nijmegen. Eva Jané Llopis prepara un doctorado y trabaja en estrecha colaboración con la Profesora Hosman. Se graduó en Psicología y Ciencias de la Salud en Barcelona. Ha trabajado en promoción de la salud mental orientada a estrategias de investigación para la prevención de la depresión. También ha trabajado en el desarrollo de una clasificación internacional para ensayos preventivos y el establecimiento de directrices para una gestión eficaz.

Eliminando las sombras de la salud mental

Cinco de las diez causas principales de discapacidad en todo el mundo son dolencias psiquiátricas, como la depresión, el abuso del alcohol, la esquizofrenia y el trastorno compulsivo. El incremento esperado de la contribución de los trastornos psiquiátricos a la carga global de enfermedad en 2020 superará al de la ECV.

Estudios recientes demuestran que entre un 15% y un 20% de los adultos padecen alguna forma de trastorno mental. A esto se añade que la prevalencia a lo largo de la vida se sitúa en un 30-50%³⁵. Estudios de prevalencia realizados con jóvenes muestran una visión también alarmante. Entre el 17% y el 22% de los jóvenes menores de 18 años sufren problemas de desarrollo, emocional y de conducta^{12,18}. Uno de cada ocho padece un trastorno mental, mientras



que entre los niños menos favorecidos, la tasa es de uno entre cinco⁸. Se estima que menos del 20% de estos jóvenes reciben tratamiento adecuado⁵⁷.

Los costes de la enfermedad mental son altos para la sociedad⁴¹. En Estados Unidos, el coste total anual de las enfermedades mentales, como la depresión, la esquizofrenia o los trastornos producidos por la ansiedad, se sitúa entre 40 y 65.000 millones de dólares⁴¹, o en más de 1.000 dólares por ciudadano al año. Se ha notificado que los costes generales relacionados con todas las clases de trastornos mentales alcanzan los 147.000 millones de dólares, a los que se suman otros 98.000 millones de dólares derivados del abuso del alcohol y 66.000 millones de dólares derivados de la drogadicción³⁸. Estos costes superan a aquellos atribuidos al cáncer (104.000 millones de dólares en 1987), la enfermedad respiratoria (99.000 millones de dólares en 1987), el SIDA (66.000 millones de dólares en 1991) o la enfermedad coronaria (43.000 millones de dólares en 1987)²⁹.

No se ha llevado a cabo ninguna otra encuesta a nivel europeo, pero hay evidencia que demuestra que los resultados alcanzarían proporciones similares. Suecia calculó el coste total de los trastornos mentales en un 3,6% del PNB en 1975; Finlandia se situó en un 2% del PNB en 1994. En el Reino Unido, los costes de atención directa de los trastornos mentales representaron el 23% del gasto total del Servicio Nacional de Salud en 1989³⁵.

Es más, en muchos países europeos, las pensiones por discapacidad debidas a una precaria salud mental están aumentando. En Inglaterra, se notificaron más de 167.000 partes de baja laboral en 1994-95 debidos a problemas de salud mental, siendo el número de solicitantes de prestaciones de invalidez superior a 306.000. Se estima que 80 millones de días de trabajo se pierden al año en el Reino Unido debido a la ansiedad y a la depresión, siendo su coste de 5.300 millones. Las ausencias relacionadas con el estrés representarían la mitad de todas las dolencias, siendo su coste de otros 4.000 millones de libras esterlinas⁹. También en Holanda se han notificado datos aún más llamativos en relación con los costes de las prestaciones de invalidez debidas a una enfermedad mental. Desde 1968, el porcentaje anual de nuevos beneficiarios de prestaciones de invalidez debidas a enfermedad mental ha pasado del 11% al 34% en el período comprendido entre 1992 y 1995³⁷.

Los costes de las dolencias mentales no se relacionan solamente con el gasto económico. Los trastornos mentales se asocian asimismo a un incremento de la mortalidad, específicamente en los grupos más jóvenes (20-29 años), estimándose que hasta un 15% de las personas que sufren una depresión o una esquizofrenia importantes se suicidan³⁵. Por ejemplo, en Inglaterra y Gales se registraron 3.579 suicidios, casi 10 muertes diarias, en 1995²⁵. La tasa de mortalidad por anorexia nerviosa ha disminuido durante los últimos diez años debido al reconocimiento de su importancia, pero, desafortunadamente, se mantiene a niveles altos, situados en torno al 6-7% transcurridos 10 años después de la crisis, y en torno al 15-18% después de 20-30 años de la crisis²⁴. Las altas tasas de mortalidad en la tercera edad se relacionan asimismo con enfermedades mentales como Alzheimer y otras demencias.

El coste de los trastornos mentales es alto para los gobiernos y la sociedad por pérdida de productividad en los centros de enseñanza y en el lugar de trabajo, a lo que se añade un alto coste de atención sanitaria. Y estos problemas se están intensificando. La alta prevalencia e incidencia de los trastornos mentales, el ratio de mortalidad asociado y los costes sociales y económicos para la sociedad, plantean un argumento sólido que justifica el desarrollo de políticas de promoción de la salud mental nacionales e internacionales.

Factores clave que aborda la Promoción de la Salud Mental

Existe un volumen considerable de evidencia que demuestra que los programas de promoción de la salud mental funcionan, influyendo de manera positiva en el bienestar mental y en la calidad de vida, al mismo tiempo que reducen el riesgo de padecer trastornos mentales.

Durante los últimos 20 años, se ha avanzado mucho en el desarrollo de acertados programas de promoción de la salud mental basados en evidencia^{4,13,26,38,39,50}. Las actividades de promoción de la salud mental suponen la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permitan un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo. Por consiguiente, dichas iniciativas implican a personas individuales en el proceso de consecución de una salud mental positiva, y potencian la calidad de vida. Se trata de un proceso de mejora, hecho por, con y para las personas. Estas intervenciones se concentran en niveles psicológicos y sociales, como indicadores básicos de calidad de vida:

Factores psicológicos		
Factores afectivos emocionales	Habilidades	Conducta
Autoestima Conocimiento de sí mismo Vinculación positiva a una edad temprana Sentimientos de seguridad Crecimiento socio-emocional	Solución de problemas Capacidad para sobrellevar el estrés Capacidad para afrontar la adversidad Adaptabilidad Habilidades sociales Habilidades para la vida	Autonomía Conducta prosocial Embarazos prematuros Buen cuidado de los hijos Abuso de sustancias que crean Adicción Agresión y delincuencia
Factores sociales		
Interacciones interpersonales positivas Soporte social y contactos Participación social Responsabilidad social y tolerancia		'Empoderamiento' (vecindario, personas mayores) Violencia y delincuencia Integración de las minorías étnicas

Una gama importante de hallazgos de investigación ratifican la considerable eficacia tanto de la promoción de la salud mental, como de las intervenciones de prevención, al abordar estos factores.

Buena parte de estos factores psicológicos y sociales se podrían considerar factores genéricos de riesgo o factores protectores. Desempeñan un papel en el desarrollo de diversos problemas y desórdenes mentales. Fortaleciendo una salud mental positiva, como las habilidades para la vida, se podría establecer una gama amplia de efectos sanitarios y sociales. Dichos factores se abordan también en los programas orientados al VIH / SIDA, al abuso del alcohol y las drogas y a la reducción de la delincuencia. Es necesario tener en cuenta los factores comunes abordados a la hora de adoptar un enfoque de amplio alcance de la promoción de la salud y las actividades preventivas, así como a la hora de definir nuevas políticas sanitarias.

Para concluir, los programas de promoción de la salud mental funcionan. Existe cierto número de programas basados en evidencia que se pueden utilizar de cara a la implantación de la práctica de promoción de la salud mental. La Tabla 3.1 recoge algunos ejemplos en la página 38.

El Impacto Sanitario

La evidencia relativa al impacto sanitario de las intervenciones de promoción de la salud mental demuestra que éstas podrían dar una respuesta preventiva importante a la epidemia de salud

mental. Tomando como base una revisión de los estudios enumerados en la Tabla 3.1 en la página 38, o análisis realizados en revisiones anteriores^{26,27,38}, los efectos sanitarios de la promoción de la salud mental son los siguientes:

Impacto sanitario: campo psicológico		
Aumentos de:		Reducciones de:
Salud mental	Autoestima	Abuso y descuido de menores
Calidad de vida	Dominio	Problemas de aprendizaje
Satisfacción en la vida	Entornos positivos	Problemas de conducta
Competencia		Ajuste psicológico
		Agresión
Impacto sanitario: campo físico		
Aumentos de:		Reducciones de:
Salud materna		Bajo peso al nacer
Desarrollo físico saludable de los niños		Parto prematuro
		Lesiones cerebrales
		Embarazos entre las adolescentes
		SIDA
Impacto sanitario: sintomatología psiquiátrica		
Aumento de:		Reducciones de:
Funcionamiento mental saludable		Síntomas de interiorización
Períodos libres de prestaciones psiquiátricas		Depresión
		Somatización
		Suicidio
		Ansiedad
		Problemas graves de conducta
		Recidivas de episodios psiquiátricos

La investigación se ha concentrado recientemente en la identificación de estrategias eficaces destinadas a alcanzar el impacto sanitario esperado y una mayor calidad de vida.

La evidencia indica que las intervenciones orientadas a potenciar el bienestar mental de los padres han producido un aumento de las actitudes positivas hacia los niños, un conocimiento mejor del comportamiento infantil, un entorno más estimulante y seguro para los niños y un desarrollo psicosocial y físico más saludable. Dado que los niños constituyen un grupo de riesgo, los responsables de confeccionar las políticas debieran considerar las intervenciones basadas tanto en los hogares como en los centros de enseñanza a la hora de aplicar las estrategias de promoción de la salud mental.



Algunas intervenciones basadas en los hogares han demostrado que generan mejoras importantes de la salud mental subjetiva positiva y la calidad de vida en general, en forma de una mayor satisfacción en la vida, sentimientos de bienestar, satisfacción sexual y funcionamiento óptimo en el campo psicológico. Por ejemplo, el Programa USA-STEPP (Steps Towards Effective Enjoyable

Parenting), notificado por Erickson (1989), estaba dirigido a las madres primerizas, y a otras personas con problemas de paternidad, principalmente entre las familias con una base educativa baja. La investigación demostró que se había producido una reducción de la ansiedad y la depresión, una vida familiar mejor organizada y la creación de entornos más estimulantes para los niños.

Como factor importante, los efectos de las intervenciones basadas en los hogares se reflejaron también en los campos de la salud social, en forma de reducciones de los embarazos entre las adolescentes, menos eventos negativos relacionados con un divorcio y una disminución importante de los abusos y el descuido de menores. Programas americanos y europeos, como el Child Development Programme, el Prenatal Infancy Programme y el STEEP Programme, ofrecen evidencia en este sentido.

Las intervenciones de promoción de la salud mental en los centros de enseñanza han generado efectos que incluyen un mejor ajuste psicológico, reducciones de los problemas de aprendizaje, conducta y agresión, y un mejor bienestar mental en general. Por ejemplo, el Proyecto Perry Preschool estadounidense (Weikart y Schweinhart, 1987, 1984), dirigido a los niños de 3-4 años de origen afroamericano, se tradujo en un menor retraso mental y en un mejor ajuste social, demostrando, al ser objeto de un seguimiento en etapas posteriores de la vida, un incremento de la competencia social en la adolescencia y en la primera etapa de la vida adulta. Se ha demostrado que existen efectos de la estimulación precoz de la competencia psicosocial y la educación paterna, 15 años después de que se haya producido. Otras intervenciones basadas en los centros de enseñanza han tenido como resultado una potenciación de la competencia y mejoras de la autoestima, la confianza en sí mismo, el conocimiento de sí mismo y el dominio de las materias escolares, junto con incrementos del soporte social y las percepciones generales de control. Dichas intervenciones han demostrado asimismo una reducción de los sentimientos de autoculpabilidad y soledad, un menor sentido de incompetencia y una mejor capacidad para solucionar los problemas personales.

Por ejemplo, el Programa STAR (Emshof, 1990) dirigido a niños¹¹⁻¹⁴ con padres que abusaban de sustancias adictivas, demostró la existencia de cambios importantes en la percepción del control interno y el concepto de sí mismo, además de disminuciones de la depresión, la soledad y el abuso de sustancias adictivas.

Los aspectos sociales asociados a los efectos de la salud mental en las intervenciones basadas en los centros de enseñanza incluyen una mejora de la sociabilidad con los iguales, las habilidades sociales de adaptación, la tolerancia y el cumplimiento de las reglas, al igual que la asertividad de adaptación. Las intervenciones basadas en los centros de enseñanza han demostrado asimismo la existencia de disminuciones en el consumo de tabaco, el abuso de alcohol, el abuso de sustancias que crean adicción, y las conductas de riesgo, como la práctica del sexo inseguro y el riesgo vital asociado (SIDA). El programa STAR ha producido igualmente, entre otros beneficios positivos, niveles menores de abuso de sustancias que crean adicción. Otros proyectos basados en los centros de enseñanza, como Good Behaviour Game (Kellam et al., 1994, 1991) y el programa Olweus sobre prevención de las intimidaciones (1994), han tenido impactos sanitarios positivos similares, especialmente en la reducción del comportamiento agresivo, habiendo sido implantados en Europa con éxito.

En el área relacionada con el trabajo, los programas de promoción / prevención han incrementado la satisfacción laboral, la motivación y la confianza en las capacidades para salir adelante, habiendo demostrado una reducción de la angustia psicológica. Por ejemplo, el programa USA-JOBS, una intervención de 5 sesiones, notificado por Price et al. en 1992, estaba dirigido a las personas que habían perdido su trabajo involuntariamente y que tenían dificultades económicas y sintomatología depresiva. Este programa estaba orientado a las habilidades para buscar un trabajo, la autoeficacia y el soporte social – entre otras cosas. Tuvo como resultado un incremento

de la autoestima y la confianza para buscar un trabajo, una mayor satisfacción y motivación laboral y reducciones de un tercio de la probabilidad de experimentar un episodio grave de depresión. Este programa se está implantando en todo el mundo con éxito, siendo considerado un programa modelo.



En los aspectos físicos, los programas de promoción de la salud mental han demostrado la existencia de reducciones de los factores de riesgo físico de los trastornos psiquiátricos, como el bajo peso al nacer, los partos prematuros y las lesiones cerebrales. Por ejemplo, el Programa británico Child Development (Baker, Anderson y Challmers, 1992), dirigido a los padres primerizos y a las personas con problemas de paternidad, exhibió una reducción del 50% de las tasas de abuso a menores y una disminución del 41% del registro de protecciones de menores. El Proyecto Prenatal Infancy destinado a prevenir los problemas asociados a la pobreza (Olds 1986, 1988), demostró una reducción del 79% del abuso de menores (en el grupo de alto riesgo), traduciéndose en un número menor de embarazos entre las adolescentes y en una reducción del 56% del uso de la sala de urgencias, junto con una disminución del 75% de los partos prematuros.

En general, muchos programas preventivos han demostrado reducir eficazmente la sintomatología psiquiátrica. A pesar de que la evidencia de una reducción acertada de los trastornos depresivos sigue siendo escasa, estudios recientes han demostrado que se han reducido con éxito los trastornos depresivos, el suicidio y los problemas graves de conducta. La posibilidad de aplicar una prevención primaria acertada de los trastornos mentales aparece ilustrada en el curso 'Coping with Depression' (Clarke et al., 1995). Este curso, ofrecido a adolescentes de alto riesgo, redujo los primeros episodios depresivos del 25,7% al 14,5%. The Swedish Educational Programme (Rutz et al., 1992, 1989), dirigido a impartir educación sobre la depresión, mostró una disminución de las tasas de suicidio de 19,7 por 100.000 habitantes a 7,1 después de tres años. Como factor importante en el capítulo de los costes para el sistema sanitario, este programa notificó una reducción de los días de hospitalización del 70%. El impacto económico fue también importante. Adicionalmente, muchos programas de prevención de las recaídas han demostrado tener éxito, como una intervención social británica basada en las familias de pacientes esquizofrénicos (Leff et al., 1992). Éste es un resultado importante dada la alta tasa de recaídas en la psiquiatría.



El Impacto Social

El colapso de muchos de los factores estabilizantes de la sociedad, responsable de importantes problemas sociales y políticos, ha incrementado la necesidad de una promoción de la salud mental en el hogar, la familia y los entornos de trabajo. La eficacia de dichos tipos de actividades se ha visto reflejada en efectos sociales como los siguientes:

Impacto social:	
Aumentos de:	Reducciones de:
Actitudes positivas hacia los niños	Desempleo
Conocimiento	Divorcio
Sociabilidad con los iguales	Abuso y descuido de menores
Habilidades sociales	Intimidación
Soporté social	Abuso de sustancias adictivas
Tolerancia y cumplimiento de las reglas	Tabaco
Asertividad	Sexo inseguro
Triunfo académico	Absentismo
Consecución de trabajos	Abandono de los estudios
	Años de educación especial
	Delincuencia
	Contactos con la policía
	Carga personal y familiar

Existe evidencia que indica que la promoción de la salud mental y las intervenciones preventivas basadas en los hogares pueden mejorar el funcionamiento familiar. Estudios de evaluación han demostrado que dichas intervenciones inducen actitudes positivas hacia los niños, aportan incrementos del soporte social y el contacto con los amigos, previenen el abuso de menores y reducen el fracaso de la paternidad. Iniciativas británicas como Homestart y Newpin son algunos ejemplos⁴³.



Las iniciativas basadas en los centros de enseñanza se tradujeron en un número menor de años de clases de educación especial, en un mejor rendimiento académico y en disminuciones de las intimidaciones de hasta el 50%⁴⁶.

Las intervenciones relacionadas con el trabajo, como el Programa JOBS, han tenido como resultado un desempleo menor entre los participantes, al igual que la consecución de mejores trabajos en términos de salario, estabilidad y posibilidades de encontrar un trabajo con mayor rapidez. Como dato importante para los empresarios, existe también evidencia de la existencia de disminuciones de la frecuencia de las bajas por enfermedad debidas a trastornos mentales (p.e. la depresión).

Estudios relativos a las intervenciones en la comunidad han demostrado una mejor comprensión, aceptación y adaptación a las personas con enfermedades mentales, tanto por parte de su familia, como de su entorno social. La evidencia demuestra la existencia de reducciones de los estigmas asociados a las enfermedades mentales (p.e. la esquizofrenia), junto con disminuciones de los días de hospitalización y las prestaciones de salud mental afines, además de un diagnóstico y tratamiento más precisos por parte de los generalistas (The Swedish Educational Programme). Dichas intervenciones se pueden traducir asimismo en un descenso de las tasas de suicidio en la comunidad.

Los desafíos que la urbanización plantea a los ciudadanos con ingresos bajos, especialmente a aquellos que pertenecen a las minorías étnicas, están relacionados directamente con los problemas mentales. Las oportunidades limitadas de movilidad social y económica contribuyen a que estas personas abriguen sentimientos de desesperación, impotencia y pérdida de la esperanza. Estas actitudes negativas minan el tejido social de la comunidad y cuestionan los valores básicos, como el compromiso personal, el respeto interpersonal y las relaciones familiares. No es de sorprender que las áreas empobrecidas de nuestras ciudades estén abrumadas por las altas tasas de familias monoparentales, abuso de sustancias adictivas y violencia⁵.

Algunos efectos comunitarios de las intervenciones de promoción de la salud mental están arrojando resultados positivos en relación con cuestiones como el descenso de los embarazos entre las adolescentes, un mejor funcionamiento de los sistemas de enseñanza, descensos de las tasas de abandono de los estudios y del absentismo escolar y tasas más elevadas de alfabetización. También se han producido reducciones del abuso de bebida y drogas y de los accidentes relacionados, así como de la delincuencia, los arrestos y los contactos con la policía (Proyecto Perry Preschool). Algunos programas notifican un mejor ajuste e integración de las minorías étnicas aisladas, como el Programa Británico Granby de Salud Mental en la Comunidad (Community Mental Health)⁴³.



Los gobiernos que abordan el coste tanto social como económico de estos problemas deberían reconocer los resultados positivos de estos tipos de actividades de promoción de la salud.

El Impacto Económico

La promoción de la salud mental se traduce en beneficios económicos generalizados y en resultados rentables. Adicionalmente, apenas si existe evidencia de efectos secundarios negativos. Por lo tanto la promoción de la salud mental es una inversión de bajo riesgo y costo-efectiva.




Hasta la fecha, ningún análisis de coste-beneficio global o a nivel europeo ha intentado cuantificar los beneficios económicos de los programas de promoción de la salud mental. Con todo, incluso la evidencia específicamente relacionada con estos programas comienza a aportar sólidos argumentos, económicos, a favor de una inversión adicional en la promoción de la salud mental.

Los casos hasta ahora mencionados en este documento comienzan a contar la historia. La implantación de The Swedish Educational Programme, que imparte educación a los generalistas en relación con la depresión, costó 62.000 dólares, pero generó unos ahorros estimados en 26 millones de dólares en tres años. El programa JOBS, dirigido a los desempleados y a las familias con bajos ingresos, recuperó tres veces la inversión en 2,5 años, recuperándola más de diez veces después de cinco años. El Programa de Preescolar Perry, dirigido a los niños pobres de familias afroamericanas, costó 1.000 dólares, pero la rentabilidad producida se ha estimado en 9.000 dólares, debido al descenso de los costes de escolarización, al incremento de los impuestos pagados sobre mayores ingresos, y a una reducción de los costes sociales, del sistema judicial y de víctimas de la delincuencia².

Es más, no todos los costes relacionados con los beneficios para la sociedad se pueden estimar en términos económicos. Los resultados de otras intervenciones que no se expresan como ahorros de costes, tienen asimismo un impacto económico indirecto. Dichos factores incluyen la pérdida de productividad, la prevalencia y la incidencia de trastornos, los accidentes y la mortalidad relacionada, así como el sufrimiento individual y la carga para las familias.

Impacto económico: Aumentos de:	Reducciones de:
Beneficios económicos Productividad Beneficios directos para el gobierno	Tasas de mortalidad Días de hospitalización Tratamiento ambulatorio Costes del sistema judicial Gasto en atención sanitaria pública Bajas por enfermedad

El Impacto Político

Parece que la promoción de la salud mental no solamente mejora la salud mental y disminuye el riesgo de padecer trastornos mentales, sino que también contribuye a la reducción de otros problemas en el terreno público, como la agresión y la delincuencia juvenil, el abuso de menores, el abandono de los estudios, la desigualdad social y la pérdida de días de trabajo. 

Es necesario que los responsables de elaborar las políticas adopten y apoyen los pasos que enumeramos a continuación, debiendo contar para ello con la colaboración internacional:

- ▶ Es necesario que los programas que tengan un modelo eficaz sean difundidos por toda Europa y el mundo, a la vez que se emprenden análisis relativos a los resultados probables de su implantación a gran escala. Hay que apoyar con firmeza las iniciativas actuales destinadas a desarrollar un Registro y Clasificación Internacionales accesibles de programas basados en evidencia, debiendo dichas iniciativas contar con sistemas de difusión.
- ▶ Es necesario establecer directrices de indicadores de calidad y gestión de efectos, debiendo dichas directrices ser desarrolladas a partir de principios identificados en programas de promoción de la salud mental eficaces.

La promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad pueden avanzar con firmeza, y existe una necesidad urgente de que esto sea así. Uno de cada cinco adultos padece ya un trastorno mental, de una clase u otra. La proporción de trastornos psiquiátricos en la carga de enfermedad global está creciendo. Cualquier otra enfermedad con dicho número de afectados en toda la comunidad y con la fuerte probabilidad de que dicha cifra siga creciendo, recibiría respuestas políticas contundentes y decisivas. El gobierno que no reaccione pagará un precio político elevado.



Instaríamos a los gobiernos a que consideren la creación de una infraestructura fuerte de soporte del bienestar, a que colaboren internacionalmente en una investigación mejorada de la prevención, a que difundan ampliamente el conocimiento disponible sobre programas eficaces de prevención y promoción de la salud mental, y a que creen una plataforma de política de promoción de la salud mental adecuadamente dotada de recursos. Ésta es la respuesta política eficaz a una 'epidemia' de salud mental en nuestra sociedad.

Tabla 3.1 Ejemplos de Programas Eficaces de Promoción de la Salud Mental y de Prevención de los Trastornos Mentales

ESCENARIO	PROGRAMA	GRUPO OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO Y PROTECCIÓN
Hogar	Child Development Programme (Barker, Anderson y Chalmers, 1992)	Padres primerizos, Problemas de paternidad/maternidad	Paternidad/Maternidad, Autoestima, Autocontrol, Soporte social
	Prenatal Infancy Project (Olds, 1988, 1986)	Madres primerizas, Grupo socioeconómico bajo, Embarazo precoz	Condiciones del parto, Crianza, Hábitos de salud, Soporte social, Abuso de menores, Servicios comunitarios
	STEEP. Steps toward effective enjoyable parenting (Erickson, 1989)	Madres primerizas, Problemas de paternidad/maternidad, Poca educación	Paternidad/Maternidad, Relación íntima positiva
Centro de enseñanza	Perry Pre-school Project (Schweinhart, 1992)	Niños afroamericanos de 3-4 años, Historial de extrema pobreza	Fracaso académico, Problemas precoces de conducta, Privación económica, Compromiso escolar bajo, Educación de los padres
	STAR: Students together & Resourceful (Emshof, 1990)	Niños (11-14) con padres drogadictos	Adicciones, Conducta antisocial, Rendimiento escolar, Habilidades relacionales
	SPEP: School transition environmental programme (Felber y Adam, 1988)	Estudiantes que entran en noveno grado, Grupo socioeconómico bajo, Pertenecían a una minoría	Mantenimiento de niveles de buen funcionamiento, Dificultades académicas y funcionales, Sistema de apoyo por los iguales
Lugar de trabajo	CSP: Caregiver Support Programme (Heaney et al., 1995)	Personal de asistencia y gestores de hogares que ofrecen atención residencial a enfermos mentales	Habilidades individuales, Proceso organizacional, Soporte social, Solución de problemas, Influencia en las decisiones
Comunidad	Jobs Programme (Price et al. 1992)	Pérdida involuntaria del trabajo, Baja asertividad, Dificultades económicas, Desempleo, Sintomatología depresiva	Impotencia, Habilidades para buscar trabajo, Actitudes positivas, Autoeficacia, Habilidades para salir adelante, Soporte social
	Coping with stress course (Clarke et al., 1995)	Adolescentes con alto riesgo de depresión, Sintomatología depresiva	Pensamientos negativos irracionales, Habilidades sociales y para salir adelante
	The Swedish Educational Programme (Rutz et al., 1992, 1989)	Médicos Generalistas	Educación en temas globales de depresión

Referencia por orden alfabético.

- 1 Aronen, E., & Kurkela, S. Long-term Effects of an Early Home-Based Intervention. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 1996; Vol. 35, No. 12, 1665-1672.
- 2 Barnett, Steven. *Lives in the Balance: Age-27 Benefit-Cost Analysis of the High Scope Perry School Program*. Monographs of the High Scope Educational Research Foundation, number eleven. Michigan; 1996.
- 3 Barker, W.; Anderson, R.; & Chalmers, C. *Child Protection: the impact of the Child Development Programme*. University of Bristol: Early Childhood Development Unit; 1992.
- 4 Barton, A.; McElhaney, S.; Hopkins, K.; Heigel, J.; & Salassi, A. Getting Started. *The NMHA Directory of Model Programs to Prevent Mental Disorders and Promote Mental Health*. National Mental Health Association; 1995.
- 5 Black, M. *Urban life and Mental Well-Being*. *Encyclopaedia of Mental Health*. 1998; Volume 3.
- 6 Bloom & Hodges. *The Colorado Separation and Divorce Program: a preventive intervention program for the newly separated persons*. In: R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorian & J. Ramos-Mckay (Eds), 14 ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington: American Psychological Association; 1988.
- 7 Bloom, B.L.; Hodges, W.F.; & Caldwell, R.A. A Preventive Program for the Newly Separated: Initial Evaluation. *Journal of Community Psychology*, 1982; Vol.10, No. 3, 251-264.
- 8 Carton, T., & Weiss, B. The Vanderbilt School-based Counselling Program: An Interagency, Primary-Care Model of Mental Health Services. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*. 1994; Vol. 2, No. 4, 247-253.
- 9 Cooper, C. & Cartwright, S. An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997.

TIPO DE INVESTIGACIÓN	IMPACTO SANITARIO	IMPACTO ECONÓMICO Y SOCIAL
Diseño cuasiexperimental: Cifra experimental pareada con la comunidad	Tasas de abuso de menores un 50% más bajas	Disminución del 41% de la tasa de Registro de Protección de Menores
Diseño experimental (RTC): Comparación experimental y grupo	Disminución del 75% del bajo peso al nacer, reducción del consumo de tabaco y mejora de la dieta de las madres, Descenso del abuso y descuido de menores (19% a 4%)	Disminución del 56% del uso de la sala de urgencias, Menor número de embarazos, Menor número de partos prematuros (75%)
Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Menor ansiedad y depresión, Mejor organización, Entornos más estimulantes para los niños	Actitudes positivas hacia los niños
Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Menor número de retrasos mentales, Mejor ajuste social, Mejor rendimiento académico, Mayor competencia social en la adolescencia y en la primera etapa de la vida adulta	Menos años de educación especial, Menor número de abandonos de los estudios, menor delincuencia, arrestos y contactos con la policía, Menor número de embarazos entre las adolescentes, menor desempleo y mejores trabajos. Cada 1.000 dólares invertidos produjeron un beneficio de 9.000 dólares
Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Cambios de percepción del control interno, Concepto de sí mismo, Disminución de la depresión y la soledad, Niveles menores de abuso de sustancias que crean adicción	Relaciones sociales, Más amigos, Implicación de los iguales, Soporte social percibido, Conexión positiva con la vida escolar
Diseño experimental: Muestra pareada de control	Incrementos menores de las disfunciones emocionales y conductuales (depresión, abuso de sustancias que crean adicción, actos de delincuencia)	Menor número de abandono de los estudios, Mejor rendimiento académico
Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Confianza en las habilidades para salir adelante, Menos síntomas depresivos y somatización en los participantes de alto riesgo	Mejora del clima en el equipo de trabajo, Mayor aportación de recursos de soporte social
Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Mayor satisfacción y motivación laboral, Mayor confianza en sí mismo y para buscar trabajo, Disminuciones de la depresión (39-25%)	Encuentro más rápido de un puesto de trabajo, Mejores trabajos, estabilidad e ingresos. Coste: 286 dólares por persona, Beneficios: 720 dólares por persona después de 32 meses, 10.377 dólares después de 5 años, 1.649 dólares para el gobierno por persona
Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Disminuciones de las tasas de incidencia de la depresión: 25,7% a 14,5%	Análisis de costes actualmente en investigación
Diseño cuasiexperimental: Medidas iniciales	Reducción del 70% de los días de hospitalización, Disminución de las prescripciones de tranquilizantes, Aumento de los antidepresivos	Disminución de los suicidios: de 19,7 por 100.000 habitantes a 7,1 después de 3 años, Reducción de la frecuencia de los permisos por enfermedad debidos a desórdenes depresivos, Diagnóstico adecuado y tratamiento, Costes: 62.000 dólares, Ahorros: 26 millones de dólares (en tres años)

-
- 10 Clarke, G., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. School-Based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents: Findings from two studies. *Journal of Adolescent Research*. 1993; Vol. 9, 183-204.
 - 11 Clarke, G., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., et al. Targeted Prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995; 34, 3, 312-321.
 - 12 Costello, E.J. Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1989; Vol. 28, 836-841.
 - 13 Durlak, J. A. & Wells, A. M. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*. 1997; 25, 115-152.
 - 14 Durlak, J.A. *School-Based Prevention Programs for Children and Adolescents*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.
 - 15 Emshoff, J.G. A preventive intervention with children of alcoholics. *Protecting the children* (p.225-253). Hawthorn Press, Inc. (STAR); 1990.
 - 16 Erickson, M.F. The STEEP Programme: helping young families rise above at-risk. *Family Resource Coalition Report*. 1989; 3, p.14-15.
 - 17 Erickson, M.F., Korfmacher, J., & Egeland, B. Attachments past and present: Implication for therapeutic intervention with mother-infant dyads. *Development and Psychopathology*. 1992; 4, 495-507.
 - 18 Felner, R.D. & Adan, A.M. *The School Transitional Environment Project: An Ecological Intervention and Evaluation*. In: R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorian & J. Ramos-McKay (Eds), 14 ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington: American Psychological Association; 1988.
 - 19 Garvin, V.; Leber, D.; & Kalter, N. Children of Divorce: Predictors of Change Following Preventive Intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1991; 61 (3), 438-447.
 - 20 Greene, R. W., & Ollendick, T. H. Evaluation of a Multidimensional Program for Sixth-Graders in Transition from Elementary to Middle School. *Journal of Community Psychology*. 1993; Vol. 21, 162-176.
 - 21 Health Education Authority. *Mental Health Promotion. A Quality Framework*. Hamilton House. London; 1997.
 - 22 Heaney, C., Israel, B., Schurman, S., Baker, E., House, J., & Hugentobler, M. Industrial relations, worksite stress reduction, and employee well-being: A participatory action research investigation. *Journal of Organizational Behaviour*. 1993; Vol. 14, 495-510.
 - 23 Heaney, C., Price, R., & Rafferty, J. Increasing coping resources at work: a field experiment to increase social support, improve work team functioning, and enhance employee mental health. *Journal of Organizational Behaviour*. 1995; Vol. 16, 335-352.
 - 24 Herzog, D., Nussbaum, K., & Marmor, A. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Eating Disorders*. 1996; Vol. 19, No. 4, 843-859.
 - 25 Home office, Statistical Bulletin April 1996. Government Statistical Service: Statistics of deaths reported to coroners: England and Wales; 1996.
 - 26 Hosman, C.M.H. & Veltman, J.E. *Prevention in Mental Health: A review of the effectiveness of health education and health promotion*. Utrecht: International Union for Health Promotion and Education; 1995.
 - 27 Hosman, C.M.H. *Effectiveness and effect-management in mental health promotion and prevention*. In: Trent, D.R. & Reed, C. (Eds). *Promotion of mental health*, vol. 4, Aldershot: Avebury; 1995.
 - 28 Hosman, C.M.H. *The concept of Mental Health Promotion: a view of the European Network for Mental Health Promotion*. In: *Impact of family, school and media on the well-being of children and adolescents. A policy report*. Luxembourg: ProVita Sana; 1997
 - 29 National Institutes of Health: National Institute of Mental Health. *A Plan for Prevention Research for the National Institute of Mental Health*. NIH Publication, April 1996.
 - 30 Institute of Medicine, (IOM Report). *Research on children and adolescents with mental, behavioural, and developmental disorders*. Washington DC. National Academy Press; 1989.
 - 31 Kazdin, A. Adolescent Mental Health. Prevention and Treatment Programs. *American Psychologist*. 1993; Vol. 48, No. 2, 127-141.
 - 32 Keisler, Ch. Mental Health Policy and Mental Hospitalization. Current directions in psychological science. *American Psychological Society*. 1993; 93-95.
 - 33 Kellam, S.G.; Werthamer-Larson, L.; Dolan, L.J.; Hendricks Brown, C.; Mayer, L.S.; Rebok, G.W.; Anthony, J.C.; Laudolff, J.; & Eldelsohn, G. Developmental Epidemiologically Based Preventive Trials: Baseline Modelling of Early Target Behaviours and Depressive Symptoms. *American Journal of Community Psychology*. 1991; Vol. 19, No. 4, 563-584.

-
- 34 Kellam, S.G.; Rebok, G.W.; Mayer, L.S.; Jalongo, N.; & Kalodner, C.R. Depressive Symptoms over first grade and their response to a developmental epidemiologically based preventive trial aimed at improving achievement. *Development and Psychopathology*. 1994; 6, 463-481.
- 35 Leff, J., Berkowitz, R. *Working with families of schizophrenic patients*. In Breggin P.R., Stern E.M. (Eds): *Psychotherapy of the Psychotic Patient*. Falls Church VA, Haworth Press; 1992.
- 36 Lethinen, V., Riihonen, E., & Lahtinen, E. *Promotion of Mental Health on the European Agenda*. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Finland; 1997.
- 37 Levine, M., Toro, P., & Perkins, D. Social and Community Interventions. *Annual Review Psychology*. 1993; Vol. 44, 525-558.
- 38 LISV (Verman, T.J. & Jehoel-Gijsbers, G.). *Psychische Klachten en de WAO*. Amsterdam, Landelijk Institute Sociale Verzekeringen; 1998.
- 39 Mrazek, P. & Haggerty, R. (Ed). *Reducing risks of mental disorder: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press; 1994.
- 40 Muñoz, R.F. The Prevention of Depression: Current Research and Practice. *Applied & Preventive Psychology*. 1993; 2: 21-33.
- 41 Muñoz, R.F. & Ying, Yu-Wen. The Prevention of Depression: Research and Practice. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1993.
- 42 Muñoz, R. The Prevention of Depression: 'Toward the Healthy Management of Reality. Keynote address presented at the Seventh Annual European Conference on the Promotion of Mental Health held at the Maastricht Expositie & Congress Centrum, Maastricht, the Netherlands; 1997.
- 43 Muñoz, R., Ying, Yu-Wen, Bernal, G., Perez-Stable, E., Sorensen, J., Hargreaves, W., Miranda, J., & Miller, L. Prevention of Depression with Primary Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Community Psychology*. 1995; 23, 2, 199-223.
- 44 Newton, J. *Preventing Mental Illness in Practice*. London & New York, Tavistock/Routledge; 1992.
- 45 Olds, David L. *The Prenatal/Early Infancy Project*. In: R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorian & J. Ramos-McKay (Eds), 14 ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington: American Psychological Association; 1988.
- 46 Olsson, M., Gorman, J., & Pardes, H. Investing in Mental Health Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1995; Vol 183, No. 7, 421-424.
- 47 Olweus, D. Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 1994; Vol 35(7) 1171-1190.
- 48 Pedro-Carrol, J.L., Cowen, E.L., Hightower, A.D. & Guare, J.C. Preventive interventions with latency-aged children of divorce. A replication study. *American Journal of Community Psychology*. 1986; 14, 277-290.
- 49 Pedro-Carroll, J.L. & Cowen, E.L. The Children of Divorce Intervention Program: An investigation of the efficacy of a School-Based Prevention Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1985; Vol. 53, No. 5, 603-611.
- 50 Pedro-Carroll, J.L., Alpert-Gillis, L.J., & Cowen, E.L. An evaluation of the efficacy of a preventive intervention for 4th-6th grade urban children of divorce. *The Journal of Primary Prevention*. 1992; 13, 115-130.
- 51 Price, R. H.; Van Ryn, M.; Vinokur, A. D. Impact of a Preventive Job Search Intervention on the Likelihood of Depression among the Unemployed. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1992; Vol. 33, 158-167.
- 52 Price, R. H.; Cowen, E.L.; Lorian, R.P.; & Ramos-McKay, J. (Eds.). 14 ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington: American Psychological Association; 1988.
- 53 Rice, K., Meyer, A. Preventing depression among young adolescents: preliminary process results of a psycho-educational intervention program. *Journal of Counselling and Development*. 1994; Vol. 73, 145-152.
- 54 Raeburn, J., Atkinson, J., Dubignon, J., Fitzpatrick, J., Mcpherson, M., & Elkind, G. Superhealth Basic: Development and Evaluation of a Low-Cost Community-based Lifestyle Change Programme. *Psychology and Health*. 1994; Vol. 9, 383-395.
- 55 Rihmer, Z., Rutz, W., & Pihlgren, H. Depression and Suicide on Gotland: An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*. 1995; Vol 35, 147-152.
- 56 Rutz, W. Knorrng, L., Walinder, J. Long-term effects on an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; Vol. 85, 83-88.
-

-
- 57 Rutz, W., Walinder, J., Eberhard, G., Holmberg, G., Knorrning, L., Knoeving, L. von., Wistedt, B., & Wistedt, A. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand.* 1989; Vol. 79, 19-26.
 - 58 Rutz, W., Carlsson, P., Knorrning, L., & Walinder, J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1992; Vol. 85, 457-464.
 - 59 Rutz, W. Prevention of suicide and depression. *Nordic Journal of Psychiatry.* 1996; Vol. 50. 61-67.
 - 60 Sandler, I.; West, S.; Baca, L.; Pillow, D.; Gersten, J.; Rogosch, F.; Virdin, L.; Beals, J.; Reynolds, K.; Kaligren, C.; Tein, J-Y.; Kriege, G.; Cole, E.; & Ramirez, R. Linking Empirically Based Theory and Evaluation: The Family Bereavement Program. *American Journal of Community Psychology.* 1992; Vol. 20, No. 4, 491-521.
 - 61 Silverman, R.P. *Widow-to-Widow: A Mutual Help Program for the Widowed.* In: R. H. Price, E.L. Cowen, R.P Lorian, J. Ramos-McKay (Eds), 14 ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington: American Psychological Association; 1988.
 - 62 Tuma, J. Mental Health Services for Children. The State of the Art. *American Psychologist.* 1989; Vol. 44, No. 2, 188-199.
 - 63 Vinokur A., van Ryn, M., Gramlich, E., Price, R. Long-Term Follow-up and Benefit-Cost Analysis of the Jobs Program: A Preventive Intervention for the Unemployed. *Journal of Applied Psychology.* 1991; Vol 76, No 2, 213-219.
 - 64 Weissberg, R., Cowen, E., Lotyczewski, B., & Gesten, E. The Primary Mental Health Project: Seven Consecutive Years of Program Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1983; Vol. 51, No. 1, 100-107.
 - 65 Weissberg, R., Caplan, M., Harwood, R. Promoting Competent Young People in Competence-Enhancing Environments: A Systems-Based Perspective on Primary Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1991; Vol. 59, No. 6, 830-841.

Capítulo Cuatro

Desafíos Políticos 3

El tema: Juventud desescolarizada: eficacia de la promoción de la salud en su objetivo de llegar a la juventud fuera del sistema

El autor: Mitchell Warren, Director de Asuntos Internacionales, the Female Health Company, con experiencia práctica en el diseño y la implantación de programas de salud reproductiva.

El objeto: Las cuestiones que afectan a la juventud desescolarizada son políticamente molestas, siendo este grupo una audiencia ignorada con frecuencia. Es difícil, aunque no imposible, hacerles llegar los mensajes de promoción de la salud. El autor aduce lo siguiente:

- 1 La juventud desescolarizada constituye una audiencia heterogénea
- 2 Los jóvenes adultos deben participar en todos los aspectos de las intervenciones
- 3 Las intervenciones eficaces abordan no solamente la cuestión de la salud, sino también los factores del entorno y las normas sociales que influyen en gran medida en la conducta
- 4 Es decisivo que los “mediadores” y las partes interesadas participen desde el principio
- 5 Es necesario que las redes de apoyo y las actividades de formación pertinentes prosigan a lo largo de la vida de un proyecto

Antes de asumir su cargo actual, Mitchell Warren pasó seis años en Population Services International diseñando e implantando actividades de marketing social, comunicaciones y promoción de la salud. Ha trabajado en África, Europa, Rusia y Asia. Colabora con Ministerios de Sanidad, con donantes internacionales, organismos de las UN y ONG.

Fuera del juego – pero alcanzables

La juventud desescolarizada representa un desafío enorme para aquellos que elaboran las políticas y los profesionales de salud pública. La juventud desescolarizada es heterogénea; no existe algo llamado población ‘típica’ de jóvenes desescolarizados.

Sin embargo, estamos hablando de un grupo vulnerable a la enfermedad y a los comportamientos de riesgo, de un grupo difícil de alcanzar a través de los medios educativos convencionales, y que suele hacer oídos sordos a los mensajes sanitarios tradicionales, especialmente cuando éstos son presentados por figuras de autoridad. El abuso del tabaco, alcohol y drogas, el embarazo involuntario, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (incluido el VIH / SIDA), el suicidio, la explotación social y económica, los trastornos alimentarios

y la violencia, se encuentran entre los numerosos factores de riesgo que inciden en el bienestar y en el futuro de los jóvenes desescolarizados^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}.


Diversos proyectos de promoción de la salud, comunicación y marketing social han tratado de abordar el problema de los jóvenes vulnerables desarrollando campañas para y, lo que es más importante, con estos jóvenes. Las iniciativas sanitarias más acertadas dirigidas a los adolescentes tratan de abordar tanto cuestiones de salud específicas, como las abrumadoras condiciones sociales y económicas que crean el entorno que expone a la juventud desescolarizada a una carga desproporcionada de enfermedad y conductas de alto riesgo en primer lugar.

El desarrollo de programas de formación educativa impartidos por otros jóvenes, campañas mediáticas focalizadas y la distribución de información, productos y servicios focalizados, tienen todos los elementos que han contribuido a ofrecer a los adolescentes mejores elecciones y acceso a opciones viables. Revisando los programas de salud reproductiva bien diseñados, dirigidos a los adolescentes de todo el mundo, Israel et al. destacan siete puntos clave que son decisivos para el éxito de las intervenciones^{12,13}:

- ▶ Las intervenciones eficaces abordan no solamente la cuestión de la conducta de los propios jóvenes adultos, sino también los factores del entorno y las normas sociales que influyen en gran medida en dicha conducta.
- ▶ La participación de los 'mediadores' y las partes interesadas desde el comienzo de los proyectos es un factor clave del éxito. Los programas acertados incluyen intervenciones destinadas a los propios jóvenes, así como a los proveedores de servicios, los planificadores de los medios, otros educadores jóvenes, los responsables de elaborar políticas, los líderes económicos y civiles, los líderes religiosos, los padres y otros.
- ▶ Los jóvenes adultos deben participar en todos los aspectos de las intervenciones. La participación de la audiencia objetivo permite comprender mejor las necesidades de dicha audiencia, diseñar mensajes y materiales más eficaces y adquirir una mejor percepción de los contextos en los cuales estos jóvenes practican sus conductas.
- ▶ Las actividades de abogacía mediática son un complemento importante de las intervenciones focalizadas. Los medios pueden desempeñar un papel decisivo en la creación de un entorno en el cual se puedan discutir temas delicados, aportando legitimidad a la discusión de conductas protectoras no familiares, y modelando términos y tácticas que puedan conseguir que esta discusión sea más probable y cómoda.
- ▶ Es esencial someter todos los mensajes a un 'pretest', de tal manera que éstos puedan abordar un objetivo específico y sean culturalmente relevantes, creíbles y "factibles" para la audiencia objetivo.
- ▶ Es necesario que las redes de apoyo y las actividades de formación pertinentes prosigan a lo largo de la vida de cada proyecto.
- ▶ Todos los proyectos debieran incluir una evaluación bien diseñada que permita documentar en su totalidad aquello que haya o no funcionado para su uso en una planificación y replicación futuras.

Los proyectos que han triunfado se han distinguido por el hecho de que aportan tanto la motivación necesaria para un cambio de conducta – por medio de una educación por iguales, estrategias de comunicación y otros enfoques basados en el diálogo – como una accesibilidad a los productos y servicios necesarios para practicar el cambio de conducta – preservativos masculinos y femeninos, servicios de asesoramiento, jeringuillas desechables y mantenimiento con metadona, por ejemplo¹⁴⁻¹⁸.

A esto se añade que al conseguir el compromiso de los miembros de la audiencia de jóvenes desescolarizados con el desarrollo real de los componentes de los proyectos, estos proyectos han podido producir materiales e intervenciones interpersonales bien adaptadas a la audiencia, otorgando a los miembros de la audiencia objetivo responsabilidad en los proyectos y generando un sentido de la urgencia y de la importancia de estas cuestiones¹⁹.

Adicionalmente, estos proyectos han ayudado a entablar un diálogo cultural, religioso y social sobre cuestiones sanitarias clave relacionadas con la adolescencia, configurando la política pública, modificando las normas de la comunidad y brindando a los jóvenes tradicionalmente marginados oportunidades de considerar, y en algunos casos de implantar, opciones de cambio de conducta. 


El Impacto Sanitario

Impacto clave:

Diversos programas focalizados produjeron el impacto sanitario siguiente:

- ▶ Incremento del uso del preservativo
- ▶ Descenso de la actividad sexual de alto riesgo
- ▶ Incremento de la percepción de las conductas de asunción de riesgo
- ▶ Reducción general del riesgo
- ▶ Descenso del consumo de drogas

La promoción de la salud funciona con mayor eficacia cuando la comunicación y el aprendizaje conducen a un cambio de conducta. Los investigadores Aggleton y Rivers explican lo siguiente: ‘Hay que persuadir a los jóvenes de que un tema de salud es importante para ellos. Es necesario que tengan lugar determinadas intervenciones facilitadoras a nivel de la política pública que garanticen que los jóvenes puedan comportarse de modos que protejan su salud¹⁹. Lograr persuadir a los jóvenes para que tomen medidas que los protejan, y cambiar las normas sociales para que la prevención sea posible, son los objetivos clave de las campañas acertadas de promoción de la salud.

La encuesta TeensTell Teens realizada por jóvenes en Newark, Nueva Jersey (EE.UU), generó una valoración de la salud de los adolescentes desde la perspectiva de los propios adolescentes de riesgo²⁰. El compromiso con la implicación de los jóvenes a lo largo de este proceso ha supuesto que los proyectos que han tenido éxito: 

- ▶ Produzcan materiales escritos en el lenguaje vernáculo y visual de la audiencia – algo de importancia vital para los jóvenes desescolarizados, que con frecuencia tienen una formación académica formal limitada^{21,24};
- ▶ Transmitan las comunicaciones por medio de canales mediáticos altamente específicos que permiten llegar a la audiencia^{22,23},
- ▶ Pongan a disposición de los jóvenes los productos y servicios necesarios dónde y cuándo éstos los necesitan²⁴.

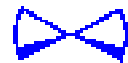


Dado lo enormemente complejo que resulta llegar a los jóvenes desescolarizados, las intervenciones acertadas son a menudo multifacéticas. En Portland, Oregón (EE.UU), el Proyecto ACTION funcionó a cuatro niveles integrados que condujeron a importantes resultados de salud, presentados en la tabla siguiente¹⁷:

Componentes de una campaña integrada	Impacto sanitario importante
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Movilización de la comunidad ▶ Medios de comunicación de masas y abogacía mediática ▶ Accesibilidad a preservativos ▶ Acceso y consejo por iguales 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Incremento del uso del preservativo entre los nuevos colaboradores ▶ Incremento del uso constante del preservativo ▶ Descenso de la actividad sexual declarada

Los programas de amplio alcance que ofrecen una gama de opciones a los jóvenes de manera no crítica tienen más probabilidades de motivar una conducta saludable.

Varios estudios sugieren que los programas que combinan el sexo seguro y la abstinencia ofrecen mayores probabilidades de retardar el comienzo de la actividad sexual, disminuir dicha actividad y aumentar el uso de los anticonceptivos¹⁹. Por ejemplo, la campaña ‘The Fleet of Hope’ de Tanzania utiliza materiales que presentan en tres barcos diferentes prácticas sexuales más seguras que impiden que las personas se ahoguen – los compromisos con la abstinencia, la fidelidad y el uso del preservativo. ‘Si una persona no se siente a gusto en un barco determinado, no debe saltar al agua, sino pasar a otro barco’. Los jóvenes que han recibido el mensaje de esta campaña registran un mayor grado de percepción del riesgo que representan las ETS y el embarazo no deseado. Este programa también ha ayudado a los jóvenes a examinar los aspectos positivos de la salud sexual que varios expertos sugieren como punto central de la reorientación de las actitudes y prácticas de los jóvenes^{19,30}. Dado que pone el énfasis en la responsabilidad individual y en la elección del cambio, este proyecto aborda también la autoeficacia.



Con el fin de incidir positivamente en la salud, los programas de promoción de la salud negocian cuidadosamente con la audiencia objetivo. Una intervención mediática participativa realizada en Sudáfrica comenzó como actividad de prevención del SIDA, pero rápidamente modificó su orientación hacia la prevención del embarazo, porque a los miembros de la audiencia objetivo les preocupaba más este beneficio para la salud. Al cambiar de orientación, este proyecto se mostró receptivo a las inquietudes de la audiencia, y mostró impacto sanitario al respecto, al tiempo permitió abordar determinadas cuestiones clave relativas al VIH / SIDA²⁶.

Existe una relación de intercambio que hay que negociar con cuidado. Los programas deben ser receptivos a la audiencia objetivo, al tiempo que intentan garantizar que un amplio espectro de cuestiones sanitarias sea abordado.

Dicho equilibrio se supo alcanzar en el proyecto de prevención del SIDA de 1992, dirigido a los chicos de la calle de Belo Horizonte, Brasil, en el cual los investigadores llegaron a la conclusión de que los ‘chicos de la calle valoraban la buena salud solamente en la medida en que les permitía sobrevivir día a día en las calles’. De allí que el tema que se desarrolló para este proyecto fuese el siguiente: ‘La juventud que sabe ganarse la vida en las calles puede mantenerse fuerte sin SIDA’. Se lanzaron un vídeo y un tebeo, y una encuesta de seguimiento mostró que el uso de las drogas había disminuido, mientras que el uso del preservativo y las jeringuillas desechables había aumentado¹⁹.

El Impacto Social

Impacto clave:

Diversos programas focalizados produjeron el impacto social siguiente:

- ▶ Diálogo generacional
- ▶ ‘Mediadores’ y centros de servicio ‘amigos de los jóvenes’
- ▶ Cambio de las normas culturales
- ▶ Empoderamiento de la juventud

Los entornos sociales ejercen una influencia enorme en las vidas y conductas de los jóvenes, principalmente en la juventud desescolarizada. ‘No es probable que los jóvenes en general, pero especialmente aquellos que se encuentran en los márgenes de la sociedad, puedan reducir la asunción de riesgo a menos que se cubran sus necesidades básicas y más inmediatas. Las estrategias de reducción de riesgos no deberían estar aisladas de contextos más amplios de promoción de la salud, del entendimiento acerca de la salud y las circunstancias sociales y materiales de las vidas de las personas jóvenes²⁸.

La realidad para muchos jóvenes es un entorno que fomenta la alienación, más que apoyarlos para su desarrollo personal. Los cambios de la estructura familiar y un mayor uso y disponibilidad de drogas, las prácticas sexuales inseguras, la violencia y los delitos, son todos factores que han desembocado en entornos donde están comprometidas la salud, las conductas saludables y las perspectivas a largo plazo de un ‘futuro prometedor’. En consecuencia, para abordar el estado de salud de los jóvenes, se necesita un mayor compromiso con estas causas subyacentes.

Numerosas revisiones y evaluaciones de la promoción de la salud de los adolescentes han llegado a la conclusión de que la formación en las habilidades para salir adelante, la negociación interpersonal, las habilidades de comunicación y otras habilidades generales para la vida fortalecen los resultados de conducta protectora^{17,26,27,28,29,30,31}.



En un exitoso proyecto dirigido a los adolescentes de las calles de Nueva York, en el que se impartía formación en habilidades generales para la vida, al tiempo que se ofrecía acceso a la atención sanitaria y a otros recursos, se produjeron incrementos considerables de una conducta saludable²⁹.

Los programas accesibles y orientados a los jóvenes son esenciales para conectar con aquellos jóvenes a los cuales llega con dificultad la atención sanitaria y el soporte social que necesitan, se merecen y que a menudo se les niega³⁶.

Los proyectos eficaces de promoción de la salud de vanguardia han ilustrado la necesidad de ir más allá de los mensajes conductuales, y considerar el entorno social o cultural más amplio que condiciona a los jóvenes adultos, y a sus acciones de búsqueda de la salud o de puesta en peligro de la misma¹⁷. Una política pública saludable debe contribuir a un entorno social y a una infraestructura política que satisfagan las necesidades³²:

- ▶ Relacionadas con las habilidades personales que los jóvenes consideran importantes para salvaguardar su propia salud y la de los demás
- ▶ Relacionadas con los entornos y los escenarios que los propios jóvenes consideran como de apoyo
- ▶ Relacionadas con modos de acción comunitaria que redunden en mayor medida en un cambio que proteja la salud o la potencia



La promoción de la salud funciona continuamente a niveles múltiples, abordando a audiencias múltiples, que incluyen la audiencia objetivo real y todas las audiencias que actúan como partes interesadas o ‘mediadores’ de la población objetivo.

Diálogo generacional

La juventud no se puede aislar de la cultura y la comunidad donde ha crecido. La familia y los contextos sociales han sido asociados a la salud y a las conductas de riesgo de los adolescentes, los padres, los adultos, profesionales y los líderes de la comunidad, desempeñan todos un papel en la mejora o en el compromiso con la salud de los jóvenes³³.

En muchas culturas, las cuestiones de salud como el sexo, las drogas y la violencia constituyen temas tabú de conversación en el seno de las familias y las comunidades. Tales tabúes son puestos en entredicho por medio de campañas mediáticas que promocionan la responsabilidad con la salud y fomentan la comunicación entre los jóvenes y sus padres^{17,34}. Los padres deben aceptar la necesidad de desempeñar un papel activo en la configuración de las conductas protectoras de los jóvenes^{35,38}.

Los ‘Mediadores’

El hecho de que la promoción de la salud aborde a la juventud como parte de redes familiares puede modificar no solamente la conducta de los jóvenes, sino también las actitudes y percepciones de los adultos que los rodean. Los ‘mediadores’ son los profesionales clave de una comunidad que configuran las opiniones y el acceso a la información, los productos y los servicios que garantizan la salud. Abordar las concepciones previas de los ‘mediadores’ es una estrategia de promoción de la salud importante.

Dotar a aquellos que prestan servicios a los jóvenes de una comprensión holística de la salud y los riesgos que corre la salud de este grupo ha sido importante en la prestación de mejores servicios a los jóvenes^{36,37,38,39}. El proyecto Bridgeport TOPS puso a una población marginal en el centro de la agenda de una comunidad, incrementando con éxito el conocimiento de dicha comunidad con respecto a las cuestiones de salud de los adolescentes, a la vez que se concentraba en su audiencia principal: los jóvenes desescolarizados, los jóvenes desatendidos³⁵.



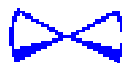
Componentes integrales de la campaña	Impacto social importante
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Acceso y remisión a la atención sanitaria y otros servicios ▶ Acceso y consejo por iguales ▶ Educación por iguales ▶ Servicios en colaboración con los proveedores tradicionales ▶ Formación cultural de los proveedores de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ayudó a los adolescentes a acceder a los servicios sanitarios y de apoyo ▶ Ayudó a los adolescentes a mantenerse en contacto con los servicios con el fin de garantizar la atención y la continuidad ▶ Permitió mejorar los servicios existentes y desarrollar otros nuevos ▶ Modificó el modo en que los proveedores de servicios y los organismos de planificación veían a la juventud

Una amplia revisión de las iniciativas relacionadas con la salud de los adolescentes llegó a la conclusión de que los dispensarios, centros y servicios que prestan con éxito un servicio a los jóvenes tienen las características siguientes en común⁴⁰:

- ▶ Confidencialidad
- ▶ Personal de recepción formado para tratar con los jóvenes
- ▶ Horario de atención conveniente
- ▶ Accesibles desde las rutas de transporte principales
- ▶ Amplia publicidad
- ▶ Los jóvenes pueden aportar ideas para mejorar el servicio que se presta al usuario
- ▶ Los jóvenes acuden por recomendación de un amigo
- ▶ Acceso a información sobre prestaciones sociales, trabajos, formación y Vivienda
- ▶ Accesibilidad a un asesoramiento experto sobre problemas especializados
- ▶ Continuidad del servicio
- ▶ El servicio permanece alerta a las señales de aviso, como un intento de suicidio

Modificando las Normas Culturales

Utilizando la radio, la televisión, el cine, las vallas publicitarias y otras formas de comunicación de masas, las intervenciones están creando nuevos términos de referencia que permiten que en el seno de las familias y las comunidades se discutan temas relacionados con la salud y la adolescencia. Estos proyectos comienzan por confrontar las normas sociales que impiden una discusión abierta de temas delicados, con el fin de facilitar intercambios más abiertos y responsables y la formación de nuevas normas protectoras¹⁷.



Entre las personas clave en la formación de opiniones podemos citar a los líderes religiosos. El proyecto The Fleet of Hope de Tanzania ha generado una aceptación creciente entre los líderes religiosos y de la comunidad en el sentido de que el uso del preservativo debe apoyarse y no condenarse³⁰. De igual manera, la Asociación de Planificación Familiar de Pakistán ha conseguido que los líderes islámicos suministren información relativa a los intervalos entre los partos a las parejas recién casadas⁴¹. En Sudáfrica, un anuncio televisado del servicio público, donde aparecía el Arzobispo Desmond Tutu promocionando el uso del preservativo, introdujo la cuestión del sexo más seguro en la agenda, abriendo el camino del diálogo en el seno de la comunidad⁴².

Los medios de comunicación tienen un papel importante que desempeñar en la promoción de la salud entre los adolescentes a quienes es difícil llegar. Sin embargo los medios también inciden muy negativamente en la salud. La publicidad del tabaco ha estado causalmente relacionada con la iniciación en este hábito⁴³; la publicidad televisiva ha estado asociada a ‘un clima de opinión que era hostil a las actividades de promoción de la salud’⁴⁴. La omnipresencia y el carácter repetitivo de las imágenes que muestran actividades que comprometen la salud plantean una amenaza constante para los jóvenes^{9,45}.



‘Empoderamiento’ de la Juventud

Dada la complejidad y diversidad de la vida de los jóvenes desescolarizados, los esfuerzos eficaces de promoción de la salud tienden a dejar de lado los mensajes didácticos específicos para adoptar concepciones de la salud ‘más amplias, más multidimensionales y más orientadas a los derechos humanos’¹⁹. Este enfoque reconoce la importancia de ‘empoderar’ a los jóvenes para que adopten decisiones y actúen de modo responsable y correcto.

La implicación de la juventud en todos los aspectos del diseño e implantación de los programas facilita claramente este proceso, mejorando la autoestima y el sentido de responsabilidad y de urgencia – siendo todos éstos factores del ‘empoderamiento’ de la juventud²⁴.

Los proyectos participativos emprendidos en todo el mundo han contribuido a aprovechar la creatividad, la energía y la inventiva de los jóvenes desescolarizados en el desarrollo de actividades que son más que productos puntuales. Los procesos de desarrollo producen una serie de herramientas, habilidades, actitudes y percepciones esenciales que son fundamentales para que los jóvenes se preparen para el futuro^{18,19,46}.

El Impacto Económico

Impacto clave:

Diversos programas focalizados han generado el impacto económico siguiente:

- ▶ Generación de ingresos individuales
- ▶ Intervenciones comunitarias rentables
- ▶ Ahorros presupuestarios globales

Desde una perspectiva económica, es importante reconocer el coste de no intervenir. La explotación económica de los grupos vulnerables, las políticas que restringen los salarios de los jóvenes, las altas tasas de desempleo entre los jóvenes sin formación, son todos elementos que se traducen en una importante carga económica para las familias y la sociedad. Se teje un entramado económicamente desfavorecido que refuerza las mismas condiciones que crean los problemas.



El impacto económico de la promoción de la salud entre los jóvenes está poco documentado, investigado y comprendido.

El Impacto Individual

Algunos proyectos atraen a los jóvenes desescolarizados no solamente como miembros de una audiencia objetivo, sino como educadores de otros jóvenes y distribuidores de preservativos. Debido a que los productos sociales comercializados se venden y no se dan gratuitamente en los proyectos de marketing social, los vendedores pueden ganar algún dinero realizando este esfuerzo. Aunque escasos, estos ingresos sirven para motivar a los jóvenes para que desarrollen habilidades empresariales básicas que son transferibles. El proyecto tanzano ha formado a más de 2.000 ‘agentes de ventas’ de la comunidad, que de lo contrario estarían en el desempleo.

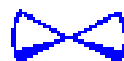


En Pakistán, el modelo de educación por iguales ha estado asociado a una privación de derechos económicos más profunda. En este país se han concedido pequeños préstamos comerciales y formación en gestión a jóvenes desempleados que reunían ciertos requisitos. Como condición de los préstamos, estos jóvenes empresarios debían distribuir anticonceptivos y ofrecer asesoramiento como una de las funciones de sus empresas emergentes. Las ventas de anticonceptivos representarían alrededor del 20% de sus ganancias mensuales. Una evaluación externa determinó que ‘este programa no solamente contribuía materialmente a reducir el desempleo entre los jóvenes, sino que también ayudaba a educarlos para que adoptasen algunas normas familiares defendidas por la FPAP⁴⁷. Los beneficiarios de dicho programa incluían a los propios empresarios, a sus clientes, y a aquellos que tenían acceso a los métodos anticonceptivos o al asesoramiento en los centros, así como a los proveedores que servían a las empresas.

El Impacto en la Comunidad

A nivel comunitario es necesario considerar los costes y beneficios en términos multidimensionales. La educación por iguales entre los trabajadores del sexo en Camerún resultó ser rentable, incluso habiéndose calculado que sus costes monetarios, cifrados en 104.000 dólares, representaban solamente el 48% de los recursos reales utilizados en la intervención⁴⁸. El *screening* de ETS ha demostrado ser rentable en Suecia, incluso cuando se aplica en varones adolescentes asintomáticos, dado que previene complicaciones costosas e infecciones consecuentes en las mujeres jóvenes con quienes han tenido contactos sexuales⁴⁹. Tomando como base los ahorros producidos por los casos de prevención del SIDA, un programa de intercambio de jeringuillas destinado a prevenir la transmisión de la infección por VIH entre los drogadictos por vía intravenosa en Canadá, ha demostrado hacer un uso eficiente de los recursos financieros⁵⁰.

Los datos de costes de las campañas mediáticas ratifican la opinión de que éstas son un medio eficaz de promover objetivos de salud pertinentes. El proyecto Kenia Youth Initiative ha notificado ‘que el coste de transmitir a un solo joven información sobre salud reproductiva utilizando los medios de comunicación es de 0,03 centavos de dólar, mientras que el



coste de promover un cambio de conducta entre los jóvenes es apenas de 11,63 dólares¹⁷. Una campaña mediática contra el tabaco a lo largo de cuatro años en EE. UU. cuesta 754 dólares en concepto de prevención de un solo fumador, mientras que el coste de una vida ganada cuando un joven adulto deja de fumar es de 696 dólares. En caso de que la campaña fuese difundida en los 209 mercados mediáticos estadounidenses, aquellos costes descenderían a 162 dólares y 138 dólares, respectivamente⁵¹.

La exclusión social de los jóvenes desescolarizados les impide acceder a las intervenciones en los centros escolares, o incluso a algunas intervenciones centradas en los centros de salud, dado que a estos jóvenes ya no les atraen estos puntos de reunión. Los relativamente elevados presupuestos destinados a las campañas mediáticas se deben cotejar con los costes que se derivarían de no modificar la conducta arriesgada: el desempleo debido al embarazo, la enfermedad pulmonar debida al tabaco, la enfermedad hepática debida a la bebida.

Presupuestos globales

Al modelar los costes y beneficios de la promoción del abandono del tabaco en el Noroeste de Inglaterra, Haycox encontró importantes beneficios y ahorros de recursos en materia de atención sanitaria. Según este análisis, el Servicio Nacional de Salud gastaría menos en atender a una población no fumadora de edad avanzada que a una población más joven con niveles altos de consumo de tabaco⁵². El valor de las actividades de promoción de la salud reside en que éstas pueden constituir ‘un medio económicamente eficiente de reducir la muerte prematura y mejorar la calidad de vida’⁵³.

Los presupuestos globales pagarán las consecuencias de que las necesidades de los jóvenes desescolarizados no se aborden enérgicamente. Registrarán el gasto de la morbilidad, la mortalidad, el desempleo, los delitos y la violencia que destruye a los jóvenes en un contexto social poco receptivo.

La economía de la promoción de la salud de los jóvenes desescolarizados defiende la inversión en los grupos mal atendidos y situados fuera del sistema. ‘Con el fin de facilitar la aceptación de las medidas de promoción de la salud por parte de todos los grupos de la sociedad por igual’ – como es su derecho – ‘podría ser necesario asignar recursos por igual, debiendo los más necesitados ser el objetivo prioritario’⁵⁴.

El Impacto Político

Impacto clave:

Diversos programas focalizados han generado el impacto político siguiente:

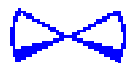
- ▶ Alianzas eficaces con la comunidad
- ▶ Introducción de la juventud en la agenda como audiencia y no como problema
- ▶ Una política pública de amplio alcance puede incidir en el estado de salud

La salud de los adolescentes es un punto cada vez más importante del debate relativo a la salud pública. La carga potencial de enfermedad debida a causas completamente evitables es enorme. Tanto la población joven, como los presupuestos sanitarios a largo plazo, saldrán perjudicados si las intervenciones focalizadas no son bien planificadas, bien ejecutadas y bien investigadas y evaluadas. Con todo, con demasiada frecuencia, los jóvenes desescolarizados entran a formar parte de la agenda política como un problema que hay que resolver, y no como colaboradores investidos de los poderes necesarios para buscar un futuro seguro.

El reconocimiento pragmático de las necesidades de los jóvenes desescolarizados es esencial si los derechos de estos jóvenes se van a abordar con responsabilidad. Estas necesidades incluyen formación y educación, vivienda y asistencia social, productos y servicios de salud sexual, material de inyección seguro y alternativas a las sustancias adictivas, como la metadona.



Los proyectos más eficaces que funcionan con los jóvenes desescolarizados son fruto de alianzas importantes con la comunidad. Los proyectos aquí descritos tienen todos su origen en programas que implican alguna combinación de organizaciones no gubernamentales, ministerios o departamentos de sanidad y educación, los medios de comunicación, las organizaciones juveniles, los jóvenes individualmente, los clubes locales, las organizaciones deportivas y otros grupos culturales. Un solo sector o un grupo cualquiera no podría posiblemente haber llegado a un grupo de jóvenes tan dinámico y complejo como aquellos que están desescolarizados. Solamente la colaboración intersectorial garantiza que dicho acceso se consiga y se alcance el impacto^{55,56,57}.



Las decisiones de política pública de amplio alcance pueden incidir e incidir en las vidas de los jóvenes. Un enfoque más abierto de la sexualidad, al igual que de las políticas que se derivan de esta apertura, ha tenido un impacto significativo en Holanda, país donde existía una tasa considerablemente elevada de embarazos entre las adolescentes en los años sesenta. 'Esta tasa no ha dejado de descender hasta ser la más baja de los países desarrollados'⁵⁸, a través de una estrategia coordinada y una voluntad inquebrantable de mejorar la educación sexual, facilitar el acceso a ayuda confidencial y mantener una actitud positiva frente a la sexualidad de los adolescentes.

Abordar el desafío que plantean los jóvenes desescolarizados es comprometerse con su marginación, con su exclusión social y económica, y con la frustración que nos producen las culturas cuyas estructuras y recursos no pueden abordar o no abordarían directa y honestamente las necesidades y aspiraciones de los jóvenes.

Los proyectos aquí descritos destacan la importancia de trabajar con la juventud y motivarla para que se interese en las cuestiones de salud. Al mismo tiempo, las actividades eficaces de promoción de la salud con los jóvenes desescolarizados ponen de manifiesto la importancia de crear marcos estructurales, ambientales y políticos que faciliten y apoyen que los jóvenes actúen con respecto a aquello que les preocupa.

Las intervenciones de promoción de la salud eficaces, exitosas y focalizadas intentan presentar opciones realistas a partir de las cuales los adolescentes puedan elegir; dotan a los jóvenes de los recursos y habilidades necesarios para que puedan tomar decisiones eficaces; y crean un entorno facilitador y de apoyo en el cual estas decisiones se puedan adoptar y practicar. Solo en un entorno que potencie la salud, se puede realizar el derecho de cada joven a tomar sus propias decisiones.

Referencias

- 1 Canterbury RJ, McGarvey EL, Sheldon-Keller AE, Waite D, Reams P and Koopman C. Prevalence of HIV-related risk behaviors and STDs among incarcerated adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 1995;17:173-177.
- 2 Clements K, Glegghorn A, Garcia D, Katz M and Marx R. A risk profile of street youth in Northern California: implications for gender-specific Human Immunodeficiency Virus prevention. *Journal of Adolescent Health*. 1997;20:343-353.
- 3 Cox RP. An exploration of the demographic and social correlates of criminal behavior among adolescent males. *Journal of Adolescent Health*. 1996;19:17-24.
- 4 Kipke M, Simon TR, Montgomery SB, Unger JB and Iversen EF. Homeless youth and their exposure to and involvement in violence while living on the streets. *Journal of Adolescent Health*. 1997;20:360-367.
- 5 Laurent A, Foussard N, David M, Boucharlat J and Bost M. A 5-year follow-up study of suicide attempts among French adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 1998;22:424-430.
- 6 Lerner RM and Galambos NL. Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*. 1998;49:413-446.
- 7 Morris RE, Baker CJ, Valentine M and Pennisi A. Variations in HIV risk behaviors of incarcerated juveniles during a four-year period: 1989-1992. *Journal of Adolescent Health*. 1998;23:39-48.
- 8 Oakley A, Brannen J and Dodd K. Young people, gender and smoking in the United Kingdom. *Health Promotion International*. 1992;7(2):75-79.
- 9 O'Connor EA, Friel S and Kellcher CC. Fashion consciousness as a social influence on lifestyle behaviour in young Irish adults. *Health Promotion International*. 1997;12(2):135-140.
- 10 Reeves J, Kendrick D, Denman S and Roberts H. Lone mothers: their health and lifestyle. *Health Education Journal*. 1994;53:291-299.
- 11 Victor CR. Health and lifestyles of homeless people: an analysis of the North West Thames Regional Health Authority survey of the 'temporary' homeless population. *Health Education Authority*. 1993;52(2):79-84.
- 12 Israel RC. *Promoting reproductive health for young adults through social marketing and mass media: a review of trends and practices*. FOCUS on Young Adults Research Series; 1997.
- 13 Piotrow PT, Rimon JG et al. *Reaching young people worldwide*. Johns Hopkins Center for Communication Programs Working Paper; 1997.
- 14 Aggleton P and Rivers K. Behavioral interventions for adolescents. In: Gibney L, DiClemente R and Vermund S, eds. *Preventing HIV Infection in Developing Countries*. New York: Plenum Publications; forthcoming.
- 15 Henrion R. Bilan de l'efficacité des mesures prises en France pour réduire les risques de l'héroïnomanie par voie veineuse. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 1997;181(6):1177-1189.
- 16 Hurley SF, Jolley DJ and Kaldor JM. Effectiveness of needle exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet*. 1997;349 (9068):1797-1800.
- 17 McCusker C and Davies M. Prescribing drug of choice to illicit heroin users: the experience of a U.K. community drug team. *Journal of Substance Abuse and Treatment*. 1996;13(6):521-531.
- 18 Vlahov D, Junge B, Brookmeyer R, Cohn S, Riley E, Armenian H and Beilenson P. Reductions in high-risk drug use behaviors among participants in the Baltimore needle exchange program. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*. 1997;16(5):400-406.
- 19 Wren PA, Janz NK, Carovano K, Zimmerman MA and Washienko KM. Preventing the spread of AIDS in youth-principles of practice from 11 diverse projects. *Journal of Adolescent Health*. 1997;21:309-317.
- 20 Bay E and Godfrey C. Teens tell teens: adolescent survey HIV-related risk and health issues of peers. *XI International Conference on AIDS*. 1996;11(2):395. Th.D.4922.
- 21 Kim N, Stanton B, Li X, Dickersin K and Galbraith J. Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions: a quantitative review. *Journal of Adolescent Health*. 1997; 20:204-215.
- 22 Franzkowiak P and Wenzel E. AIDS health promotion for youth: conceptual framework and practical implications. *Health Promotion International*. 1994;9(2):19-135.
- 23 Schinke SP and Gordon AN. *Innovative approaches to interpersonal skills training for minority adolescents*. In: DiClemente RJ, ed. *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy*. London: Sage Publications; 1992.
- 24 Rotheram-Borus Mj, Koopman C, Haignere C and Davies M. Reducing HIV sexual risk behaviours among runaway adolescents. *Journal of the American Medical Association*. 1991; 266(9): 1237-1241.
- 25 Williams G, Milligan A and Odemwingie T. A common cause: young people, sexuality and HIV/AIDS in three African countries. *Strategies for Hope*. 12; 1997.

- 26 Meekers D. *The effectiveness of targeted social marketing to promote adolescent reproductive health: the case of Soweto, South Africa*. Washington: Population Services International, Research Division Working Paper 16; 1998.
- 27 Piotrow PT, Kincaid DL, Rimon JG and Rinehart W. *Health Communication Lessons Learned from Family Planning and Reproductive Health*. London: Praeger; 1997.
- 28 Peersman GV and Levy JA. Focus and effectiveness of HIV-prevention efforts for young people. *AIDS*. 1998;12(suppl A):S191-S196.
- 29 Hovell M, Blumberg E, Sipan C, Hofstetter CR, Burkham S, Atkins C and Felice M. Skilis training for pregnancy and AIDS prevention in Anglo and Latino youth. *Journal of Adolescent Health*. 1998;23:139-149.
- 30 Feudo R, Vining-Bethea S, Shulman LC, Shedlin MG and Burleson JA. Bridgeport's Teen Outreach and Primary Services (TOPS) Project. *Journal of Adolescent Health*. 1998;23S:49-58.
- 31 Woods ER, Samples CL, Melchiono MW, Keenan PM, Fox Dj, Chase LH, Tierney S, Price VA, Paradise JE, O'Brien RF, Mansfield Cj, Brooke RA, Atien D and Goodman E. Boston HAPPENS Program: a model of health care for HIV-positive, homeless and at-risk youth. *Journal of Adolescent Health*. 1998; 23S: 37-48.
- 32 Aggleton P and Kapila M. Young people, HIV/AIDS and the promotion of sexual health. *Health Promotion International*. 1992;7(1).-45-51.
- 33 Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T, Sieving RE, Shew M, Ireland M, Bearinger LH and Udry JR. Protecting adolescents from harm; findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of The American Medical Association*. 1997;278(10):823-832.
- 34 Heft L, Faigeles B and Hall T.L. Where are the parents in HIV education?: adolescents want their parents to talk about HIV. XI *International Conference on AIDS*. 1996; Th.C.4431.
- 35 Miller KS, Levin ML, Whitaker Dj. Patterns of condom use among adolescents: the impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health*. 1998;88(10):1542.
- 36 Adolescent health: a decade of development. *Journal of Adolescent Health and Welfare*. 1996;9(2)-14-18.
- 37 Eadie T. Attitudes towards HIV and AIDS health promotion in the probation service. the contribution of training and policy. *Health Education Journal* 1997;56:376-383.
- 38 Magura S, Kang S-Y, and Shapiro JL. Outcomes of intensive AIDS education for male adolescent drug users in jail. *Journal of Adolescent Health*. 1994;15:457-463.
- 39 Morris RE, Baker CJ and Huscroft S. *Incarcerated youth at risk for HIV infection*. In: DiClemente Rj, ed. *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy*. London: Sage Publications; 1992.
- 40 Dennehy A, Smith L and Harker P. *Health-related initiatives and interventions*. In: *Not to be Ignored: Young people, poverty and health*. London: Child Poverty Action Group; 1997.
- 41 *Joining in Educating Adolescents and Teenagers; a programme for young people by young people*. Lahore, Pakistan: Family Planning Association of Pakistan; 1997.
- 42 *Adolescent Reproductive Health Programme Reports*. Johannesburg South Africa: Society for Family Health and PSI/South Africa; 1997.
- 43 Pierce JP, Choi WS, Gilpin EA, Farkas Aj. and Berry CC. Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *Journal of the American Medical Association*. 1998;279(7):511-515.
- 44 'Wyllie A, Casswell S and Stewart J. The response of young men to increased television advertising of alcohol in New Zealand. *Health Promotion International*. 1991;6(3):191-197.
- 45 Gilpin EA and Pierce JP. Trends in adolescent smoking initiation in the United States: is tobacco marketing an influence? *Tobacco Control*. 1997;6:122-127.
- 46 Parker W. *Action media. consultation, collaboration, and empowerment in health promotion*. Washington: Population Services International, Research Division Working Paper 8; 1997.
- 47 *Production and Marketing Strategies. A brief on the external evaluation of Family Planning Association of Pakistan's Youth Program*. Undated.
- 48 Kumaranayake L, Mangtani P, Bouda-Kaute A, Foumena Abada JC, Cheta C and Njomemi Z. Cost effectiveness of a HIV/AIDS peer education programme among commercial sex workers: results from Cameroon. XII World AIDS Conference. 1998; 578/33592.
- 49 Genc M, Ruusuvaara L and Mardh P-A. An economic evaluation of screening for Chlamydia trachomatis in adolescent males. *Journal of The American Medical Association*. 1993;270(17):2057-2064.
- 50 Gold M, Gafni A, Nelligan P and Millson P. Needle exchange programs: an economic evaluation of a local experience. *Canadian Medical Association Journal* 1997;157(3):255-262.
- 51 Secker-Walker RH, Worden JK, Holland RR, Flynn BS and Detsky AS. A mass media programme to prevent smoking among adolescents: costs and cost effectiveness. *Tobacco Control*. 1997;6:207-212.

-
- 52 Haycox A. A methodology for estimating the costs and benefits of health promotion. *Health Promotion International*. 1994;9(1):5-11.
 - 53 Cohen D. Health promotion and cost-effectiveness. *Health Promotion International*. 1994;9(4):281-287.
 - 54 Gunning-Schepers LJ and Gepkens A. Reviews of interventions to reduce social inequalities in health: research and policy implications. *Health Education Journal*. 1996;55:226-238.
 - 55 Filgueiras A. Promoting health among out-of-school youth. *X International Conference on AIDS*. 1994;10(2):5.P521.
 - 56 O'Byrne D, Yao F, Kolbe L, Meyers A, Kolybine VA, Feek W, and Chui J. A multidisciplinary and intersectoral roundtable discussion of actions to promote effective school- and community-based health education to prevent HIV infection among youth. *International Conference on AIDS*. 1991;7(2):443.WD4221.
 - 57 Wigfall-Williams W. The Center for Population Option's response to HIV prevention for adolescents: a comprehensive and multidisciplinary approach. *International AIDS Conference*. 1990;6(2):308.FD904.
 - 58 Hadley A. *Getting real: improving teenage sexual health*. London: Fabian Society, Next Generation Programme Discussion Paper 43; 1998.

Capítulo Cinco

Desafíos Sanitarios 1

El tema: Enfermedad cardíaca: El azote del estilo de vida.

Los autores: Pekka Puska, Profesor y Director de Salud y Enfermedades Crónicas, Instituto Nacional de Salud Pública de Finlandia (KTL); Dr Erkki Vartiainen, Jefe de la Unidad de Factores de Riesgo y Prevención, Departamento de Epidemiología y Promoción de la Salud, KTL.

El objeto: Dada la ya mermada población activa europea, debido a factores demográficos, es una escandalosa pérdida eliminar aún a más personas, que mueren o quedan discapacitadas por una enfermedad cardíaca cuyos factores de riesgo son bien conocidos, y evitables por medio de la promoción de la salud. Los autores aducen lo siguiente:

- 1 La enfermedad cardíaca es un determinante importante de la salud pública contemporánea en Europa
- 2 El conocimiento médico de la prevención eficaz está ahí. Los programas de salud cardíaca tienen un enorme potencial de salud pública
- 3 Los programas de salud cardíaca que tienen éxito están más necesitados de una política intersectorial determinada que de recursos adicionales
- 4 Los programas eficaces de salud cardíaca conducirán a un incremento de la productividad de la población en edad de trabajar, a una mejora de la capacidad funcional de la tercera edad, a una disminución de las desigualdades en salud, a una reducción de la necesidad de servicios sanitarios y sociales y a un incremento de la calidad de vida de todo el mundo
- 5 La salud cardíaca está asociada a estilos de vida positivos que están de moda, y es objeto de una atención comercial creciente

El Profesor Puska, ex diputado parlamentario por Finlandia, es director del Proyecto de Carelia del Norte, conocido a nivel mundial y pionero en exitosas reducciones de la mortalidad cardiovascular.

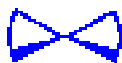
La Causa de Muerte Número Uno

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la mayor epidemia de salud pública a nivel global.

Es la causa número uno de muerte, discapacidad, mala salud y sufrimiento humano. Los costes sociales y económicos son altos.

En modo alguno, es solamente una causa de muerte de hombres o mujeres. Buena parte de esta carga afecta a las personas de mediana edad, a las mujeres y, a menudo, a los grupos socioeconómicos menos favorecidos. De esta manera, contribuye en gran medida a la desigualdad en salud.

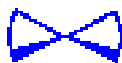
Existe conocimiento médico tanto para la prevención eficaz de la ECV, como para la promoción de la salud cardíaca. Cierta número de factores de riesgo causales han sido claramente establecidos. Las intervenciones activas para la salud cardíaca encuentran una mayor justificación en el hecho de que los mismos factores de riesgo suelen estar también relacionados con otras enfermedades no transmisibles. La salud en general se beneficia.



La promoción eficaz de la salud cardíaca requiere cambios en determinados estilos de vida relacionados con los factores de riesgo establecidos. El problema reside en cómo, y no en qué, hacer. El desafío consiste en ofrecer intervenciones que promuevan cambios de conducta en la población, y en difundir dichos cambios a nivel nacional.

Este documento recopila la amplia experiencia adquirida gracias a los programas de salud cardíaca, al tiempo que hace referencia a intervenciones específicas dirigidas a la juventud y los lugares de trabajo. Se necesitan intervenciones de amplio alcance en el campo de la salud cardíaca que impliquen una variedad de estrategias basadas en la comunidad. Se trata de promover un cambio en el soporte social y el entorno que posibilite los estilos de vida que son saludables para el corazón. Los programas prácticos que movilizan a las personas deben apoyar y asociarse a decisiones de política intersectorial que promuevan entornos de apoyo a la salud cardíaca.

Los recursos que necesita la promoción de la salud cardíaca son modestos en relación con lo mucho que le cuestan a la sociedad los servicios de salud prestados en relación con las ECV. Sólidas estrategias combinadas con esfuerzos razonables y asociadas a una acción nacional han producido resultados alentadores. El magnífico potencial de promoción de la salud cardíaca ha quedado demostrado en los 25 años de experiencia reunida en Carelia del Norte, donde se han producido descensos del 73% de la mortalidad cardiovascular y del 50% de la mortalidad por todas las causas entre la población en edad de trabajar, como consecuencia de los cambios en el estilo de vida y en los factores de riesgo en la población.



Los programas de salud cardíaca preventiva presentan un enorme potencial de mejora de la salud y costes mucho menores que la costosa medicina clínica. Dado que la ECV es el mayor problema de salud pública en la actualidad, es obvio que la salud cardíaca sea la línea principal de la política de salud pública contemporánea.




El Impacto Sanitario

Las ECV constituyen el problema de salud pública más importante – no solamente en los países industrializados, sino también globalmente. La ECC (Enfermedad Cardíaca Coronaria) es ahora la primera causa de muerte en el mundo. Hasta el 29% de todas las muertes del mundo se deben a la ECV: alrededor de la mitad de las muertes del mundo desarrollado y el 25% de las muertes del mundo en vías de desarrollo (OMS, 1997).

La mortalidad debida por ECV es una cuestión, pero la ECV es asimismo la causa de una enorme cantidad de discapacidad, mala salud, sufrimiento humano y coste social y económico. Alrededor del 40% de los infartos de miocardio y de los ataques cardiovasculares súbitos son mortales. Alrededor del 60% de los afectados sobreviven, a menudo con una morbilidad severa.

Más o menos la mitad de las muertes por ECV ocurren entre las personas menores de 70 años de edad, de ellas muchas son relativamente jóvenes. Este hecho, sumado a la discapacidad asociada, es la razón de que la ECC sea considerada la mayor causa de discapacidad ajustada a los años de vida en el mundo desarrollado, y es probable que pronto lo sea a nivel global (Murray et al., 1996).

Se tiene el concepto erróneo de que la ECV es una enfermedad que afecta a los viejos, a los varones y a los ricos. En la Unión Europea, es la segunda causa de muerte de las personas de mediana edad. También es la causa número uno de muerte entre las mujeres. A esto se añade que esta enfermedad y sus determinantes suelen ser más prevalentes entre los grupos socioeconómicos más bajos y otros grupos desfavorecidos.


Durante los últimos 40 años, investigaciones internacionales de amplio alcance han identificado cierto número de factores que se relacionan de forma constante con la ocurrencia de las ECV ateroscleróticas. Los primeros estudios prospectivos clásicos establecieron el importante papel que juega el nivel elevado de colesterol sérico, la presión sanguínea elevada y el consumo de tabaco. Posteriormente fue ampliamente estudiada la contribución de otros factores, como otros lípidos, la actividad física, los factores hemostáticos, el consumo de alcohol, la obesidad y los factores psicosociales. El apoyo adicional de otros estudios, como estudios en animales y ensayos clínicos, ha demostrado el papel causal de los principales factores de riesgo más allá  de cualquier duda razonable.

Un rasgo importante de los factores de riesgo de la ECV, distinto de los problemas de salud pública asociados a la enfermedad infecciosa, reside en que estos factores se relacionan estrechamente con las conductas y los estilos de vida: tabaco, hábitos dietéticos y actividad física. Los cambios de estilo de vida necesarios para la prevención de las ECV son también beneficiosos para la prevención de las enfermedades no transmisibles (ENT) y para la promoción de la salud en general. Éste es uno de los argumentos principales que apoya el enfoque de una prevención integrada de las ENT y la promoción de la salud, que adopta, por ejemplo, el programa 'CINDI' de la OMS.

Sin embargo, ¿pueden modificarse estos factores de riesgo? La respuesta es aquí un 'SÍ' incondicional. Las personas pueden dejar de fumar y cambiar su dieta. Y lo hacen. Los niveles elevados de colesterol sérico y los valores altos de presión sanguínea se pueden reducir mediante medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas. Y se reducen.

La pregunta clave con respecto a la prevención de las ECV no reside en si los factores de riesgo establecidos se pueden modificar, o en si reducen el riesgo de ECV, sino en cómo se pueden modificar en la población. ¿Qué tipo de intervenciones pueden promover cambios conductuales generales saludables para el corazón en general en la población, y cómo pueden dichas intervenciones difundirse a nivel nacional?

El Tabaco y la Dieta

Globalmente, el consumo de tabaco está aumentando en el mundo en vías de desarrollo, y las dietas son cada vez menos saludables. En los países desarrollados, el consumo de tabaco está disminuyendo, especialmente entre los varones, y están teniendo lugar cambios dietéticos saludables. Dichos cambios pueden ocurrir gracias a decisiones políticas y a otros grandes cambios en el entorno. Existen pruebas convincentes en este sentido, p.e. en relación con cambios introducidos en la política de precios, o con importantes cambios políticos (p.e. Zatonski, 1998). 

Desde principios de los setenta, determinado número de proyectos de intervención en el campo de la salud cardíaca en la comunidad han tenido por objeto promover cambios de estilo de vida reductores de riesgos en distintas poblaciones. Estos proyectos partieron de la premisa de que la mera adopción de medidas reductoras de riesgos destinadas a las personas de alto riesgo clínico en los escenarios de los servicios sanitarios tendría solamente un impacto limitado en la prevención de las ECV de la nación, mientras que la introducción de cambios generales en los factores de riesgo y en los estilos de vida saludables podría tener un enorme impacto de salud pública.

Además, se llegó a la conclusión de que, si bien la identificación de los factores de riesgo objetivo se encuentra dentro del marco de la medicina y la epidemiología, modificar las conductas de las personas requiere marcos conductuales y delimitados por las ciencias sociales. La idea básica residía en que la intervención comúnmente utilizada, es decir, el suministro exclusivo de información y conocimiento, no era suficiente para lograr un cambio conductual. Los estilos de vida están profundamente arraigados en la comunidad y en la sociedad. El cambio tiene determinantes múltiples, siendo necesarias, por consiguiente, estrategias conductuales de amplio alcance.

Algunas de las estrategias clásicas utilizadas han sido revisadas, p.e. por Puska et al. (1985).

La Experiencia de Carelia del Norte

La primera intervención comunitaria para la salud cardíaca fue el Proyecto de Carelia del Norte, iniciado en Finlandia en 1972. La altísima mortalidad debida a las ECV en Finlandia en los setenta ofrecía un marco histórico particular para este proyecto, a lo que sumaba la investigación epidemiológica previa realizada en Finlandia oriental en relación con el Seven Countries Study (Karvonen, 1995).

El Proyecto de Carelia del Norte fue puesto en marcha en una zona piloto. Después de su éxito inicial y de importantes reducciones netas tanto de los factores de riesgo, como de la mortalidad por ECC, se inició un amplio e intenso trabajo nacional, al cual contribuyó ampliamente este proyecto.

Después de 25 años, el resultado ha sido un descenso notable del consumo de tabaco entre los varones, cambios dietéticos importantes y acusadas reducciones de los niveles de colesterol sérico y presión sanguínea. Durante este mismo período, la mortalidad por ECV (entre la población masculina de 35-64 años) en Carelia del Norte ha disminuido en un 68%, la mortalidad por ECC en un 73%, la mortalidad por cáncer en un 44%, la mortalidad por cáncer de pulmón en un 71%, y la mortalidad por todas las causas en un 49% (Puska et al., 1998). Los cambios respectivos ocurridos en toda Finlandia fueron casi igual de importantes, p.e. en relación con la mortalidad por ECC, se produjo un cambio del 65%. Análisis separados han demostrado que buena parte de este descenso de la mortalidad por ECC se debe a cambios a nivel de la población de los factores de riesgo principales (Vartiainen et al., 1994). Parece que los cambios dietéticos en general han sido el determinante más importante.

Ampliación de la Experiencia

Después del Proyecto de Carelia del Norte, algunos proyectos en cierta medida similares fueron lanzados en Europa en los setenta. Esta experiencia fue resumida en un informe de la OMS (Puska, 1988). Posteriormente, se lanzaron otros proyectos con diversos diseños de estudio, p.e. el German Cardiovascular Prevention Study (GCP Study Group, 1988), el Norsjö Study, realizado en Suecia (Bränström et al., 1993), la North Coast Cholesterol Check Campaign (van Beurden, 1991) y el US COMMIT Study, relativo al abandono del tabaco (COMMIT 1995). Algunos de los proyectos se llevaron a cabo como proyectos demostrativos de programas de la OMS: CINDI, (OMS/EURO), CARMEN (OMS/AMOR) y INTERHEALTH (OMS/HQ).

Durante los últimos años, cierto número de publicaciones han tratado de resumir los resultados de los grandes proyectos preventivos basados en la comunidad, al mismo tiempo que los aspectos metodológicos de estos proyectos se analizaban desde varias perspectivas (Flay et al., 1982, Puska, 1985, Altman, 1986, Sellers et al., 1977). Uno de los resúmenes más completos de los proyectos

cardiovasculares preventivos basados en la comunidad fue realizado por el Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU, 1997).

La tarea de resumir la experiencia de las intervenciones preventivas en el campo de la salud cardíaca no ha sido fácil. Excluyendo las “pruebas puramente clínicas” relativas a los factores de riesgo, los proyectos restantes varían en función de los escenarios de intervención, los métodos, la intensidad, los objetivos de factores de riesgo y la medición de evaluación, los períodos y los diseños. La mayoría de los proyectos importantes abordan los factores de riesgo ‘clásicos’, destacan las dietas y el consumo de tabaco y utilizan un diseño cuasiexperimental, además de un ‘enfoque de amplio alcance basado en la comunidad’.

En estos proyectos se han utilizado un conjunto de estrategias diferentes que implican a toda la comunidad. Algunos aducen que los estilos de vida y sus cambios son en último término factores de la comunidad, y que intervenir solamente en subescenarios (como el hogar, el centro de enseñanza o el lugar de trabajo) no es suficiente.



A pesar de las limitaciones, los lugares de trabajo pueden constituir un buen escenario para las intervenciones de salud cardíaca. Es posible llegar a grandes grupos de personas por medio de sus lugares de trabajo, donde pasan buena parte de la jornada. Es posible promover el soporte social que brindan los compañeros de trabajo y organizar algunos cambios en el entorno, en cooperación con los empresarios.

Los expertos y los organismos que promueven la prevención de las ECV han utilizado con frecuencia los lugares de trabajo como escenarios principales (p.e. OMS, 1989). Por una parte, los empresarios y los organismos de salud laboral son cada vez más conscientes de la importancia y las posibilidades de promoción de la salud del corazón como valioso componente prioritario para el incremento de la salud y la reducción de las dolencias, las ausencias laborales, la discapacidad y los costes (p.e. Fielding, 1990; Gebhardt et al., 1990).

Muchos de los programas generales de salud cardíaca basados en la comunidad previamente analizados han tenido componentes relacionados con los lugares de trabajo. El Proyecto de Carelia del Norte informó sobre un estudio que incluyó ocho lugares de trabajo y ocho controles pareados que presentó los efectos sobre los factores de riesgo de ECV al año del inicio (Puska et al., 1988).

En los setenta, G. Rose inició, en colaboración con la OMS, un proyecto asociado a los lugares de trabajo destinado a la prevención de las ECV en Inglaterra y Bélgica, al que posteriormente se unieron Polonia e Italia. Los resultados globales reflejaron algunos cambios modestos en los factores de riesgo, asociados a una reducción del 10% de las tasas de ECC (OMS, 1989). Resultados más favorables se obtuvieron en Bélgica: una reducción del 26% de la mortalidad por ECC, una reducción del 25% de la mortalidad por todas las ECV y una reducción del 18% de la mortalidad total (Kornitzer et al., 1983).



Wilson (1991) revisó siete intervenciones basadas en los lugares de trabajo destinadas a reducir el colesterol sérico. Llegó a la conclusión de que el *screening* y el asesoramiento en el lugar de trabajo permiten reducir el nivel de colesterol en los trabajadores.

El tabaco ha sido el objetivo de numerosas intervenciones en los lugares de trabajo. Brenner y Mielck (1992) revisaron 14 estudios, llegando a la conclusión de que es probable que las restricciones del tabaco desempeñen un papel importante en la reducción de este hábito. En Finlandia, un par de meses después de la imposición de restricciones legislativas al consumo de tabaco en los lugares de trabajo, el 2,4% de los fumadores notificaron en una muestra nacional que habían dejado de fumar; el 2,6% informaron que habían dejado de fumar durante las horas de trabajo, y el 14,3% indicaron que habían reducido su consumo de tabaco (Helakorpi et al., 1995).



Grupos objetivo – incluyendo a los jóvenes

Los programas de salud cardíaca dirigidos a los jóvenes y muy jóvenes también funcionan.

La ECV aterosclerótica comienza a desarrollarse a una edad muy temprana de la vida. Esto se descubrió durante la Guerra de Corea, cuando se observó que los soldados muertos en combate tenían graves lesiones en sus arterias coronarias (Enos et al., 1955). Confirmaron estas observaciones estudios posteriores (McNamara et al., 1971; Strong et al., 1969). En el Bogalusa Heart Study, se demostró que las estrías aórticas grasas de los jóvenes que morían antes de los 25 años estaban estrechamente correlacionadas con los niveles ante mortem del colesterol LDL (de baja densidad) (Newman et al.). Tomando como base estos hallazgos, se ha recomendado que la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares comience a una edad temprana en la infancia y la adolescencia.

Los estudios de investigación han demostrado con claridad que la ingesta habitual de grasa por los niños después del período de lactancia representa el 28-30% de la ingesta energética (Lapinleimu et al., 1995). Anteriormente se creía que esta cifra era de más del 40%. Se ha demostrado que si los niños entre los 7 y los 13 meses de edad consumen dietas con menos de un 30% de energía aportada por las grasas, y con una relación de grasas polisaturadas / monosaturadas / saturadas de 1/1/1, esto evitaría un incremento del colesterol sérico después del período de lactancia, sin efectos negativos en el crecimiento o en el desarrollo mental (Simell, 1998). Este último estudio concreto indicó igualmente que la dieta recomendada a los adultos se puede también recomendar a los niños inmediatamente después del período de lactancia, a la edad de los 6-7 meses.

La estrategia principal de la promoción de la salud cardíaca en la primera infancia debiera consistir en educar a las familias jóvenes para que adopten dietas saludables para el corazón, con el fin de evitar el incremento de los niveles de colesterol en sangre y de presión sanguínea entre sus hijos. Varios estudios indican que el colesterol sérico se puede reducir, o que su incremento se puede prevenir mediante cambios dietéticos en la infancia y en la adolescencia (Heyden et al., 1991; Ford et al., 1972; Vartiainen et al., 1982). Las estrategias principales en estas intervenciones han consistido en ofrecer orientación en las consultas médicas, en los programas basados en las familias y en los programas basados en los centros escolares (Kelder et al., 1995; Tell et al., 1987; Coates et al., 1981; Process...1994; Puska et al., 1987). En los ensayos dietéticos concluidos, la reducción media del nivel de colesterol sérico ha sido de alrededor del 15%. Un cambio de esta magnitud tendría enormes implicaciones en el campo de la salud pública. En los estudios de envergadura, los efectos han sido menores debido a la menor intensidad de la intervención.

A finales de los setenta, los programas de prevención orientados a la información en los centros escolares tenían por objeto prevenir el consumo de tabaco. Sin embargo, no tenían efecto aparente en la conducta con respecto a este hábito (Thomson, 1978). Posteriormente, los programas de prevención se basaron en teorías más amplias de un cambio conductual sometido a seguimiento (McAlister et al., 1980). Muchos de estos programas utilizaban técnicas psicológicas de inoculación y ensayo conductual, a menudo dirigidas por líderes de la misma edad, con el fin de reforzar las actitudes y habilidades para soportar las presiones que llevan al consumo de tabaco durante la adolescencia.

Los resultados inmediatos a corto plazo indican por lo general una reducción del 30 al 50% del número de fumadores en los grupos de los programas en comparación con los controles (Flay, 1985; Bruvold, 1993; Vartiainen et al., 1994; Glynn, 1989). No obstante, los resultados del seguimiento a largo plazo no son consistentes. El efecto positivo inmediato a corto plazo sobre el tabaco desapareció poco tiempo después de la intervención en cuatro estudios (Flay, 1989; Murray

et al., 1989; Klepp et al., 1994; Ellickson et al., 1993), pero perduró al menos durante unos cuantos años en algunos otros estudios (Perry et al., 1995; Botvin et al., 1995; Flynn et al., 1994; Puska et al., 1982; Vartiainen et al., 1983; Vartiainen et al., 1986; y Vartiainen et al., 1990).

En resumen, la promoción de la salud cardíaca en la infancia y en la adolescencia es importante en la prevención de los cambios precoces de la enfermedad y de cara a la adopción de conductas saludables para el corazón como estilos de vida naturales a partir de la infancia. En cuanto a los hábitos dietéticos, las dietas servidas en los hogares son importantes. En el capítulo del tabaco, los programas desarrollados en los centros escolares con implicación de personas de la misma edad (o iguales) y basados en intervenciones psicológicas relevantes parecen ser la clave. Lo ideal es que las intervenciones estén apoyadas por programas comunitarios más amplios, y nacionalmente por políticas cardíacas saludables de apoyo relativas a cuestiones como la legislación sobre el tabaco y los programas de comidas en los centros escolares.

Una síntesis reciente realizada en EE.UU. de las intervenciones comunitarias de salud cardíaca llegó a la conclusión de que 'el enfoque comunitario para la prevención de la enfermedad cardiovascular tiene muchas posibilidades de generalización, es rentable debido al uso de métodos de comunicación de masas, a la habilidad para difundir información con éxito a través de las redes de la comunidad, y a la posibilidad de influir en el entorno a través de políticas reglamentarias e institucionales que configuran la salud' (Schooler et al., 1997).

Las intervenciones eficaces para la salud del corazón contribuyen a un proceso de cambio nacional favorable que, en último término, es necesario para una mejora sostenible a largo plazo de la salud del corazón. Los componentes más importantes de una política de salud cardíaca nacional de amplio alcance son como mínimo los siguientes:

- ▶ Investigación: distintas clases de investigación local sobre los factores de riesgo, métodos de promoción de la salud del corazón y procesos de cambio
- ▶ Programa(s) de demostración nacional: como el Proyecto de Carelia del Norte en Finlandia
- ▶ Liderazgo nacional y colaboración intersectorial
- ▶ Punto(s) focal(es) nacional(es): de experiencia y supervisión
- ▶ Implicación activa de los servicios sanitarios; atención sanitaria primaria y servicios sanitarios especializados (cardiología)
- ▶ Implicaciones de los centros escolares y del sistema educativo
- ▶ Promoción de las actividades de las ONG
- ▶ Colaboración con la industria: por ejemplo, con la industria alimentaria
- ▶ Política de salud pública sostenida y legislación adecuada

El Impacto Social

Es probable que muchos de los grandes proyectos de intervención sirvan para establecer estos temas entre los asuntos a tratar en los países respectivos. La conclusión previamente citada de la síntesis de los proyectos piloto de ECV realizados en la comunidad por Schooler et al. (1997) es que estos proyectos tienen '... la capacidad para difundir la información con éxito por medio del

uso de las redes de la comunidad y además presentan el potencial para influir en el entorno, en las políticas reglamentarias e institucionales y configurar la salud'. Existe, sin embargo, muy poca investigación sobre estos aspectos. En un proyecto de envergadura llevado a cabo en Kansas, EE.UU. (Midwestern Prevention Project), se está intentando estudiar de manera más sistemática el impacto de las medidas políticas y de difusión (Pentz et al., 1997).



En Europa, muchos de los proyectos importantes de salud cardíaca basados en la comunidad notifican un impacto social general en las actividades de promoción de la salud cardíaca (Puska, 1988). Por ejemplo, se llega a la conclusión general de que el Proyecto de Carelia del Norte ha tenido un impacto social considerable en las actividades de promoción de la salud cardíaca en Finlandia, habiendo incluso contribuido a medidas políticas relacionadas con la salud (Puska et al., 1995).

El Proyecto de Carelia del Norte evaluó asimismo durante su período original de cinco años, los posibles efectos secundarios perjudiciales desde diversos puntos de vista. La valoración encontró en general muy poca evidencia de estos efectos negativos y además evidenció notables beneficios sanitarios, registrando cierto número de consecuencias beneficiosas no específicas y un nivel general de satisfacción entre la población (Puska et al., 1981).

La evaluación realizada a lo largo de 20 años del Proyecto de Carelia del Norte llegó a la conclusión de que, basándose en los datos, 'en su conjunto, la salud subjetiva mejoró durante el período en que las tasas de ECV disminuían, y conforme a algunos indicadores, el desarrollo fue más favorable en Carelia del Norte que en Kuopio' (el área de referencia) (Heistaro et al., 1995). En 1992, en una encuesta de población basada en una muestra aleatoria de dicha provincia, el 20% de la población manifestó que el proyecto había sido 'enormemente' beneficioso para la salud de la población de la provincia, el 34% manifestó que había sido 'considerablemente' beneficioso, el 39% manifestó que había sido 'algo' beneficioso, el 5% manifestó que había sido 'solamente un poco' beneficioso y el 1% manifestó que no había sido 'en absoluto' beneficioso (Korhonen et al., 1995)

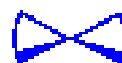


Un objetivo importante del trabajo en el campo de la salud pública consiste en reducir la desigualdad en salud, es decir, las grandes diferencias de salud entre los grupos de población, por ejemplo, por lo que a los indicadores socioeconómicos se refiere. Una preocupación evidente reside en que, en los países industrializados, las tasas de ECV y los niveles de los factores de riesgo suelen ser más elevados en los grupos socioeconómicos más bajos. Sin embargo, la experiencia con programas prácticos basados en la comunidad indica que el efecto de la intervención ha sido como mínimo tan importante en los grupos socioeconómicos más altos como en los más bajos (Puska et al., 1981; Fortman, 1997). De esta manera, resulta obvio que las intervenciones prácticas de salud cardíaca en la comunidad puedan llegar a los grupos menos favorecidos, contribuyendo incluso a la equidad en salud, si se planifican convenientemente.

El Impacto Económico

La carga económica de la ECV en los países occidentales es enorme. Reduciendo los factores de riesgo conocidos y los estilos de vida no saludables en la población, la situación puede cambiar de manera notable (Puska et al., 1998).

Incluso los grandes proyectos de promoción de la salud cardíaca han utilizado recursos que han sido bastante reducidos en comparación con los enormes costes de los servicios sanitarios destinados a la ECV. Muchos de los proyectos basados en la comunidad previamente mencionados han notificado datos de costes que ratifican esta conclusión.



Una cuestión importante en las intervenciones preventivas de salud cardíaca es la rentabilidad de los distintos enfoques.

La elección de grupos específicos con problemas específicos, p.e. hombres mayores con presión sanguínea alta, puede resultar rentable (Field et al., 1995). De igual manera, un enfoque rentable de población requiere medidas baratas que se puedan implantar a escala masiva. Como ejemplos podemos citar que los médicos aconsejen sistemáticamente a sus pacientes que dejen de fumar, las campañas de abandono del tabaco (QUIT & WIN) y campañas dietéticas específicas. Por ejemplo, la rentabilidad de las campañas de abandono del tabaco tipo QUIT & WIN ha sido recientemente demostrada (Tillgren et al., 1993). Obviamente, algunos cambios legislativos (legislación del tabaco, cambios en las subvenciones de alimentos, etc.) o la implicación de la industria privada pueden ser eficaces sin redundar en muchos costes directos para el gobierno.



Existen varias posibilidades de conseguir ahorros reales en las intervenciones de salud cardíaca: p.e. los importantes costes de la medicación contra el colesterol y la hipertensión se podrían reducir considerablemente si los programas de salud cardíaca promoviesen cambios dietéticos que redujeran el colesterol sérico y la presión sanguínea. Sin embargo, cabe observar que el objeto principal de la prevención de la ECV no consiste en ahorrar dinero, sino en incrementar la salud, siendo éste un cometido compartido con la medicina clínica. Un argumento clave reside en que los programas preventivos de salud cardíaca tienen potencial para mejorar la salud de la población a costes muchos menores que la costosa medicina clínica.



La mejor ilustración de las consecuencias económicas globales de las intervenciones exitosas de salud cardíaca la ofrece nuevamente el Proyecto de Carelia del Norte. Este proyecto valoró los costes globales relacionados con las ECV en la zona de Carelia del Norte y en toda Finlandia en 1972 (al comienzo) y en 1992, es decir, 20 años después, cuando las tasas de ECV ajustadas se habían reducido considerablemente. Las conclusiones fueron las siguientes: 'Los costes sociales generados por las ECV han descendido probablemente desde 1972, especialmente en términos de coste per cápita. Las disminuciones anuales de los costes en toda Finlandia se han situado en torno a los 100 y 600 millones de dólares para todas las personas mayores y las de 35-64 años, respectivamente ... La reducción proporcional estimada fue mayor en Carelia del Norte que en toda Finlandia. Esto se podría traducir como un ahorro por valor de 35 millones de dólares solamente en 1992 ...' (Kiiskinen et al., 1995).

El Impacto Político

Las enfermedades crónicas y principalmente las ECV constituyen actualmente los mayores problemas en el campo de la salud pública. Son las enfermedades que más contribuyen a la pérdida de años de vida, a la pérdida de años de vida ajustados por la calidad y también a las diferencias de esperanza de vida entre los grupos de población. Es obvio que la salud cardíaca debiera estar en la línea principal de evolución de la política contemporánea de salud pública.

El amplio programa OMS / CINDI indica específicamente que los programas de demostración nacional debieran constituir instrumentos prioritarios de las actividades nacionales, incluidas las reformas de la política sanitaria (OMS, 1993).

Varios documentos de la OMS, incluidas las grandes cartas de promoción de la salud de Ottawa, Adelaida, Sundswall y Yakarta, pusieron de manifiesto la necesidad de actividades intersectoriales. Está claro que la salud cardíaca, es decir, el control de los factores de riesgo relacionados con las grandes ECV, está asociada a políticas como



las del tabaco, la nutrición, la agricultura, el sistema tributario, la educación, las reformas sociales, etc. Muchos cambios ocurridos espontáneamente en las tasas cardiovasculares demuestran el efecto de cambios políticos importantes. Como ejemplo podemos citar la eliminación de las subvenciones a la mantequilla en la Polonia postcomunista, lo cual condujo a una sorprendente adopción del aceite vegetal y las margarinas y a una reducción de la mortalidad por ECC (Zatonski et al., 1998).

Numerosos proyectos de salud cardíaca han implicado a los responsables locales de la toma de decisiones, que han estado complacidos de que les asocien con actividades sanitarias populares. Al mismo tiempo, estos proyectos han buscado el apoyo de decisiones políticas para actividades sostenibles y para su difusión. Esto guarda relación con estrategias como la organización de la comunidad, la asunción de responsabilidad por la comunidad y el empoderamiento de la comunidad (Bracht et al., 1994; Green et al., 1991).

Varios comentaristas, entre quienes se encuentra Syme (1997), han manifestado que es probable que los proyectos de salud cardíaca, a pesar de sus errores, hayan estado demasiado basados en enfoques educativos e individuales, habiendo utilizado muy pocas medidas basadas en el entorno y en las políticas. Una revisión británica llegó a la conclusión de que la protección de la salud por medio de medidas fiscales y legislativas podría ser más eficaz que los esfuerzos basados en la educación para la salud (Ebrahim et al., 1997). No debiéramos olvidar que el apoyo político supone asimismo movilizar el apoyo de la comunidad por medio de actividades de intervención educativa y otras actividades prácticas.

Lo ideal es que la relación entre los programas de salud cardíaca y la toma de decisiones políticas discurra de dos maneras: la voluntad política debiera lanzar y apoyar programas importantes de salud cardíaca ('programas de demostración'), que, a su vez, debieran influir y apoyar la difusión nacional de reformas de las políticas. De este modo, los programas de promoción de la salud destinados a movilizar a la población, y los cambios de política sanitaria que favorezcan los entornos de apoyo debieran correr parejos. Las experiencias a este respecto en Finlandia – donde la mortalidad anual por enfermedad cardíaca ajustada por edad en la población en edad de trabajar se ha reducido hasta en un 65% en 25 años – bien merecen ser tomadas en cuenta.

En el mundo occidental, la salud cardíaca es de una importancia vital para la salud pública, por el uso que hace de los servicios sanitarios, por la pérdida de productividad, el sufrimiento humano y la desigualdad en salud a que da lugar, y por razones económicas. El conocimiento médico en materia de prevención está ahí. La experiencia de promoción de la salud está ahí. Por consiguiente, el potencial de éxito de la salud cardíaca es enorme.

A esto se añade que la salud cardíaca está asociada a estilos de vida positivos que están de moda y gozan de aceptación generalizada. Las personas desean que sus políticos les apoyen en este campo. Dado el creciente interés público en la salud cardíaca, los medios le prestan mucha atención y las empresas comerciales se sienten cada vez más atraídas. La salud cardíaca es ya un argumento de marketing importante, p.e. en la industria alimentaria y en la actividad física, en los servicios recreativos y en los avances de la agricultura.

Referencias por orden alfabético

- Abrahamson JH, Griffin R, Hopp C, et al. *Evaluation of a community program for the control of cardiovascular risk factors: The CHAD program in Jerusalem*. *Isr J Med Sci* 1981;17:201-212.
- Altman DG A framework for evaluating community-based heart disease prevention programs. *Social Science & Medicine* 1986;22(4):479-487.
- Altman DG, Flora JA, Fortmann SP, Farquhar JW. The cost-effectiveness of three smoking cessation programs. *American Journal of Public Health*. 1987;77:162-165.
- Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin E, Diaz Tracy. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA* 1995;273:1106-1112.
- Bracht N, Finnegan J, Rissel C, et al. *Community ownership and program continuation following a health demonstration project*. *Health Educ Res*. 1994;9:243-255.
- Brenner H, Mielck A. Einschränkungen de Rauchers am Arbeitsplatz und Rauegewohnheiten: *Ein Literaturreview*. *Soz Präventivmed* 1992;37:162-167.
- Brummer E, White I, Thorogood M, Bristow A, Curle D, Mormot M. Can dietary interventions change diet and cardiovascular risk factors? A meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Public Health*. 1997;87:1415-1422.
- Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health*. 1993;83:872-880.
- Brännström I, Weinehall L, Persson LA, Wester PO, Wall S. Changing social patterns of risk factors for cardiovascular disease in a Swedish community intervention programme. *Int J Epidemiol*. 1993;22:1026-1037.
- Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, et al. The Pawtucket Heart Health Program: Community-wide education effects assessed by changes in cardiovascular disease risk. *American Journal of Public Health*. 1995;85:777-785.
- Coates TJ, Jeffery RW, Slinkard LA. Heart healthy eating and exercise: Introducing and maintaining changes in health behaviors. *American Journal of Public Health*. 1981;71:15-23.
- COMMIT Research Group. Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). Cohort results from a four-year community intervention. *American Journal of Public Health*. 1995;85:777-785.
- Croyle RT (ed.). *Psychosocial effects of screening for disease prevention and detection*. New York: Oxford University Press, 1995.
- Dowse GK, Gareebou H, Alberti KGMM, et al. Changes in populations cholesterol and concentrations and other cardiovascular risk factor levels after five years of the non-communicable disease intervention programme in Mauritius. *BMJ*. 1995;311:1255-1259.
- Doxiadis S (ed). *Ethics in health education*. Chicester: John Wiley & Sons, 1990.
- Ebrahim S, Smith GD. Systematic review of randomized controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *BMJ*. 1997;314:166.1674.
- Ellickson PL, Bell RM, McGuigan K. Preventing adolescent drug use: Long-term results of a junior high school program. *American Journal of Public Health*. 1993;83(6):856-861.
- Enos WF Jr, Beyer JC, Holmes RH. Pathogenesis of coronary disease in American soldiers killed in Korea. *Journal of the American Medical Association*. 1955;158:912-914.
- Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JP, et al. Effect of community-wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. *JAMA*. 1990;264:359-365.
- Farquhar JW, Maccoby N, Wood PD, et al. Community education for cardiovascular health. *Lancet*. 1977;1:1192-1195.
- Fielding JE. Worksite health promotion programs in the United States: progress, lessons and challenges. *Health Promotion International*. 1990;5:75-84.
- Field K, Thorogood M, Silagy C, Normand C, O'Neill C, Muir J. Strategies for reducing coronary risk factors in primary care: which is most effective? *BMJ*. 1995;310:1109-1112.
- Flay BR, Best JA. Overcoming design problems in evaluating health behavior change programs. *Evaluation for Health Professions*. 1982;5:43-69.
- Flay BR, Koepke D, Thomson SJ, Santi S, Best A, Brown KS. Six-year follow-up of the first Waterloo school smoking prevention trial. *American Journal of Public Health*. 1989;79(10):1371-1376.
- Flay BR. Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology*. 1985;4(5):449-488.

Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH, Pirie PL, Badger GJ, Carpenter JH, Geller BM. Mass media and school interventions for cigarette smoking prevention: Effects 2 years after completion. *American Journal of Public Health*. 1994;84:1148-1150.

Ford CH, McGandy RB, Stare FJ. An institutional approach to the dietary regulation of blood cholesterol in adolescent males. *Prev Med*. 1972;1:426-445.

Fortman S. *Effects of the US cardiovascular preventive projects in different socioeconomic groups*. Paper given at the 4th Int Conference of Preventive cardiology. Montreal 29.6.3.7.1997.

GCP Study Group. The German Cardiovascular Prevention Study. Design and methods. *Eur Heartj*. 1988;629-646.

Gebhardt DL, Crump CE. Employee fitness and wellness programs in the workplace. *Am Psychol*. 1990;45:262-272.

Glynn TJ. Essential elements of school-based smoking prevention programs. *J School Health*. 1989;59(5):181-188

Green L, Kreuter M. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company; 1991.

Heistaro S, Vartiainen E, Puska P. Other morbidity and general health. In *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Editors: Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. National Public Health Institute. Helsinki 1995:199-213.

Helakorpi S, Berg M, Uutela A, Puska P: *Health Behaviour among Finnish Adult Population, Spring 1995*. Publications of the National Public Health Institute B 14/1995.

Heyden S, Schneider KA, Roberts KF. Effectiveness of education-screening on cholesterol levels of students. *Ann Nutr Metab*. 1991;35:71-76.

Hjermer I, Velve Byre K, Holme I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo study group of a randomised trial in healthy men. *Lancet*. 1981;2:1303-1310. Holme I. *An analysis of randomized evaluating the effect of cholesterol reduction on total mortality and coronary heart disease*. *Circulation* 1990;82:1916-1924.

Jacobson L, Lindgren B. *How much is the cost of illness?* Institutet för samhällsmedicin, Lunds Universitet, 1995.

Jeffrey RW, Gary CW, French SA, et al. *Evaluation of weight reduction in a community intervention for cardiovascular disease risk: Challenges in body mass index in the Minnesota Heart Health Program*. *Int J Obes* 1995;19:30-39.

Jousilahti P, Vartiainen E, Pekkanen J, Tuomilehto J, Sundvall J, Puska P. *Serum cholesterol distribution and coronary heart disease risk. Observations and predictions among middle-aged population in Eastern Finland*. *Circulation* 1998;97:1087-1094.

Karvonen MJ. *Prehistory of the North Karelia Project*. In: *The North Karelia Project 20 year results and experiences*. Editors: Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. National Public Health Institute. Helsinki 1995:17-21.

Kelder SH, Perry CL, Lytje LA, Klepp K-I. *Community-wide youth nutrition education: long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program*. *Health Education Research* 1995;10:119-131.

Kiiskinen U, Vartiainen E, Pekurinen M, Puska P. *Does prevention of cardiovascular diseases lead to decreased cost of illness? Twenty years experience from Finland*. *Prey Med* 1997;26:220-226.

Kiiskinen U. *The costs of cardiovascular diseases*. In: *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Editors: Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. National Public Health Institute. Helsinki 1995:255-270.

Klepp K-I, Yygard L, Tell GS, Vellar OD. Twelve year follow-up of a school-based health education programme. The Oslo Youth Study. *Eur j Public Health* 1994;4:195-200.

Korhonen HJ, Puska P. *Evaluating the change process*. In: *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Editors: Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. National Public Health Institute. Helsinki 1995:217-232.

Kornitzer M, De Backer, Dramaix M, et al. Belgian heart disease prevention project: incidence and mortality results. *Lancet*. 1983;i:1066-1070.

Kottke T.E., Puska P. and Salonen J.T. Projected effects of high-risk versus population-based prevention strategies in coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*. 1985;41:1083-1093.

Lapinleimu H, Viikari J, Jokinen E, Salo P, Routi T, Leino A, Rönnemaa T, Seppänen R, Välimäki I, Simell O. Prospective randomised trial in 1062 infants of diet low in saturated fat and cholesterol. *Lancet*. 1995;345:471-476.

Luepker RV, Murray DM, Jacobs Jr DR, et al. Community education for cardiovascular disease prevention: Risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health*. 1994;84:1383-1393.

-
- McAlister A, Perry C, Maccoby N et al. Pilot study of smoking, alcohol and drug abuse prevention. *American Journal of Public Health*. 1980;70:719-721.
- MacMahon S, Rogers A. The effects of antihypertensive treatment on vascular disease: reappraisal of the evidence in 1994. *J Vasc Med Biol*. 1994;4:265-271.
- McNamara JJ, Molot MA, Stremple JF, Cutting RT. Coronary artery disease in combat casualties in Vietnam. *J Am Med Ass*. 1971;216:1185-1187.
- Mittelmark M, Hunt M, Heath G, Schmid T. Realistic outcomes: Lessons from community-based Research and demonstration programs for prevention of cardiovascular diseases. *Journal of Public Health Policy*. Winter 1993.
- Murray DM, Pirie P, Luepker RV, Pallonen U. Five-and six-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *J Behav Med*. 1989;12(2):207-218.
- Murray J.L.C., Lopez AD (eds.). *The Global Burden of Disease*. WHO 1996
- Nelson DJ, Lasater TM, Niknian M, et al. *Cost effectiveness of different recruitment strategies for self-help smoking cessation programs*. Health Education Research Theory and Practice 1989;4:79-85.
- Newman WP 111, Freedman DS, Voors AW et al. Relation of serum lipoprotein levels and systolic blood pressure to early atherosclerosis. The Bogalusa Heart Study. *N Engl J Med*. 1986;314:138-144.
- Nissinen A, Tuomilehto J, Enlund H, Kottke TE. Costs and benefits of community programmes for the control of hypertension. *J Hum Hypertens*. 1992;6:473-479.
- Pentz MA, Sussman S, Newman T. The conflict between least harm and no-use tobacco policy for youth: ethical and policy implications. *Addiction*. 1997;92:1165-1173.
- Perry CL, Kelder SH, Murray DM, Klepp K-I. Community-wide smoking prevention: Long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *American Journal of Public Health*. 1992; 82(9): 1210-1216.
- Peterson G, Abrams DB, Elder JP, Beaudin PA. Professional versus self-help weight loss at the worksite: The challenge of making a public health impact. *Behav Ther*. 1985;16:213-222.
- Process evaluation in the Multicenter Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH). *Health Education Quarterly*. 1994 Suppl. 2.
- Puska P. Development of public policy on the prevention and control of elevated blood cholesterol. *Cardiovascular Risk Factors*. 1996;6:203-210.
- Puska P. *Comprehensive Cardiovascular Community Control Programmes in Europe: Copenhagen*. WHO Regional Office for Europe; 1988.
- Puska P (1985) Intervention and experimental studies. In: *Oxford Textbook of Public Health*, eds W. Holland, R. Detels and G. Know, pp. 113-122. Oxford University Press, New York.
- Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, et al. The community based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Ann Rev Public Health*. 1985;6:147-193.
- Puska P, Isokääntä M, Korpelainen V, Vartiainen E. *Village competition as an innovative method for lowering population cholesterol*. Postgraduate Medicine, in press.
- Puska P, Niemensivu H, Puhakka P, Alhainen L, Koskela K, Moisio S, Vir L. Results of a one-year worksite and mass media based intervention on health behaviour and chronic disease risk factors. *Scand J Soc Med*. 1988;16:241-250.
- Puska P, Tuomilehto J, Salonen J, et al. *Community control of cardiovascular disease: the North Karelia Project*. WHO: Copenhagen, 1981.
- Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E (eds). *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. National Public Health Institute. Helsinki 1995.
- Puska P, Vartiainen E, Pallonen U, Salonen JT, Pöyhä P, Koskela K, McAlister A. The North Karelia Youth Project: Evaluation of two years' intervention on health behaviour and CVD risk factors among 13- to 15-year-old children. *Prev Med*. 1982;11:550-570.
- Puska P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Salomaa V, Nissinen A. Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases. *Bulletin of the World Health Organization*. 1998;76 (in press).
- Report of the expert panel on blood cholesterol levels in children and adolescents*. National Cholesterol Education Program. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health. NIH Publication No. 91-2732, September 1991.
- Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *BMJ*. 1981;282:1847-1851.
- Rossouw JE, Jooste PL, Chalton DO, et al. Community-based intervention: The coronary risk factor study (CORIS). *Int J Epidemiol*. 1993;22:428-438.
-

SBU (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care). *Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolknings - inriktade program - en systematisk litteraturoversikt*. SBU-rapport nr. 134. Stockholm 1997.

Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4 444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group (4S). *Lancet*. 1994; 344:1383-1389.

Schooler C, Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA. Synthesis of Findings and Issues from Community Prevention Trials. *Ann Epidemiol*. 1997;57:S54-S68.

Sellers DE, Crawford SL, Bullock K, McKinlay JB. Understanding the variability in the effectiveness of community, heart health programs: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1997;44(9):1325-1339.

Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *New Engl J Med*. 1995;333:1301-1307.

Simell O, Viikari J, Rönnemaa T, Rask-Nissilä L, Tammi A, Seppänen R, Välimäki I, Terho P, Puotsaari T, Jokinen E. *Cardiovascular disease risk factors in young children in a prospective randomised intervention trial - the STRIP Project*. Abstract. Primary prevention of cardiovascular disease in childhood. XI Medical Symposium of the Yrjö Jahnsson Foundation. Porvoo, Finland, 5-7- August, 1998.

Strong JP, McGili HC Jr. The pediatric aspects of atherosclerosis. *J Atherosclerosis Research*. 1969;9:251-265.

Syme L: *Individual vs. community interventions public health practice: Some thoughts about a new approach*. VicHealth 1997.

Tell GS, Vellar OD. Non-communicable disease risk factor intervention in Norwegian adolescents: the Oslo Youth Study. In: *Cardiovascular Risk Factors in Childhood*. *Epidemiology and Prevention*. Hetzel B, Berenson GS (Eds.) Pp. 203-217. Elsevier Science Publishers B. V. 1987.

The World Health Report. VMO, Geneva 1997.

Thomson EL. Smoking education programs 1960-1976. *American Journal of Public Health*. 1978;68:250-255.

Tillgren P, Rosen M, Haglund B, Ainetdin T, Lindholm L, Holm L-E. Cost-effectiveness of a tobacco 'Quit & Win' Contest in Sweden. *Health Policy*. 1993;26:43-53.

Van Beurden EK. The North Coast Cholesterol Check Campaign: Results of the first three years of a large scale public screening programme. *Med J Aust*. 1991; 154:385-391.

Vartiainen E, Pallonen U, McAlister A, Koskela K, Puska P. Effect of two years educational intervention on adolescent smoking: The North Karelia Youth Project. *WHO Bulletin*. 1983;61(3)-.529-532.

Vartiainen E, Pallonen U, McAlister A, Koskela K, Puska P. Four-year follow-up results of the smoking prevention program in the North Karelia Youth Project. *Prev Med*. 1986;15:692-698.

Vartiainen E, Pallonen U, McAlister A, Puska P. Eight-Year Follow-up Results of an Adolescent Smoking Prevention Program: The North Karelia Youth Project. *American Journal of Public Health*. 1990;80:1:78-79.

Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J, Tuomilehto J, Jousilahti P. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *BMJ*. 1994;309:23-27.

Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J, Tuomilehto J, Lönnqvist J, Ehnholm C. Serum cholesterol concentration and mortality from accidents, suicide, and other violent causes. *Br Med J*. 1994;309:445-447.

Vartiainen E, Puska P, Pietinen P, Nissinen A, Leino U, Uusitalo U, Kostiaainen E. Effects of dietary fat modifications on serum lipids and blood pressure in children. *Acta Paediatr Scand*. 1986;75:396-401.

Vartiainen E, Tossavainen K, Koskela K, Korhonen Hj. Smoking prevention in youth. In: *Prevention of atherosclerosis and hypertension beginning in youth*. Filer Lj ir, Lauer RM, Luepker RV (Eds.). Lea & Febiger USA 1994.

Veen CA, Vereijken CJM. *Promoting health at work. A review of the effectiveness of health education and health promotion*. Utrecht.-IUHPE/EURO. Landelijk Centrum GVO, 1994.

WHO European Collaborative trial in the Multifactorial Prevention of Coronary Heart Disease. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1989.

Wilson MG. Cholesterol reduction in the workplace and community settings. *J Community Health*. 1991;16:49-65.

World Health Organization. *Positioning CINDI to Meet the Challenges*: Copenhagen: WHO regional Office for Europe; 1993.

World Health Organization. *Prevention of Coronary Heart Disease*. WHO Technical Reports series no. 678. WHO, Geneva 1982.

World Health Organization. *The World Health Report 1997. Conquering suffering. Enriching humanity*. WHO, Geneva 1997.

Zatonski W, McMichael, Powles J. Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991. *BMJ*. 1998;316:1047-1051.

Capítulo Seis

Desafíos Sanitarios 2

El tema: Tabaco, alcohol y drogas ilícitas

El autor: Dr. Peter Anderson, Asesor Regional del Programa Tabaco y Salud de la OMS y director en funciones del Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, OMS Europa.

El objeto: La política relativa al tabaco y al alcohol está cargada de intereses creados: políticos y económicos. El comercio y uso de drogas ilícitas se está cobrando sus víctimas. El autor aduce lo siguiente:


- 1 El cincuenta por ciento de todos los fumadores regulares morirá a causa de los cigarrillos, la mitad de ellos a mediana edad, el período económicamente más activo de la vida. Aparte del trauma sanitario, esto es un despilfarro económico y social
- 2 Existe una relación directa entre el volumen de alcohol consumido y determinadas enfermedades, sucediendo lo mismo con el consumo de las drogas ilícitas. Existe evidencia clara de que las estrategias de promoción de la salud reducen con eficacia el perjuicio para la salud derivado del uso de estas sustancias
- 3 Una estrategia clave reside en regular el mercado por medio de la política fiscal, en restringir la disponibilidad y en controlar la comercialización y el producto
- 4 Las intervenciones en el lugar de trabajo, en los centros de enseñanza, en los hogares y por parte de los proveedores de atención primaria son eficaces. Por ejemplo, dejar el tabaco a cualquier edad es beneficioso, pero dejarlo antes de alcanzar la mediana edad reduce casi todo el exceso de riesgo.
- 5 El Banco Mundial estima que solo los productos a base de tabaco crean una carga económica global de cómo mínimo 200.000 millones de dólares al año. Los costes del alcohol representan entre el 2% y el 5% del PNB. Es necesaria una respuesta política de amplio alcance para abordar esta pérdida.

Habiendo sido responsable de la política en materia de alcohol de la organización, el Dr. Anderson desarrolla e implanta ahora el Plan de Actuación para una Europa Libre de Tabaco de la OMS. Antiguo médico generalista, ha publicado más de 120 artículos y libros relativos al tema de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

'Fumar mata'


Actuaciones en el campo de la política sanitaria

El perjuicio que causan el tabaco, el alcohol y las drogas ilícitas es responsable de hasta un 24% de la carga total de enfermedad que soporta Europa (Murray y López, 1996).

El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas está estrechamente relacionado con la marginación social y la pobreza. Hay evidencia que demuestra que existen estrategias rentables que previenen la enfermedad y promueven la salud. Sin embargo, las políticas que regulan la disponibilidad y la demanda de tabaco, alcohol y drogas ilícitas no tendrán éxito a largo plazo si los factores sociales que determinan su consumo no se modifican. El amplio marco de la política social y económica debe apoyar políticas eficaces. 

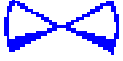
Los productos a base de tabaco y alcohol constituyen una importante carga económica para las personas a nivel individual, para las familias y para la sociedad. El Banco Mundial estima que los productos a base de tabaco crean una carga económica global de por lo menos 200.000 millones de dólares americanos al año. El coste del perjuicio que produce el alcohol a la sociedad, incluida la pérdida de productividad, se estima para los distintos países en entre el 2% y el 5% del PNB.

El uso de políticas progresivas de impuestos no solamente aporta ingresos a los gobiernos, sino que también reduce el perjuicio que causan los productos a base de tabaco y alcohol. Las intervenciones breves en el campo de la atención primaria destinadas al abandono del tabaco y a la reducción del peligroso y perjudicial consumo de alcohol se encuentran entre las más rentables de todas las intervenciones de atención sanitaria.

La implantación de una política eficaz en materia de tabaco y alcohol está cargada de intereses económicos y políticos creados, particularmente por parte de las industrias del tabaco y el alcohol. Históricamente, estas industrias han negado que sus productos fuesen perjudiciales para la salud, además de una carga económica para las sociedades. A estas industrias no se les han exigido responsabilidades por dichos costes, no habiéndose realizado tentativa alguna por recuperar el déficit económico, ni tampoco por ejercer una influencia política que lleve a las empresas a invertir en un diseño y desarrollo de productos más seguros. Existe evidencia que demuestra que dichas políticas podrían ser beneficiosas, tanto en términos de posibilitar una salud mejor, como de generar financiación para actividades de promoción de la salud. 

La demanda de los consumidores de no estar expuestos al humo ambiental del tabaco, o a accidentes causados por conductores en estado de embriaguez, ha desembocado en una reducción del consumo de tabaco y alcohol. Es probable que dicha demanda siga creciendo.

El Impacto Sanitario

Existe una relación directa entre el número de cigarrillos fumados, la duración del acto de fumar y el riesgo de sufrir ECV, cáncer y dolencias respiratorias (Wald y Hackshaw, 1996). El cincuenta por ciento de todos los fumadores regulares morirán a causa de los cigarrillos, la mitad a mediana edad (el período económicamente más activo de la vida) y la mitad en la tercera edad (Doll, Peto et al., 1994). En Europa, la muerte debida al tabaco crea una pérdida media de 20 años de esperanza de vida. A esto se añade que la exposición al humo ambiental del tabaco aumenta el riesgo de padecer cáncer de pulmón, ECC, bajo peso al nacer y muerte infantil súbita (HMSO, 1998). 

Existe una relación directa entre el volumen de alcohol consumido y el riesgo de padecer cirrosis hepática, determinados cánceres (incluido el cáncer de mama), un aumento de la presión

sanguínea y un ictus hemorrágico (Anderson, 1995). Pese a que el consumo de alcohol reduce el riesgo de sufrir una ECC, buena parte de la reducción de este riesgo se alcanza a niveles de consumo inferiores a 10g diarios, siendo relevante solamente para las personas mayores de 50 años (Anderson, 1998). Cuando los niveles de consumo son altos, el alcohol incrementa el riesgo de muerte súbita coronaria (Kupari y Koskinen, 1998).

Existe una relación entre el volumen de alcohol consumido y la intensidad de su consumo y el riesgo de tener problemas familiares, laborales y sociales, como la dependencia del alcohol, accidentes (incluidos incendios), asaltos, conducta delictiva, lesiones no intencionadas, violencia, homicidio, suicidio y accidentes de circulación (Edwards, Anderson et al., 1994). Entre el 40% y el 60% de todas las muertes relacionadas con lesiones, deliberadas o no, son atribuibles al consumo de alcohol (English, Holman et al., 1995).

Las drogas ilícitas incluyen una amplia gama de sustancias, que, debido a su potencial perjudicial, han sido puestas bajo el control de convenios internacionales. Las drogas ilícitas aumentan el riesgo de intoxicación, dependencia, psicosis, suicidio, mortalidad global y delitos y, como resultado de la drogadicción por vía intravenosa, la propagación del VIH y la hepatitis (English, Holman et al., 1995).

Varias estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad han demostrado reducir con eficacia el perjuicio que produce el uso de estas sustancias.

1 Regulación del Mercado

Una estrategia clave para reducir los daños reside en regular el mercado por medio de la política fiscal, restringir la disponibilidad y controlar la comercialización y el producto.

Por medio de la política fiscal, un aumento del 10% del precio de los cigarrillos podría conducir a una disminución de alrededor del 5% de la cantidad de cigarrillos fumados por la población europea, siendo esta cifra del 10-15% para los jóvenes (Townsend, 1996). Un incremento de los impuestos que gravan los productos a base de alcohol reduce el perjuicio relacionado con esta sustancia, particularmente entre los más jóvenes y entre los excesivos bebedores (Osterberg, 1995). Una reducción del 20% aproximadamente de la mortalidad relacionada con el alcohol, y del 5% de los accidentes mortales, suicidios y homicidios en las poblaciones europeas, equivaldría a una disminución del 10% del consumo per cápita (Norstrom, 1995).

Existe cierta evidencia de que restringiendo el acceso de los jóvenes a los productos a base de tabaco se podría reducir el número de adolescentes y jóvenes que se convierten en fumadores diarios (Reid, 1996; Forster y Wolfson, 1998). Un medio estándar de implantar restricciones sobre la venta consiste en garantizar que los productos a base de tabaco se vendan solamente mediante un intercambio personal directo entre el detallista autorizado y el consumidor (Food and Drug Administration, 1995). En Estados Unidos, un incremento de la edad legal mínima para consumir alcohol condujo a una reducción de los accidentes de circulación relacionados con el alcohol, así como a una reducción del consumo y de las muertes relacionadas con el mismo (Edwards, Anderson et al., 1994).

En muchos países europeos, las restricciones de las horas o días de venta, al igual que la regulación del número, tipo y localización de los puntos de venta, son todos elementos que disminuyen el consumo de alcohol (Edwards, Anderson et al., 1994). Un servicio de bebidas responsable, programas de formación

impartidos a las personas que sirven bebidas y una mayor responsabilidad legal de quienes sirven alcohol, han demostrado, al menos en Estados Unidos, que éstos son elementos que reducen el número de accidentes en que el alcohol está implicado (Edwards, Anderson et al., 1994).

Los controles impuestos a la publicidad pueden también ayudar a regular el mercado. Existe una relación causal entre la publicidad y la conducta de los jóvenes con respecto al tabaco (Food and Drug Administration, 1995; HMSO, 1998), al igual que un beneficio positivo para la salud derivado del efecto de los controles de la publicidad en las reducciones de las tasas de consumo de tabaco y del consumo de tabaco por parte de los jóvenes en los países europeos (Reid, 1996). La industria del tabaco lanza campañas dirigidas a las mujeres y a sus roles cambiantes en la sociedad, siendo estas campañas consideradas particularmente eficaces a la hora de captar jóvenes fumadoras (HMSO, 1998). Una intervención eficaz en materia de política consiste en prohibir todas las formas de patrocinio o publicidad directa o indirecta relacionadas con el tabaco, siendo esta una acción apoyada por la Directiva 98/43/CE del Parlamento Europeo y el Consejo de la CE de 6 de julio de 1998.



De manera similar, la publicidad incide considerablemente en el consumo de los productos a base de alcohol. Existe cierta evidencia que sugiere que la imposición de restricciones similares al mercado de la publicidad de productos a base de alcohol conduciría en una reducción de los daños relacionados con el alcohol (Montonen, 1996).

Se pueden obtener ganancias de salud por medio de reglamentos que controlen el contenido de alcohol de las bebidas y el embalaje en el cual se venden los productos a base de alcohol, y que garanticen que dicho embalaje contenga información esencial, como el contenido de etanol de la bebida alcohólica implicada (Greenfield, 1998; Stockwell y Single, 1998). Está demostrado que las bebidas alcohólicas que se comercializan encubiertas como refrescos con el fin de atraer a los adolescentes aumentan el riesgo de intoxicación. Existen argumentos sólidos a favor de que dichas bebidas se prohíban, y de que los fabricantes reciban incentivos para que desarrollen bebidas alcohólicas de alta calidad y precio competitivo con un contenido bajo y, por lo tanto, menos perjudicial, de alcohol.



Un elemento potencialmente eficaz consiste en recurrir a los litigios y demostrar la responsabilidad de producto. Los litigios pueden no solamente recuperar los costes, sino también exponer al público las acciones de las industrias del tabaco y el alcohol. Eso conduce a cambios en la opinión pública que permiten la introducción de medidas reglamentarias adicionales (Howard, 1996). Como instrumento de política pública, los litigios pueden obligar a la industria a aceptar responsabilidad por las pérdidas de salud que causen sus productos. El resultado sería una acción destinada a superar estos déficit por medio de transferencias de fondos, una acción destinada a minimizar cualquier déficit futuro, un diseño de productos alternativos y la aceptación de medidas legales y fiscales de regulación de los productos (Annas, 1997).

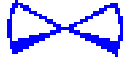
A partir de finales de los ochenta, muchos países europeos han introducido legislación de control del consumo de tabaco en los lugares públicos (Harkin, Anerson y Goos, 1997). Donde esta legislación ha sido implantada, existe evidencia que demuestra que minimiza y eventualmente elimina los riesgos de exposición involuntaria al humo del tabaco, protegiendo de esta manera el derecho de los no fumadores a un ambiente libre de humo (Roemer, 1993). También se ha demostrado que los controles impuestos al consumo de tabaco en el lugar de trabajo brindan un apoyo importante al gran número de fumadores que desean dejarlo (Puska, Korhone et al., 1997).



2 Intervenciones de los Proveedores de la Atención Primaria de Salud

Dejar el tabaco a cualquier edad es beneficioso, pero dejarlo antes de alcanzar la mediana edad reduce casi todo el exceso de riesgo (Doll, Peto et al., 1994).

Se ha demostrado que las intervenciones breves no selectivas destinadas al tratamiento de la dependencia del tabaco que realizan los proveedores de atención primaria de salud, como los médicos y los enfermeros, son muy eficaces, exhibiendo tasas de abandono del tabaco un 3% superiores en relación con los controles (Silagy y Ketteridge, 1998). Las tasas de abandono del tabaco, con independencia de su nivel de eficacia, se duplican cuando se utilizan productos de tratamiento, incluida la terapia de sustitución de la nicotina (Silagy, Mant et al., 1998). Las intervenciones breves no solamente son eficaces, sino que también se cuentan entre las más rentables de todas las intervenciones de atención sanitaria conocidas. El coste por año de vida ganado en términos de dólares estadounidenses es inferior a los 3.000 dólares en los países de Europa Occidental con el consejo sanitario para dejar de fumar, con o sin terapia de sustitución de la nicotina. En contraste, el coste asciende a 30.000 dólares por año de vida ganado cuando se aplican más de 300 intervenciones médicas estándar, diez veces más el coste medio del año de vida ganado con el consejo sanitario (Tengs, Adams, Pliskin et al., 1995; Cromwell, Bartosch, Fiore et al., 1997; Parrott, Golsfrey, Raw et al., 1998).



Este tipo de intervenciones en escenarios de atención primaria de salud son eficientes y rentables también, reduciendo el consumo de alcohol en más del 25% en las personas cuyo consumo es peligroso o perjudicial (Nuffield Institute for Health, 1993).

Los peligros específicos asociados al consumo de drogas ilícitas, como las infecciones transmitidas por la sangre, los problemas de salud, la pobreza, los delitos, la violencia y la merma de productividad, se pueden disminuir por medio de estrategias de contención de riesgos (Swiss Federal Office of Public Health, 1998). La propagación de la infección por VIH se puede contener adoptando medidas orientadas a los drogadictos por vía intravenosa, organizando distribuciones e intercambios de jeringuillas, ofreciendo preservativos, administrando las terapias de mantenimiento prescritas y ampliando los servicios de información sobre las ayudas sociales disponibles entre las poblaciones menos favorecidas (OMS 1998a). Dichos programas requieren que algunos aspectos de la gestión de las drogas ilícitas dejen de ser responsabilidad de la justicia penal, pasando a serlo del sector de atención sanitaria.



3 Intervenciones en el Campo de la Educación y la Información Pública

Se ha supuesto que el hecho de informar a la población sobre el tabaco, el alcohol y las drogas ilícitas, al igual que sobre los riesgos afines, impartiendo educación, o a través de los medios de comunicación, contribuiría a un cambio de actitud y conducta. Sin embargo, la conclusión general es que a pesar de que la información puede incrementar el conocimiento, es una actividad que rara vez influye por sí sola en la conducta (Montonen, 1995; Reid, 1996).

Una razón reside en que dicha información compite con una barrera de experiencias de la 'vida real' que promueven un mensaje diferente. La influencia que tiene la experiencia personal en las percepciones de las personas tiende a pesar más que cualquier información suministrada. De esta manera, es probable que los efectos de los esfuerzos a corto plazo destinados a suministrar información sean escasos, salvo que vengan acompañados de cambios reglamentarios y del entorno que por sí mismos entren en las experiencias de las personas.

4 Intervenciones en el Hogar

Las personas que viven en hogares donde hay fumadores padecen una contaminación por partículas dos o tres veces superior a aquellas que viven en hogares libres de humos (OMS, 1995). El humo ambiental del tabaco es causa de mala salud y muerte infantil súbita en el hogar (HMSO, 1998).

El consumo de alcohol puede incrementar el riesgo de violencia familiar (Eurocare, 1998). Los niños de las familias con problemas de alcohol sufren un nivel bastante alto de descuido y falta de atención, seguridad y dinero (Eurocare, 1998). Dichos niños tienen con frecuencia dificultades para concentrarse en el trabajo escolar, estando a menudo sometidos a violencia y abuso psicológico.

Sin el apoyo de políticas públicas relativas a cuestiones como los hogares libres de humo y otras iniciativas en materia de política sanitaria y social, que crean un entorno de apoyo para las familias y los padres, la evidencia de la eficacia de las intervenciones de promoción de la salud en el hogar seguirá siendo limitada.

5 Intervenciones en los Centros de Enseñanza

Una inversión considerable ha sido destinada a los programas de educación basados en los centros de enseñanza. Si bien las revisiones de la educación basada en los centros de enseñanza demuestran que su influencia en las actitudes y la conducta es incierta, se ha demostrado que algunos elementos (particularmente las sesiones conducidas por iguales y el aprendizaje basado en habilidades) inciden en el consumo de tabaco y alcohol (Anderson, 1995). La educación que se imparte en los centros de enseñanza sobre el tabaco, el alcohol y las drogas ilícitas debería estar integrada en el concepto de la 'escuela promotora de salud'. Este concepto brinda oportunidades e impone requisitos de compromiso con el suministro de un entorno social y físico seguro que potencie la salud de aquellos que trabajan y aprenden en el centro de enseñanza, junto con relaciones eficaces con la familia y la comunidad. Es necesario adoptar un enfoque holístico integrado de la promoción de la salud que dé prioridad a este concepto dentro del plan de estudios.



La política en relación con las sustancias que crean adicción en los centros de enseñanza debería tener por objeto a largo plazo apoyar los objetivos de la política de educación. Se ha demostrado que el incremento de la edad legal mínima para consumir alcohol en Estados Unidos ha conducido a un mayor rendimiento educativo (Holder, 1988). Los chicos que han concluido la educación preuniversitaria o una formación técnica superior, o de mayor nivel, tienen muchas más oportunidades de salud, al igual que de ocupación e ingresos (Wadsworth, 1996). Adicionalmente, la educación es un indicador bastante significativo de la realización de elecciones saludables en relación con el consumo de los productos a base de tabaco y alcohol (Marmot, 1996).



6 Intervenciones en el Lugar de Trabajo

Los problemas de salud en el lugar de trabajo incluyen accidentes, exposición al humo ambiental del tabaco y estrés. Puede que el alcohol esté implicado en hasta el 25% de los accidentes laborales (Henderson, Hutcheson y Davies, 1995).

La legislación que controla el consumo de tabaco en el lugar de trabajo elimina los riesgos de una exposición involuntaria al humo del tabaco, reduce el riesgo de incendios y apoya a los números fumadores que quieren dejarlo (Romer, 1993; Puska, Korhonen et al., 1997). Las políticas relativas al alcohol en el lugar de trabajo que invierten en los empleados y reducen las tasas de despido, ofrecen beneficios considerables a las empresas, conduciendo a descensos de los costes de atención sanitaria, reducciones de



las discapacidades por enfermedad y disminuciones considerables de los accidentes, tanto dentro como fuera del recinto del lugar de trabajo (Henderson, Hutcheson y Davies, 1995).

Es necesario que la política de consumo de tabaco y alcohol en el lugar de trabajo esté integrada dentro de la política del mercado laboral, que reconoce que la inversión en empleo seguro puede ser beneficiosa para la salud adulta y, por consiguiente, para la productividad a largo plazo (Marmot y Feeney, 1996). La inclusión en el análisis económico del estrés de las cargas de trabajo y la inseguridad laboral, que, a su vez, pueden fomentar el uso de productos a base de tabaco y alcohol, ofrecería una visión mejor de los verdaderos resultados de la actividad económica.

7 El enfoque Basado en la Comunidad

En la salud pública, se reconoce cada vez más que los enfoques preventivos más prometedores están basados en la comunidad y abarcan a toda la comunidad, concentrándose tanto en la conducta individual, como en las influencias del entorno (Bracht, 1990). La creciente concentración en la comunidad se debe, en parte, al reconocimiento de que el entorno donde viven las personas influye en gran medida en su conducta. La comunidad debería orientar su acción a la movilización y a la organización, más que a la intervención (Holder, 1998).

Se ha demostrado que los programas comunitarios de amplio alcance tienen un efecto positivo en las elecciones relacionadas con la salud, incluido el consumo de tabaco y alcohol, habiendo desembocado en cambios favorables en la salud de las poblaciones europea y norteamericana (Puska, Toumiletho, Nissinen et al., 1995; Holder, 1998). Las intervenciones comunitarias más dirigidas pueden reducir con eficacia los accidentes de circulación, la venta a menores, la implantación creciente de un servicio de bebidas responsable y un mayor seguimiento de las leyes locales (Holder, 1998).

El Impacto Social

El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas está estrechamente relacionado con la marginación social y económica. La privación social, medida por indicadores como una mala vivienda, bajos ingresos, hogar monoparental, el desempleo o la falta de un hogar, está asociada a tasas elevadas de consumo de tabaco y a tasas muy bajas de abandono del mismo (Wilkinson y Marmot, 1998).



Las políticas que regulan la disponibilidad y demanda de los productos a base de tabaco y alcohol no tendrán éxito a largo plazo si los factores sociales que determinan su consumo no cambian. El consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas es una respuesta a la exclusión social, y un importante factor de influencia en el empeoramiento de las desigualdades en salud. Tenemos entonces que el amplio marco de la política social y económica debe apoyar una política eficaz contra el consumo de sustancias que crean adicción.

La reducción de las lesiones debidas a la violencia y los accidentes exige políticas públicas que den mayor prioridad a las cuestiones relacionadas con la cohesión social y la seguridad en los entornos donde las personas viven y trabajan, y que aborden los determinantes importantes de la violencia y los accidentes, prestando una atención especial al consumo de alcohol.

A esto se añade que la política destinada a reducir los daños del tabaco, el alcohol y las drogas ilícitas se debe valorar en términos de su impacto en la equidad (Marmot, 1997). Una dificultad que entrañan los impuestos que gravan los productos a base de tabaco y alcohol reside en que éstos pueden ser regresivos, conduciendo a una mayor falta de equidad. Sin embargo, los impuestos regresivos se pueden equilibrar con otros impuestos progresivos en el sistema tributario global. Los impuestos que gravan los productos a base de tabaco y alcohol se pueden destinar a fines sanitarios específicos. Las intervenciones focalizadas basadas en la atención sanitaria primaria pueden reducir con eficacia las desigualdades en salud (Towsend y Davidson, 1988). Las intervenciones de atención primaria de salud deberían estar a disposición de todo el mundo, debiendo todo el mundo poder acceder a ellas y permitírselas.

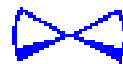


El hecho de que las madres fumen y beban en exceso, factor éste que está determinado asimismo en gran medida por la clase social, aumenta el riesgo de que los bebés pesen poco al nacer (English, Holman et al., 1995). El hecho de que en muchos países europeos las mujeres jóvenes constituyan ahora el grupo que más probabilidades tiene de empezar a fumar, conducirá a un déficit del capital sanitario de sus descendientes, que acaso se extienda a la próxima generación. Las políticas orientadas a la creación de un entorno prenatal y natal que minimice o elimine la exposición al tabaco y al alcohol incrementarán así el capital de salud. Los impuestos sobre los productos a base de tabaco y alcohol no solamente reducen el consumo, sino que generan unas ganancias que se pueden utilizar para proporcionar ingresos suplementarios en una etapa temprana de la vida. Se ha demostrado que estos incrementos de los ingresos, generados por medio de impuestos de la renta negativos, y trasladados a las poblaciones con bajos ingresos que están creando familias, se traducen en el nacimiento de bebés con más peso al nacer (Kehrer y Wolin, 1979).

El Impacto Económico

Los productos a base de tabaco y alcohol son una carga económica importante para las personas a nivel individual, las familias y las sociedades, como resultado de los costes médicos, la baja productividad debida al incremento de la morbilidad, los costes derivados de los incendios y daños causados a las propiedades, y la pérdida de ingresos debida a una mortalidad precoz. El Banco Mundial estima que solamente los productos a base de tabaco crean una carga económica global cifrada en como mínimo 200.000 millones de dólares al año en concepto de costes de atención sanitaria y pérdida de productividad (Barnum, 1994). Se estima que el coste que tiene el alcohol para la sociedad debido a los costes indirectos y la baja productividad en distintos países oscila entre el 2% y el 5% del PNB (Godfrey, 1997). La carga económica que crea el consumo de drogas ilícitas es difícil de cuantificar, aunque es considerable.

El gobierno sufre pérdidas importantes de ingresos debido a que no recauda impuestos sobre los productos a base de tabaco y alcohol de contrabando. Solamente el mercado de cigarrillos de contrabando en la Unión Europea asciende a 60.000 millones de cigarrillos al año, representando una pérdida de impuestos por valor de 6.000 millones de dólares (Joosens, 1997).



Una reducción de los perjuicios que causan el consumo de tabaco y alcohol por medio de una política pública eficaz conduciría a una ganancia económica en forma de mayores ingresos para el gobierno, reducciones de los costes de prestación de la atención sanitaria, reducciones de la pérdida

de productividad y, como factor importante, reducciones de las desigualdades en salud.

La tasa de impuestos sobre el tabaco y el alcohol debiera ser suficientemente alta para garantizar el logro de las metas de salud. Una proporción de los impuestos que gravan estas sustancias se puede utilizar para financiar todas las actividades de control relacionadas con las mismas, incluidos la educación orientada a la salud, la investigación en materia de políticas y el apoyo a los servicios sanitarios.



El Impacto Político

Una buena salud es fundamental para un crecimiento económico sostenible (OMS, 1999). Una medida del éxito de las políticas públicas reside en su impacto en la salud del conjunto de la población. A semejanza de las cuestiones medioambientales, la salud se está convirtiendo con rapidez en una potente plataforma política.

Los obstáculos principales a la implantación de una política eficaz relativa al tabaco y al alcohol residen en los intereses económicos y políticos de estas industrias. Históricamente, este sector ha negado el perjuicio que causan sus productos, no habiéndosele exigido responsabilidades por los costes del déficit sanitario y económico a que han dado lugar. La legislación ha sacado a la luz estas negativas de la industria del tabaco, que ha admitido públicamente la naturaleza adictiva y el perjuicio que causan sus productos (Glantz, Slade et al., 1996). Esta exposición debiera tener como consecuencia que la industria del tabaco aceptase indemnizar dichos costes y realizar un mayor esfuerzo destinado al desarrollo de un diseño de productos más seguros.



El Convenio Marco Internacional sobre la Lucha Antitabáquica propuesto tiene por objeto ampliar los controles internacionales impuestos al mercado de los productos a base de tabaco (OMS, 1998b). Para que este marco sea eficaz, necesitará apoyo político internacional. Adicionalmente, se debiera alentar a los países a que examinen sus políticas socioeconómicas, comerciales y de asuntos exteriores, con el fin de garantizar que éstas no perjudiquen la salud de otros países, y que contribuyan en la medida de lo posible al desarrollo de los países menos favorecidos (OMS, 1999).



En Europa, la presión de los consumidores ha encontrado cierta respuesta política positiva. No es probable que esta presión desaparezca, especialmente por lo que se refiere a la exigencia de no estar expuestos al humo ambiental del tabaco y de que se reduzcan los accidentes causados por los conductores en estado de embriaguez. Esta presión ha llevado ya a una reducción del consumo de tabaco y alcohol (Puska, Korhonen et al., 1996; Gual y Colom, 1997). Las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que benefician a todas las sociedades y a sus ciudadanos necesitan más apoyo público.

8 Prioridades de Actuación

Se requiere una política de amplio alcance que implique a diferentes sectores a diferentes niveles de la sociedad, permitiendo reducir el perjuicio que causan el tabaco, el alcohol y las drogas ilícitas. Es necesario regular el mercado, particularmente por medio de una política fiscal que corrija los factores externos e incremente los ingresos del gobierno. La tasa de los impuestos sobre el tabaco y el alcohol debiera ser suficientemente alta para garantizar el logro de las metas de salud. Estos impuestos se pueden destinar a fines sanitarios específicos, a compensar posibles implicaciones regresivas de la distribución de los impuestos y a reducir otros impuestos distorsionantes existentes.

Como reconocimiento de la eficacia y rentabilidad de las intervenciones de los proveedores de atención primaria de salud, los gestores de la atención sanitaria debieran considerar realizar inversiones importantes tanto en la formación de los proveedores de atención primaria de salud, como en la reorientación de la práctica clínica para que apoyen el tratamiento del tabaquismo y las intervenciones destinadas a reducir el consumo peligroso y perjudicial de alcohol.



A pesar de que con frecuencia se utilizan intervenciones en el campo de la educación y la información pública, cabe recordar que no es probable que, por sí solas, dichas intervenciones ejerzan un impacto importante. Deben contar con el apoyo de intervenciones en el entorno y concentrarse en las habilidades de toma de decisiones y en el apoyo de la política pública.

Las intervenciones en el lugar de trabajo constituyen estrategias rentables que mejoran la salud de los empleados, pudiendo probablemente desembocar en mejoras a largo plazo de la productividad. Las intervenciones comunitarias de amplio alcance son altamente prometedoras, especialmente cuando se concentran en la movilización y en la organización.

Referencias por orden alfabético

- Anderson, K. *Young people and alcohol, drugs and tobacco*. Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series, No 66. 1995.
- Anderson, P. *Alcohol and risk of physical harm*. In Eds. H.H.Holder and G. Edwards. Alcohol and Public Policy. Evidence and issues. Oxford, Oxford University Press, pp 82-113. 1995.
- Anderson, P. *Alcohol, cardiovascular diseases and public health policy*. In Chadwick, D.J., & Goode, J.A. Eds. Alcohol and Cardiovascular diseases. Chichester, John Wiley & Sons, 1998. (Novartis Foundation Symposium 216).
- Annas, G.J. Tobacco litigation as cancer prevention: dealing with the devil. *New England Journal of Medicine*. 1997; 336: 304-308.
- Barnum, H. The economic burden of the global trade in tobacco. *Tobacco Control* 1994; 3: 358-361.
- Bracht, N. *Health promotion at the community level*. Newbury Park, CA, Sage Publications, 1990.
- Cromwell, J., Bartosch, W.J., Fiore, M.C. et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*. 1997; 278: 1759-1766.
- Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R., Sutherland, I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*. 1994; 309: 901-911.
- Edwards, G., Anderson P., Babor T.E et al. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford .Oxford University Press, 1994.
- English, D.R., Holman, C.D.J., Milne, E. et al. *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia*. 1995 edition. Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra, 1995.
- Eurocare. *Alcohol problems in the family*. London, Eurocare, 1998.
- Food and Drug Administration. *Regulations restricting the sale and distribution of cigarettes and smokeless tobacco products to protect children and adolescents*. United States. Federal Register 1995; 60: 41314-41346.
- Forster, J.L. and Wolfson, M. Youth access to tobacco: policies and politics. *Annual Review of Public Health*. 1998; 19: 203-25.
- Glantz, S., Siade, J., Bero, L.A. et al. *The cigarette papers*. Berkeley, University of California Press, 1996.
- Godfrey, C. Lost productivity and costs to society. *Addiction*. 1997; 92: Supplement 1, S49-554.
- Greenfield, T.K. *Warning labels: evidence on harm reduction from long term American surveys*. In Plant, M., Single, E. & Stockwell, T. Eds. Alcohol : minimizing the harm. London, Free Association Books, 1998.
- Gual, A. and Colon, J. Why has alcohol consumption declined in countries of Southern Europe. *Addiction*. 1997; 92: Supplement 1, S21-S31.

-
- Harkin, A.M., Anderson, P and Goos, C. *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhagen, World Health Organization, 1997.
- Henderson, H., Hutcheson, G. and Davies J. *Alcohol and the workplace*. Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series, No 67. 1995.
- HMSO *Report of the Scientific Committee on Tobacco or Health*. London, HMSO, 1998.
- Holder, H. *Alcohol and the Community. A Systems Approach to Prevention*. Cambridge, Cambridge University Press. 1998
- Howard, G. Tobacco and the law: the state of the art. *British Medical Bulletin*. 1996; 52: 143-156.
- Joosens, L. *Cigarette smuggling*. Bruxelles, Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs. 1997.
- Kehrer, B. and Wolin, C.M. Impact of income maintenance on low birth weight: evidence from the Gary experiment. *Journal of Human Resources*. 1979; 14: 434-462.
- Kupari, M. and Koskinen, P. *Alcohol, cardiac arrhythmias and sudden coronary death*. In Chadwick, DJ., & Goode, J.A. Eds. *Alcohol and Cardiovascular Diseases*. Chichester, John Wiley & Sons, 1998. (Novartis Foundation Symposium 216).
- Marmot, M. and Feeney, A. *Work and health: implications for individuals and society*. In Eds. Blane, D., Brunner, E. and Wilkinson, R. *Health and social organization*. London, Routledge, 1996. pp 235-254.
- Marmot, M. Inequality, deprivation and alcohol use. *Addiction*. 1997; 92: Supplement 1, S13-S20.
- Marmot, M. *The social pattern of health and disease*. In Eds. Blane, D., Brunner, E. and Wilkinson, R. *Health and social organization*. London, Routledge, 1996. pp 42-67.
- Montonen, M. *Alcohol and the media*. Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series, No 62. 1996.
- Murray, C.J.L. and Lopez, A.D. *The global burden of disease*. Boston, Harvard School of Public Health, 1996.
- Norstrom, T. *The aggregation relationship between alcohol consumption and harm*. Paper presented at the WHO working group on alcohol and health - implications for public health policy. Oslo, 9-13 October, 1995. Copenhagen, WHO ICP ALDT94 02 MT12/17.
- Nuffield Institute for Health. *Brief interventions and alcohol use*. Leeds, Nuffield Institute for Health, 1993 (Effective Health Care Bulletin, No. 7).
- Osterberg, E. Do *alcohol prices affect consumption and related problems?* In Eds. H.H. Holder and G. Edwards. *Alcohol and Public Policy. Evidence and issues*. Oxford, Oxford University Press, pp 145-163. 1995.
- Parrott, S., Godfrey, C. Raw, M. et al. *Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions*. Thorax 1998; 53: Supplement 5, Part 2. SI-S38.
- Puska, P., Korhonen, H.J., Uutela, A. et al. *Anti-smoking policy in Finland*. In eds. Puska, P., Elovainio, L. and Vertio, H. *Smoke free Europe. A forum for networks*. Helsinki, Finnish Centre for Health Promotion, 1997, pp. 26-42.
- Puska, P., Toumilehto, J., Nissinen, A. et al. (eds.) *The North Karelia project. 20 years results and experience*. Helsinki, Helsinki University Printing House, 1995
- Reid, D. Tobacco control: overview. *British Medical Bulletin*. 1996; 52: 108-120.
- Roemer, R. *Legislative action to combat the world tobacco epidemic*. 2nd Ed. Geneva, World Health Organization 1993.
- Silagy, C. and Ketteridge, S. *The effectiveness of physician advice to aid smoking cessation*. (Cochrane review). In The Cochrane library issue 2. Oxford: update software, 1998.
- Silagy, C., Mant, D., Fowler, G. et al. *Nicotine replacement therapy for smoking cessation*. (Cochrane review). In The Cochrane library issue 2. Oxford: update software, 1998.
- Stockwell, T. and Single, S. *Standard unit labelling of alcohol containers*. In Plant, M., Single, E. & Stockwell, T. Eds. *Alcohol : minimizing the harm*. London, Free Association Books, 1998.
- Swiss Federal Office of Public Health. *Swiss Drug Policy*. Berne, Swiss Federal Office of Public Health, 1998.
- Tengs, T.O., Adams, M.E., Pliskin, J.S. et al. Five hundred life saving interventions and their cost effectiveness. *Risk analysis*. 1995; 15: 369-90.
- Townsend, J. Price and consumption of tobacco. *British Medical Bulletin*. 1996; 52: 132- 142.
- Townsend, P. and Davidson, N. Eds. *The Black Report. Inequalities in Health*. London, Penguin Group, 1988.
- Wadsworth, 1996. *Family and education as determinants of health*. In Eds. Blane, D., Brunner, E. and Wilkinson, R. *Health and social organization*. London, Routledge, 1996. pp 152-170.
-

Wald, N.J. and Hackshaw, A.K. Cigarette smoking: an epidemiological overview. *British Medical Bulletin*. 1996; 52: 3-11.

Wilkinson, R. and Marmot, M. *Social Determinants of Health*. Copenhagen, World Health Organization, 1998.

World Health Organization (1995). *Concern for Europe's Tomorrow*. Health and the Environment in the WHO European Region. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 1995.

World Health Organization (1998a). *Principles for preventing HIV infections among drug users*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.

World Health Organization (1998b). *Towards a WHO framework convention on tobacco control*. Geneva, World Health Organization. Paper EB103.R11. 1998

World Health Organization (1999). Health 21. *The Health for All Policy for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999.

Capítulo Siete

Desafíos Sociales 1

El tema: Alimentando a nuestras familias – Promoción de la salud por medio de la nutrición.

Los autores: Dra. Jantine Schuit y Dr. Jacob Seidell, Departamento de Epidemiología de las Enfermedades Crónicas, Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente NIPHE (Holanda); Jan Jansen, Departamento de Previsión de Salud Pública, NIPHE (Holanda); Dra. Cate Burns. Escuela de Nutrición y Salud Pública, Universidad de Deakin, Melbourne (Australia).

El objetivo: A lo largo de este siglo, hemos sido testigos de cambios importantes en los estilos de vida, los patrones de edad de nuestras comunidades y los requisitos nutricionales medios. Existe evidencia de que estos cambios dietéticos están asociados a un incremento de la enfermedad cardíaca coronaria, la diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer. Los autores aducen lo siguiente:

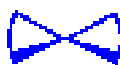
- 1 Existe un volumen creciente de evidencia que indica que la promoción de la salud en la nutrición conduce a ganancias de salud a un coste mucho más bajo que el tratamiento médico de cualquiera de los grupos de alto riesgo
- 2 La mayoría de los programas de intervención dirigidos a la nutrición se traducen en efectos positivos sobre la morbilidad y la mortalidad por medio de reducciones de los factores de riesgo cardiovasculares
- 3 El enfoque de salud pública de la prevención de las enfermedades no debiera concentrarse exclusivamente en la educación relativa a la conducta de riesgo y el desarrollo de habilidades conductuales; debiera incorporar una comprensión de las barreras que impiden el cambio dietético
- 4 Las intervenciones de promoción de la salud dirigidas a los grupos social y económicamente menos favorecidos ejercen un impacto de gran potencial en la reducción de las diferencias socioeconómicas en materia de salud
- 5 Las intervenciones comunitarias son más eficaces cuando la educación viene acompañada de medidas estructurales que facilitan y refuerzan cambios sostenibles de la conducta dietética

La investigación de Jantine Schuit está orientada actualmente al papel que desempeña la actividad física en la prevención de las enfermedades crónicas, al igual que a los efectos en la salud de los programas de intervención en el estilo de vida. Jacob Seidell es director de departamento en el NIPHE y edita el *European Journal of Clinical Nutrition*. Jan Jansen dirige un proyecto que supervisa los últimos avances en el campo de los factores de riesgo de las enfermedades, poniendo énfasis especial en los programas eficaces de prevención. La investigación actual de Cate Burns incluye un estudio epidemiológico de los regímenes y las conductas de control de peso.

Lo que comemos es importante

Las dietas óptimas para la salud ofrecen un aporte equilibrado de nutrientes en cantidades suficientes para promover el crecimiento y el desarrollo óptimos. Las dietas óptimas no solo previenen las deficiencias nutricionales, sino que optimizan la prevención de las enfermedades crónicas. La ingesta excesiva de nutriente debería evitarse en el contexto de la prevención de las enfermedades 'típicas' del estilo de vida, como la ECV, tipos específicos de cáncer, la diabetes tipo 2 y la obesidad.

Cambios importantes en el nivel de actividad física y cambios en la distribución por edad de las poblaciones han modificado en este siglo las necesidades nutricionales medias. La revolución agrícola e industrial, así como la globalización de la economía (incluida la industria alimentaria), han modificado la disponibilidad de los alimentos. Los cambios socioeconómicos han tenido como resultado una alteración de las pautas dietéticas, un aumento de la dependencia de alimentos consumidos fuera del hogar y la introducción de los platos preparados. En general, las dietas de la mayoría de los países europeos son ahora más ricas en proteína animal y grasa saturada, mientras que el consumo de proteína vegetal, carbohidratos complejos y fibra dietética ha descendido. Dichos cambios dietéticos están asociados a un incremento de la incidencia de la ECV, la diabetes mellitus tipo 2 y algunos tipos de cáncer, que siguen siendo causas importantes de mortalidad y morbilidad en los países europeos.



Subalimentación y sobrealimentación

En la mayoría de los países europeos, existe una oferta constante y abundante de alimentos. Las enfermedades resultantes de las deficiencias nutricionales han sido en gran medida eliminadas como problema de salud pública. Sin embargo, siguen emergiendo deficiencias, principalmente en los grupos vulnerables, como los neonatos y los niños de todas edades, las mujeres embarazadas y la tercera edad. Estamos hablando de un tema preocupante en los grupos económicamente desfavorecidos. Dichas deficiencias nutricionales suelen guardar relación con los micronutrientes (p.e. las vitaminas), pudiendo estar presentes incluso cuando los macronutrientes superan sobradamente la demanda. Las ingestas excesivas de energía y grasa saturada se consideran responsables de buena parte de la carga de enfermedad relacionada con la dieta, teniendo implicaciones importantes en términos de discapacidad, deterioro de la calidad de vida y costes sociales y económicos. La Tabla 7.1 presenta un resumen de ejemplos de algunas de las cuestiones más importantes relacionadas con las dolencias y enfermedades asociadas a la dieta.

Tabla 7.1 Ejemplos de problemas relacionados con la dieta en Europa

factores nutricionales	problemas relacionados con la salud
Insuficiente ingesta de energía	Deterioro del desarrollo y el rendimiento cognitivo y físico ¹ Supresión de la función inmune ¹
Excesiva ingesta de energía	Obesidad Diabetes mellitus tipo 2
Alta ingesta de azúcar	Caries dental ² Obesidad

Alta ingesta de grasa saturada	Mayor riesgo de padecer enfermedad cardiovascular ^{3,6,7,9} Diabetes mellitus tipo 2
Baja ingesta de fruta y verdura	Mayor riesgo de padecer enfermedad cardiovascular Mayor riesgo de padecer determinados tipos de cáncer ¹⁰
Deficiencia de hierro	Anemia
Deficiencia de vitamina D y calcio	Deterioro del desarrollo y la estructura ósea ⁴
Deficiencia de yodo	Hipotiroidismo y bocio
Baja ingesta de pescado graso	Muerte cardíaca súbita ⁵ Infarto repetido de miocardio ⁶

Las relaciones entre la dieta y los factores de riesgo cardiovasculares son bastante consistentes. Una ingesta reducida de grasa saturada y una mayor ingesta de fruta y verdura inciden favorablemente en los factores de riesgo cardiovasculares, la incidencia de la ECC y los accidentes cerebrovasculares. La primera evidencia en este sentido se ha derivado de estudios transculturales (Seven Countries Study³) y de estudios en los cuales los patrones de las ECC en los inmigrantes evolucionaban hacia aquellos de sus países de acogida⁷.

La evidencia más contundente de la relación entre dieta y salud cardiovascular se deriva de estudios de intervenciones. La mayor parte de la evidencia indica un efecto beneficioso de las dietas ricas en alimentos de origen vegetal y relativamente pobres en alimentos de origen animal. En una revisión de los ensayos de reducción del colesterol (incluida la intervención en la dieta), se notificó un 6% de reducción de la mortalidad total y un 13% de reducción de la ECC⁸. Los efectos favorables en la ECC y la mortalidad total ocurrieron principalmente en ensayos de prevención secundaria en los cuales las dietas bajas en grasas saturadas recibían un suplemento de grasas polinsaturadas⁹. Adicionalmente, un panel de expertos del Fondo Mundial de Investigación del Cáncer¹⁰ llegó a la conclusión de que el consumo de las cinco raciones recomendadas de fruta y verdura cada día podría reducir las tasas de cáncer en más del 20%. El seguimiento de las recomendaciones dietéticas y de actividad física, al igual que el mantenimiento de un peso corporal saludable, podrían reducir el riesgo de padecer un cáncer en un 30-40%.

Intervenciones en el campo de la nutrición

Reconociendo las numerosas evidencias de la relación que existe entre la dieta y la salud, en muchos países europeos, se acepta cada vez más la necesidad de políticas sanitarias orientadas a la prevención que minimicen las enfermedades asociadas a la subalimentación y a la sobrealimentación. En los últimos 25 años, se han realizado varios ensayos de intervención comunitarias en el campo de la nutrición. Algunos de los programas de intervención estaban dirigidos a la comunidad en su conjunto, mientras que otros estaban dirigidos a poblaciones específicas (tercera edad, grupos de alto riesgo), o a lugares focalizados (trabajo, centros de enseñanza).

En la década de los setenta, las intervenciones de promoción de la salud en la comunidad dirigidas a la nutrición formaban parte de programas con metas múltiples destinados a reducir la ECV. Estos programas se centraban en la reducción simultánea de los niveles de determinantes múltiples (como el tabaco, el colesterol en sangre y la presión sanguínea), siendo principalmente educativos y con una orientación al cambio conductual de poblaciones o personas de alto riesgo. Los cuatro primeros proyectos importantes de intervención comunitaria destinados a la prevención de la ECV fueron el Proyecto de Carelia del Norte (North Karelia Project)¹¹, ^aVéase Desafíos sanitarios 1, Cap. 5, el Stanford Heart Disease Prevention Programme¹², el Múltiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) de intervenciones en grupos de alto riesgo¹³ y el Estudio de Oslo (Oslo Study)¹⁴. En la mayor parte de los casos, se observaron resultados positivos reflejados en reducciones de la ECV (factores de riesgo) en las poblaciones objeto de la intervención (Tabla 7.2). Sin embargo, también en las poblaciones de control, tuvieron lugar cambios positivos, aunque reducidos. Las intervenciones más eficaces fueron aquellas basadas en grupos de alto riesgo (MRFIT y el estudio de Oslo). Dado que estos estudios tenían un enfoque multifactorial, no es posible establecer una diferencia entre la contribución del cambio dietético y los efectos de los cambios conductuales con respecto al tabaco y el tratamiento farmacológico de los factores de alto riesgo.

Desde las primeras experiencias, se reconoció que el enfoque de salud pública de la prevención de la enfermedad no debía concentrarse exclusivamente en la educación sobre la conducta de riesgo y el desarrollo de habilidades conductuales, sino que debía incorporar asimismo medidas políticas y relativas al entorno, además de una comprensión de las barreras que impiden el cambio dietético. En los ochenta y los noventa, tuvo lugar una mayor integración de la promoción de la salud, entendiéndose por esta integración la implicación de un número mayor de actores o lugares, como restaurantes, supermercados, lugares de trabajo, centros de enseñanza, gobiernos locales y la industria alimentaria (p.e. productos alimenticios con bajo contenido de grasa).

El Minnesota Heart Health Programme es un ejemplo de un programa de promoción de la salud integrado. Este programa se llevó a cabo entre 1980 y 1993, mostrando su evaluación efectos modestos en la conducta y cambios escasos de los factores de riesgo de la ECC. Programas como el Pawtucket Heart Health Programme¹⁵, el Stanford Five-City Project^{3,16,17,18} y otros^{19,20,21} observaron efectos similares. El German Cardiovascular Prevention Study no produjo un cambio eficaz de los factores de riesgo cardiovasculares (Tabla 7.1)²². En general, los efectos fueron más acentuados en aquellos grupos que habían recibido una mayor exposición a la intervención.

Los resultados de los programas de intervención en la población en general fueron menos positivos que aquellos observados en estudios de intervención controlados a pequeña escala. Las escasas diferencias entre las poblaciones de intervención y de control podrían tener su explicación en:

- 1 La adopción de los cambios de estilo de vida propuestos en las poblaciones de control ('contaminación')
- 2 La insuficiente dosis o 'ajuste' de la intervención a la comunidad

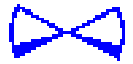
En líneas generales, es más probable que las personas cambien de conducta si dicho cambio tiene efectos a corto plazo (p.e. un mejor sabor), que si los efectos son a medio plazo (sobrepeso) o a largo plazo (riesgo de ECC)²³. Los programas de intervención deberían, por consiguiente, concentrarse en los beneficios a corto plazo de los cambios dietéticos.

Programas basados en los centros de enseñanza

En las elecciones alimenticias de los jóvenes influye a menudo la publicidad, de manera especial en televisión, de productos alimenticios poco nutritivos y con un contenido alto en grasa y azúcar²⁴. Los alimentos sanos se promocionan muy poco. Hay que comenzar a estimular pautas de alimentación sanas desde la primera infancia, en primer lugar, porque esto puede prevenir problemas de salud inmediatos y a largo plazo, y en segundo lugar, porque es más difícil cambiar de hábitos alimentarios más tarde. Los programas de salud basados en los centros de enseñanza pueden contribuir a que los niños tengan una buena salud proporcionándoles las habilidades, el soporte social y el refuerzo del entorno que necesitan para adoptar conductas alimenticias sanas a largo plazo. Los centros de enseñanza constituyen un escenario ideal de promoción de la salud, por cuatro razones: (1) permiten acceder a casi todos los niños y adolescentes, (2) brindan oportunidades de practicar una alimentación sana (comedores), (3) pueden abordar la presión del grupo que desalienta acerca de una alimentación sana, y (4) disponen de personal cualificado.



La eficacia de varios programas basados en centros de enseñanza que incluían una dieta sana, ha sido evaluada. Los programas que más éxito han alcanzado son aquellos que tienen un enfoque integrado y conllevan una mejora del servicio de comedor y la educación del personal docente y de comedor, junto con aquellos que implican a los padres y a los representantes del sector de la enseñanza y la industria. Estos programas basados en los centros de enseñanza han logrado cambios considerables en materia de conducta alimenticia, mostrando con frecuencia mejoras escasas, aunque significativas, de la situación de los factores de riesgo^{25,26,27,28,29}. La implantación eficaz de la educación para la salud depende en gran medida de la formación y la motivación de los profesores, los padres, los administradores y el personal del servicio de comedor. La eficacia de estos programas es limitada cuando el entorno cultural ejerce una influencia considerable en las creencias, los valores y las prácticas relacionados con la alimentación³⁰.



Programas basados en el lugar de trabajo

Las iniciativas basadas en el lugar de trabajo que fomentan una nutrición sana se han concentrado en la promoción de habilidades, el soporte social y del entorno, el servicio de comedor y el *screening* de factores de riesgo. La literatura ha evaluado varias intervenciones basadas en el lugar de trabajo. Una de las pruebas fue la European Collaborative Trial in the Multifactorial Prevention of CHD (1970) de la OMS, realizada en 80 fábricas de toda Europa. Este programa combinó tanto un enfoque de población (educación para la salud para todos), como un enfoque de alto riesgo (*screening*). En la población total, se observó una reducción considerable del consumo de tabaco (2%), del colesterol total (0,5%) y de la presión sanguínea sistólica (1,5%). El enfoque de alto riesgo se tradujo en cambios de los factores de riesgo mucho más importantes que en el programa de educación general. Adicionalmente, esta intervención estuvo asociada a una reducción de la ECC mortal (7%) y el IM no mortal (15%), de la ECC total (10%) y de la mortalidad total (5%)³¹.

Otros programas cuyos resultados han sido hechos públicos, incluyen los siguientes: Treatwell Programme, Next Step Trial, Healthy Worker y Wellworks Staff Healthy Heart Project. En general, estos estudios muestran una mejora modesta de la conducta nutricional³² y una mejora solamente limitada de la situación de los factores de riesgo para la salud^{33,34,35}. Los programas extensos, como

p.e. los programas que imparten asesoramiento conductual individual y los programas de *screening*, tienen más éxito que los programas sencillos^{36,37}. Sin embargo, parece ser que cualquier cambio en la conducta orientada a una alimentación sana se mantiene solamente mientras la intervención se sostenga. Esto indica que existe una necesidad importante de introducir en el lugar de trabajo una política de salud que aliente un cambio de las normas sociales y aumente la posibilidad de sostener pautas dietéticas saludables.

Programas basados en el hogar

Los programas de nutrición basados en el hogar pueden incluir educación directa, como clases por las tardes y lecciones de cocina, además de programas de prevención que impliquen a toda la familia, programas basados en supermercados y programas de intervención impartidos por médicos generalistas.

El estudio Tromsø es un ejemplo de estudio de intervención familiar controlado, que impartió educación para la salud (nutrición, tabaco y actividad física) a familias con varones cuyo nivel de colesterol era alto. Después de 6 años de seguimiento, se observaron efectos beneficiosos en las pautas dietéticas y cambios importantes en el colesterol sérico total y el índice de masa corporal. El San Diego Family Health Project es un programa de base familiar, de un año de duración, destinado a la reducción del riesgo de ECV mediante una menor ingesta de alimentos con alto contenido de sal y grasa y un aumento de la actividad física. Las familias que participaron en esta experiencia notificaron una mejora de sus hábitos alimentarios, gracias a una reducción de la ingesta total de grasa, y cambios beneficiosos en el colesterol LDL y la presión sanguínea³⁸.

Un ejemplo de programa aplicado en supermercados es la campaña holandesa 'Fat Watch'. Esta campaña tenía por objeto reducir la ingesta de grasa de los consumidores, utilizando a los supermercados como transmisores principales del mensaje. La intervención Fat Watch tuvo efectos limitados, pero significativos, en la actitud hacia los productos con bajo contenido de grasa, al igual que en la intención de compra de los mismos³⁹.

Para terminar, la intervención dirigida al estilo de vida por parte de un médico generalista puede ser considerada una intervención basada en el hogar u orientada a la familia. Un metaanálisis demostró que las intervenciones en el estilo de vida basadas en la práctica de estos profesionales cambian poco las conductas⁴⁰.

El impacto social

Los integrantes de los grupos socioeconómicos más bajos presentan tasas de mortalidad relativamente más altas y una mayor discapacidad que aquellos que tienen un nivel socioeconómico más alto. Aparte de las condiciones materiales, como la vivienda, las privaciones y la situación laboral, las diferencias conductuales parecen ser la razón fundamental de una proporción considerable de desigualdad en salud.

Importantes factores de riesgo conductuales se concentran en los grupos socioeconómicos más bajos, éstos incluyen los siguientes: falta de lactancia materna, consumo de tabaco, inactividad física, consumo excesivo de alcohol, obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia y una pobre dieta^{41,42}. La dieta de los grupos socioeconómicos menos favorecidos aporta energía barata a partir de alimentos como productos cárnicos, leche entera, grasas, azúcares, conservas, patatas y cereales. No obstante, hay poca ingesta de verdura, fruta y pan integral⁴³. Este tipo de dieta aporta menos micronutrientes esenciales, como calcio, hierro, folato de magnesio y vitamina C, que aquella del grupo socioeconómico más alto³⁷.

Las intervenciones de promoción de la salud orientadas a los grupos sociales con la mayor prevalencia de factores de riesgo, y las políticas nacionales destinadas a incrementar el nivel de educación, tienen un importante potencial de impacto en la reducción de las diferencias socioeconómicas en salud. Con el fin de abordar la preocupación general de que la promoción de la salud beneficia a los grupos económicamente menos favorecidos en menor medida que a los grupos favorecidos (p.e. como resultados de sus niveles más bajos de alfabetización), las intervenciones individuales debieran venir acompañadas de medidas estructurales y de una provisión de intervenciones mejor planificadas dentro del sistema de atención sanitaria^{38,44}.

Las intervenciones relacionadas con la dieta debieran tener por objeto, en primer lugar, un incremento del conocimiento de los efectos a corto y largo plazo de una dieta sana, y la adquisición de habilidades para modificarlos. En segundo lugar, aunque no menos importante, estas intervenciones debieran incluir una mejor accesibilidad a alimentos saludables e implicar al entorno social. Las diferencias conductuales suelen ser generadas por elementos de la propia posición social (p.e. las condiciones de vivienda y laborales), o por características estrechamente relacionadas con dicha posición social⁴⁵.



El impacto Económico

El impacto económico de los programas de intervención nutricional no ha sido muy investigado. Pese a que los datos son escasos, se puede aducir que la promoción de la salud en la nutrición puede potencialmente mejorar la salud pública a unos costes mucho menores que el tratamiento médico, ya sea de pacientes o de grupos de alto riesgo (p.e. las personas con niveles altos de colesterol).

En Noruega, la rentabilidad de una campaña de promoción que favorecía la adquisición de hábitos alimentarios más sanos basada en la población se comparó con el tratamiento dietético y médico de personas individuales. El coste por año de vida ganado a lo largo de un período de 20 años de una estrategia basada en la población se proyectó en 12 libras, situándose la cifra para el tratamiento dietético en 12.400 libras. Sin embargo, si se administraban fármacos al 50% de los sujetos con una concentración elevada de colesterol, los costes por año de vida ganado llegaban casi a multiplicar por diez los costes del tratamiento dietético⁴⁶. Un estudio sueco informó que, tomando en cuenta solamente los costes y ahorros en materia de atención sanitaria, los costes por año de vida ganado con la intervención dietética oscilaban entre 1.100 libras y 4.050 libras⁴⁷. El tratamiento dietético es particularmente rentable en grupos específicos, como las personas con niveles altos de colesterol⁴⁸.

La prevención de las enfermedades crónicas por medio de la promoción de la salud exhibe un ratio favorable de coste-beneficio en comparación con el tratamiento de estas enfermedades. Por ejemplo, si la grasa saturada y la fruta y la verdura se consumiesen en Holanda de acuerdo con las pautas de nutrición, el número de casos de cáncer descendería en unos 13.000, produciéndose 2.200 casos menos de ECC mortal. De igual manera, una reducción del 1% del colesterol sérico, que se puede lograr por medio de la promoción de la salud, guarda relación con una reducción del 2-3% de la ECC⁴⁹.

Cuando se incluyen también los costes y los beneficios indirectos (productividad, calidad de vida) en el análisis de coste-eficacia, los beneficios económicos pesan aún más que los costes directos e indirectos. A esto se añade que la buena salud es fundamental para un crecimiento económico sostenible. Sin embargo, es necesaria una cuantificación adicional de la rentabilidad de los programas de intervención dietética de cara a una planificación óptima.



Los gobiernos tienen la responsabilidad de desarrollar políticas de nutrición saludables que sirvan de marco necesario para todas las actividades relacionadas con la promoción de la salud por medio de cambios dietéticos⁵⁰. Hay que poner énfasis en la promoción de la salud entre los grupos socio- económicos desfavorecidos y los niños.

Es necesario crear oportunidades de alianzas entre diversos ministerios (sanidad, economía, agricultura y asuntos sociales), los gobiernos locales, los productores de alimentos (agricultura), los fabricantes de alimentos (la industria alimentaria), los distribuidores de alimentos, los detallistas (p.e. los servicios de comidas, supermercados, restaurantes) y los consumidores. Las políticas de los gobiernos relativas a la agricultura, los precios y las subvenciones son esenciales en este proceso. Dicha colaboración intersectorial requiere un fuerte apoyo político. La actividad del comité directivo 'Healthy Nutrition' de Holanda es un ejemplo de alianza intersectorial. Aparte de la amplia campaña 'Fat Watch', este comité ha estimulado a los fabricantes y detallistas para que introduzcan en el mercado productos nuevos más sanos, y para que dediquen atención a la importancia de una nutrición sana. Los cambios favorables en el consumo de las grasas saturadas, registrados en la Dutch Food Consumption Survey (del 16,4% al 14,1% de la ingesta energética entre 1987 y 1992) fueron el resultado de cambios en la gama de productos, en su composición y en las preferencias de los consumidores. Debido principalmente a los cambios en la ingesta de lípidos, la prevalencia de la hipercolesterolemia descendió en el período 1987-1995 en un 6%.

El efecto de la fijación de precios y tasas en la elección de los productos alimentarios y la ingesta dietética es obviamente de gran importancia, siendo objeto de una amplia investigación por parte de la industria alimentaria. La influencia de los precios de los productos alimentarios en el contexto de la promoción de la salud es un tema bastante menos estudiado. French et al. demostraron que la reducción de los precios de los tentempiés con bajo contenido de grasa en una expendedora automática durante un período de tres semanas duplicaba la compra de estos productos⁵¹. De manera similar, se ha demostrado que una reducción del 50% del precio de la fruta y la verdura en una cafetería aumentaba su consumo en tres veces en comparación con el período de no intervención⁵². Más anecdótico es el cambio a las grasas vegetales (hasta un 48%) en detrimento de la grasa animal (reducción de la disponibilidad estimada en un 23%) entre 1986-1990 y 1994 en Polonia, después de la eliminación de las subvenciones al precio de estos productos⁵³.

En qué reside la diferencia

El impacto potencial del cambio dietético en la incidencia de las enfermedades crónicas es considerable. Ensayos clínicos aleatorios realizados en individuos de alto riesgo demuestran la existencia de cambios espectaculares en los factores de riesgo de las ECV.

Las intervenciones nutricionales, con múltiples componentes, desarrolladas en la comunidad, los centros de enseñanza, los lugares de trabajo y los hogares han tenido efectos positivos en la conducta nutricional, pero producen efectos menos importantes en los factores de riesgo o la incidencia de la enfermedad. Existen fuerzas contrarias para una alimentación saludable en la vida diaria de las personas, como escasez de tiempo, limitaciones económicas, anuncios de productos alimentarios, conceptos dietéticos erróneos de la ingesta de grasas, fruta y verdura, la limitada focalización a los beneficios a corto plazo de una dieta saludable y, en algunos casos, un acceso limitado, ya sea económico o social, a alimentos sanos⁵⁰.



La lección más importante que podemos aprender de estos estudios es, por consiguiente, que la intervención educativa debiera estar complementada con medidas estructurales, como políticas de fijación de precios y regulación, junto con una promoción de la salud dirigida al logro de cambios sociales y del entorno que faciliten y refuercen cambios sostenibles de la conducta de la persona a lo largo de su vida.



La implicación de la industria alimentaria es esencial si deseamos que se produzcan cambios en la composición de los productos alimenticios (productos sanos asequibles) y su etiquetado, e incentivos económicos que lleven a las personas a adoptar una dieta más saludable.

Los factores de importancia general en el incremento de la eficacia de la prevención son los siguientes:

- ▶ Comprensión de cómo puede influir en la nutrición (focalización adicional a los efectos a corto plazo)
- ▶ Determinación del grupo diana correcto (atención a grupos específicos de alto riesgo)
- ▶ Establecimiento de una estrategia de intervención más conveniente (dosis)
- ▶ Clarificación de las responsabilidades en la realización de las intervenciones
- ▶ Elección de resultados adecuados y realistas (aparte de la morbilidad, también p.e. la calidad de vida)

La formación de una coalición comunitaria podría ser un medio eficaz de compartir recursos, aumentar la conciencia entre el público y aquellos que toman las decisiones y crear un impulso para la introducción de un cambio en la comunidad.

Tabla 7.2 Programas de intervención comunitaria controlada que investigan el efecto en la salud de la intervención en la dieta

Estudio	Año	Programa	Efectos conductuales	Efectos en los factores de riesgo	Morbilidad/mortalidad
North Karelia Project	1972	Educación, organización de la comunidad, medios de comunicación	Después de 10 años de seguimiento, reducción del consumo de tabaco en los hombres (28%, s) y en las mujeres (14%, ns)	Después de 10 años de seguimiento, reducción de TC (h:3%, s, m:1%, ns), SBP (h:4%, s, m:5%, s) y DSP (h:1%, ns, M:2%, ns)	Reducción de la mortalidad por ECC. Después de 5 años de seguimiento: h: 4%, m: 2% Después de 25 años de seguimiento: h: 73%
MRFIT	1973	Educación, grupos de alto riesgo, medicación para la hipertensión	Después de 7 años de seguimiento, reducción del consumo de tabaco del 14%	Después de 7 años de seguimiento, reducción de TC del 2% y de DBP del 4% (s)	Descenso de la mortalidad MI (s)
Martignacco	1977	Educación, orientación a grupos de alto riesgo, estrategia de prevención secundaria	No medido	Después de 6 años de seguimiento, reducción de TC (3%, ns), SBP (11%, s) y DBP (4%, s). ningún efecto en BMI	No medido
Stanford Five-City	1979	Programa multifactorial de amplio alcance, organización de la comunidad, marketing social	Después de 5 años de seguimiento, reducción neta del consumo de tabaco (13%, ns) y de la ingesta de grasa (ns)	Después de 7 años de seguimiento, reducción de TC (2%, ns), BP (4%, ns) y RHR (3%, ns)	No medido
Minnesota Heart Health Programme	1980	Medios de comunicación, organización de la comunidad, educación directa	Tendencia descendente de la prevalencia del tabaco (h: -1,5% anual en ambos grupos (ns), m -14% grupo de tratamiento)	Tendencia descendente del colesterol sérico total, similar en tratamiento y control (-1,12 mg/dl anual)	Sin efecto significativo en la mortalidad o la morbilidad por ECC e ictus.

Estudio	Año	Programa	Efectos conductuales	Efectos en los factores de riesgo	Morbilidad/mortalidad
Pawtucket Heart Health Programme	1980	Educación multinivel, screening, programas de asesoramiento	Después de 10 años de seguimiento, tendencia descendente del consumo de tabaco mayor en comparación (7%) con el área de intervención (5%)	Después de 10 años de seguimiento, reducción neta de TC (0,3%, ns) y SBP (1,4%, ns) ^o	Descenso de la ECV del 16% durante el programa y del 8% después del programa
German Cardiovascular Prevention Study	1984	Programa integrado de educación multifactorial	Después de 6 años de seguimiento, reducción neta del tabaco (7%, s)	Después de 6 años de seguimiento, reducción de TC (2%, s), SBP (2%, s) y DBP (2%, s), sin efecto en HDL y BMI.	No medido

h: hombres; m: mujeres; TC: colesterol total sérico; SBP: presión sanguínea sistólica; DBP: presión sanguínea diastólica; BMI: índice de masa corporal; HDL: lipoproteína de alta densidad; RHR: pulso de reposo; ECC: ECC; MI: infarto de miocardio; ns: no significativo (p>0.05); s: significativo (p<0,05)

Referencias

- 1 *Statement on the link between nutrition and cognitive development in children*. Center on Hunger, Poverty and Nutrition Policy. Medford, MA: Tufts University of Nutrition, 1995.
- 2 *Sugar and Health*. Joint Department of Dental Public Health, London Hospital Medical College and University College of London. Monographs series 1992; No 1.
- 3 Kromhout D, Menotti A, Bloemberg B, Aravanis C, Blackburn R, Buzina R, Dontas AS, Fidanza F, Giampaoli S, Jansen A, et al. Dietary saturated and trans fatty acids and cholesterol and 25 year mortality from coronary heart disease: the Seven Countries Study. *Preventive Medicine*. 1995;24:308-315.
- 4 *Healthy lifestyles. Nutrition and physical activity*. Internacional Life Sciences Institute ILSI Europe concise modograph series, 1998.
- 5 Albert CM, Hennekens CH, O'Donnell CJ, Ajani UA, Carey VJ, Willett WC, Ruskin JN, Manson JA. Fish consumption and risk of sudden cardiac death. *JAMA*. 1998;279:23-28.
- 6 Burr ML, Fehily AM, Gilbert JF, Rogers S, Holliday RM, Sweetnam PM, Elwood PC, Deadman NM. Effects of changes in fat, fish and fibre intakes on death and myocardial reinfarction. *Lancet*. 1989;2:757-761.
- 7 Benfante R. Studies of cardiovascular disease and cause specific mortality trends in Japanese American men living in Hawaii and risk factor comparisons with other Japanese populations in the Pacific region: a review. *Hum Biol*. 1992;64:791-805.
- 8 Truswell AS. Review of dietary intervention studies: effect on coronary events and on total mortality. *Aust NZ J Med*. 1994;24:98-106.
- 9 Oliver MF. Is it more important to increase the intake of unsaturated fats than to decrease the intake of saturated fats: evidence from clinical trial relation to ischemic heart disease. *Am J Clin Nutr*. 1997;66(Suppl):98OS-98GS.
- 10 *Food, nutrition and the prevention of cancer, a global perspective*. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. 1997.
- 11 Puska P, Salonen JT, Nissinen A, Tuomilehto J, Vartiainen E, Korhonen H, Tanskanen A, Ronnqvist P, Koskela K, Huttunen J. Changes in risk factors for coronary heart disease during 10 years of a community intervention programme (North Karelia project). *BMJ*. 1983;287.18401844.
- 12 Maccoby N, Farquhar JW, Wood PD, Alexander J. Reducing the risk of cardiovascular disease: effects of a community based campaign on knowledge and behaviour. *J Comm Health*. 1977;3:100-114.
- 13 The Multiple Risk Factor Intervention trial research Group. Mortality rates after 10.5 years for participants in the Multiple Risk Intervention Trial. Findings relates to a priori hypothesis of the Trial. *JAMA*. 1990;263:1795-1801.
- 14 Hjermmann I, Byre KV, Holem I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomised trial in healthy men. *Lancet*. 1991;iii:1303-1310.
- 15 Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldnm HA, McKinlay S. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *Am J Public Health*. 1995;85:777-785.
- 16 Fortmann SP, Taylor CB, Flora JA, Winkleby MA. Effect of coinmunity health education on plasma cholesterol levels and diet: the Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol*. 1993;137:1039-1055.
- 17 Fortmann SP, Winkleby MA, Flora JA, Haskell WL, Taylor CB. Effect of long-term community health education on blood pressure and hypertension control. The Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol*. 1990;132:629-646.
- 18 Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, Taylor CB, Haskell WL, Williams PT, Maccoby N, Wood PD. Effects of community-wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. *JAMA*. 1990;264:359-365.

- 19 Osler M, Jespersen NB. The effect of a community based cardiovascular disease prevention project in a Danish municipality. *Dan Med Bill.* 1993;40:485-489.
- 20 Rossouw JE, Jooste PL, Chalton DO, Jordaan ER, Langenhoven ML, Jordaan PC, Steyn M, Swanepoel AS, Rossouw LJ. Community based intervention: the Coronary Risk Factor Study (CORIS). *Int J Epidemiol.* 1993;22:428-438.
- 21 Gutzwiller F, Nater B, Martin J. Community based primary prevention of cardiovascular disease in Switzerland: methods and results of the National Research Program (NRP 1A). *Prev Med.* 1985; 14:482-49 1.
- 22 Hoffmeister H, Mensink GB, Stolzenberg H, Hoeltz J, Kreuter H, Laaser U, Nussel E, Hullemann KD, Troschke JV. Reduction of coronary heart disease risk factors in the German cardiovascular prevention study. *Prev Med.* 1996;25:135-145.
- 23 Stafieu A, Van Staveren WA, De Graaf C, Burema J, Hautvast JG. Family resemblance in beliefs, attitudes and intentions towards consumption of 20 foods, a study among three generations of women. *Appetite.* 1995;25:201-206.
- 24 Signorielli N, Lears M. Television and children's conceptions of nutrition: unhealthy messages. *Health Commun.* 1992;4:245-257.
- 25 Walter HJ Primary prevention of chronic disease among children: the school based 'Know Your Body' intervention trials. *Health Educ Q.* 1989; 16:201-214.
- 26 Parcel GS, Simons Morton B, O'Hara NM, Baranowski T, Wilson B. School promotion of healthful diet and physical activity: impact on learning outcomes and self reported behaviour. *Health Educ Q.* 1989; 16:181-199.
- 27 Lytie LA, Stone EJ, Nichaman MZ, Perry CL, Montgomery DH, Nicklas TA, Zive MM, Mitchell P, Dwyer JT, Ebzery MK, Evans MA, Galati TP. Changes in nutrient intakes of elementary school children following a school based intervention. results from the CATCH Study. *Prev Med.* 1996;25. 465-477.
- 28 Walter HJ, Hofman A, Vaughan RD, Wynder EL. Modification of risk factors for coronary heart disease. Five year results of a school based intervention trial. *N Engl J Med.* 1988;28:1093-1100.
- 29 Johnson CC, Nickias TA, Arbeit ML, Harsha DW, Mott DS, Hunter SM, Wattigney W, Berenson GS. Cardiovascular intervention for high risk families: the Heart Smart Program. *South Med J.* 1991;84:1305-1312.
- 30 Lytie L, Achterberg C. Changing the diet of America's children: what works and why? *J Nutr Educ.* 1995;27:250-260.
- 31 European collaborative trial of multifactorial prevention of coronary heart disease: final report on the 6 year results. World Health Organization European Collaborative Group. *Lancet.* 1986; 1(8486): 869-672.
- 32 Fries JF, Bloch DA, Harrington H, Richardson N, Beck R. Two years results of randomized controlled trial of a health promotion program in a retired population: the Bank of America Study. *Am J Med.* 1993;94:455-462.
- 33 Jeffery RW, Forster JL, French SA, Kelder SH, Lando HA, McGovern PG, Jacobs DR Jr, Baxter JE. The Healthy Worker Project: a work site intervention for weight control and smoking cessation. *Am J Public Health.* 1993;83-395-401.
- 34 Edye BV, Mandryk JA, Frommer MS, Healey S, Ferguson DA. Evaluation of a worksite programme for the modification of cardiovascular risk factors. *Med J Aust.* 1989; 150:574, 576578, 581.
- 35 Puska P, Niemensivu H, Puhakka P, Alhainen L, Koskela K, Moiso J, Viri L. Results of a one year worksite and mass media based intervention on health behaviour and chronic disease risk factors. *Scand J Soc Med.* 1988;16:241-250.
- 36 Byers T, Mullis R, Anderson J, Dusenbury L, Gorsky R, Kimber C, Krueger K, Kuester S, Mokdad A, Perry G. The costs and effects of a nutritional education program following work site cholesterol screening. *Am J Public Health.* 1995;85:650-655. A family approach to cardiovascular risk reduction: results from the San Diego Family Health Project. *Health Educ Q.* 1989;16: 229-244.
- 37 Gomel MK, Oldenburg B, Simpson JM, Chilvers M, Owen N. Composite cardiovascular risk outcomes of a work site intervention trial. *Am J Public Health.* 1997;87:673-676.
- 38 Nader PR, Sallis JF, Patterson TL, Abramson IS, Rupp JW, Senn KL, Atkins CJ, Roppe BE, Morris JA, Wallace JP, et al. A family approach to cardiovascular risk reduction: results from the San Diego Family Health Project. *Health Educ Q.* 1989;16:229-244
- 39 Van Wechem SN, Van Assema P, Brug J, Kistemaker C, Riedstra M, Hardeman W, Lowik MR. Results of a community based campaign to reduce fat intake. *Nutr Health.* 1997; 1 1: 207-218.
- 40 Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract.* 1997; 14:160-176.
- 41 James WP, Nelson M, Ralph A, Leather S. Socio-economic determinants of health. The contribution of nutrition to inequalities in health. *BMJ.* 1997;314:1545-1549.

-
- 42 *Public Health Status and Forecasts 1997. Health, prevention and health care in the Netherlands until 2015.* National Institute of Public Health and the Environment. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.
 - 43 Stallone DD, Brunner EJ, Bingham SA, Marmot MG. Dietary assessment in Whitehall II: the influence of reporting bias on apparent socio-economic variation in nutrient intakes. *Eur J Clin Nutr.* 1997;51: 815-25.
 - 44 Gepkens A, Gunning-Schepers Lj. InterventiOns To reduce socio-economic health differences: a review of the internacional literatura. *Eur J Public Health.* 1996; 6: 218-226.
 - 45 *Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances?* K. Stronks. Thesis, Erasmus University Rotterdam, 1997.
 - 46 Kristiansen IS, Eggen AE, Thelle DS. Cost effectiveness of incremental programmes for lowering serum cholesterol concentration: is individual intervention worthwhile? *BMJ.* 1991;302.1119-1122.
 - 47 Lindholm L, Rosen M, Weinehall L, Asplund K. Cost effectiveness and equity of a community based cardiovascular disease prevention programme in Norsjo, Sweden. *J Epidemiol Commun Health.* 1996;50:190-195.
 - 48 Rubio PP. Cost-effectiveness of dietary treatment of hypercholesterolemia in Spain. *Public Health.* 1997; 1 1 1:33-40.
 - 49 Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? *BMJ.* 1994;308:367-372.
 - 50 Helsing E. Nutrition policies in Europe. The state of the art. *Eur J Clin Nutrition.* 1989;43(suppl2):57-66.
 - 51 French SA, Jeffery RW, Story M, Hannan P, Snyder MP. A Pricing strategy to promote low-fat snacks choices through vending machines. *Am J Public Health.* 1997;87:849-85 1.
 - 52 Jeffery RW, French SA, Raether C, Baxter JE. An environmental intervention to increase fruit and salad purchases in a cafeteria. *Prev Med.* 1994;23:788-792.
 - 53 Zatonski WA, McMichael AJ, Powies JW. Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991. *BMJ.* 1998;316:1047-105 1.

Capítulo Ocho

Desafíos Sociales 2

El tema: Manteniéndose a salvo: Prevención eficaz de las lesiones y promoción de la seguridad

El autor: Dr. Leif Svanström, Profesor de Medicina Social en el Karolinska Institute, Estocolmo (Suecia), y Director del Departamento de Ciencias de Salud Pública

El objeto: La promoción de la salud es muy eficaz en esta área. Y debe serlo. El autor aduce lo siguiente:

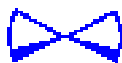
- 1 Alrededor de una de cada siete muertes prematuras y discapacidades está relacionada con lesiones que se producen en la sociedad, como consecuencia de accidentes, violencia o lesiones autoinflingidas. Se prevé que esta cifra aumente a una de cada cinco para el 2020
- 2 Los programas educativos por sí solos tienen poco efecto, pero los programas comunitarios y el desarrollo legislativo tienen impacto
- 3 En el hogar, los dispositivos de seguridad (como detectores de humo, guardafuegos y revestimientos de seguridad) reducen considerablemente los riesgos; en las vías públicas, la legislación sobre el uso del casco para ciclistas ha conducido a descensos masivos de las lesiones
- 4 Las visitas a los ancianos y la prevención de caídas por medio del ejercicio y de entrenamiento para mejorar el equilibrio son eficaces
- 5 Los programas locales 'Comunidad Segura' (Safe Community) han registrado reducciones de las lesiones de hasta el 30%

El Dr. Svanström ha dedicado más de 30 años a la práctica de la medicina social y la promoción de la salud y la seguridad. Miembro del Panel Consultivo de Expertos de la OMS sobre Prevención de Accidentes, ha concentrado su investigación en el desarrollo de modelos de evaluación de procesos y resultados, p.e. por medio de los programas 'Comunidad Segura'.

Las lesiones – una amenaza creciente pero evitable

Alrededor de una de cada siete muertes prematuras e incapacidades está relacionada con lesiones que se producen en nuestras sociedades, es decir, debidas a accidentes, violencia o lesiones autoinflingidas. *Éste es un fenómeno que está en alza. Se prevé que esta cifra aumente a una de cada cinco para el 2020.* Por otra parte, los cambios estructurales y las inversiones en seguridad se pueden promover. Un resumen de alrededor de 500 intervenciones evaluadas y publicadas constituye la base de evidencia actual de la acción social, pero esta evidencia no es plenamente tomada en cuenta por planificadores y otras personas relacionadas con la seguridad. Raramente se calculan los costes de las intervenciones.

En el hogar, la instalación de *dispositivos de seguridad* como detectores de humo, guardafuegos, barreras en las escaleras, cerrojos de seguridad en los armarios, cable eléctrico enrollable en los hervidores eléctricos, revestimientos de seguridad, capa incombustible en las ventanas interiores, cierres de envases a prueba de niños y control por termostato del agua del grifo, ha demostrado reducir los riesgos. El mejor efecto se obtiene promulgando legislación, mientras que la información y la educación por sí solas tienen un efecto limitado, si es que lo tienen.



Se ha demostrado que *las visitas domiciliarias a los ancianos*, acompañadas de una valoración de la seguridad del entorno del hogar y de intervenciones como comprobaciones y modificaciones de seguridad, remisión a la asistencia social y recomendaciones de ejercicio, reducen con eficacia la tasa de caídas, las escaldaduras y las quemaduras. La prevención de las caídas por medio del ejercicio, el entrenamiento para mejorar el equilibrio y el Tai Chi son eficaces.

En la vía pública, existe evidencia clara de que el uso del casco para ciclistas y los sistemas de sujeción para niños en los coches, la presencia de guardias que ayuden a cruzar las calles y la aplicación de medidas de redistribución del tráfico, pueden reducir la tasa y la gravedad de los accidentes infantiles. Los programas educativos parecen tener poco efecto por sí solos. Sin embargo, cierto número de programas basados en la comunidad que implican la participación local y el uso de una gama amplia de intervenciones *han tenido éxito*. La introducción de legislación relativa al uso del casco para ciclistas en Victoria (Australia), incrementó la tasa de utilización del 5% al 83%, lo cual se corresponde con una disminución de las lesiones en la cabeza en un 70%.

En la comunidad, actualmente se están realizando diversas evaluaciones relacionadas con programas locales seguros 'de amplio alcance' comunitario. Después de un par de años, ya se ha notificado un descenso del 30% del número de lesiones en los países nórdicos y Australia.

El Impacto Sanitario

El Hogar

La instalación de dispositivos de seguridad, como detectores de humo, guardafuegos, barreras en las escaleras, cerrojos de seguridad en los armarios, cable eléctrico enrollable en los hervidores eléctricos, revestimientos de seguridad, capa incombustible en las ventanas interiores, cierres de envases a prueba de niños y control por termostato del agua del grifo, ha demostrado reducir los riesgos de lesiones en el hogar (Ministerio de Comercio e Industria, 1991). Erdmann et al. (1991) ponen de manifiesto la importancia de la legislación relativa a la temperatura del agua del grifo. Después de que el Estado de Washington promulgase una ley en 1983, las admisiones hospitalarias debidas a quemaduras producidas por el agua del grifo se redujeron en más del 50%. Clarke et al. (1979) subrayan la eficacia de los cierres de envases a prueba de niños, exigidos en virtud de la Ley Poison Prevention Packaging (Embalaje de Prevención de Intoxicación) de 1970, en la reducción de la incidencia de la ingestión accidental de aspirina y productos con contenido de aspirina en entre un 45% y un 55%.



Se analizaron 36 ensayos que evaluaban las intervenciones destinadas a prevenir las caídas (Sackett D L et al., 1991). Las personas asignadas a un grupo de ejercicio exhibían un 10% menos de riesgo estimado de sufrir una caída que los controles. El entrenamiento para mejorar el equilibrio redujo las caídas en un 25% y el Tai Chi en un 37%, en comparación con el grupo de no intervención (Wolf S L et al., 1993).

Las visitas domiciliarias a los ancianos, acompañadas de una valoración de la seguridad del entorno del hogar y de intervenciones como comprobaciones y modificaciones de seguridad,

remisión a la asistencia social y recomendaciones de ejercicio, también han demostrado ser eficaces. Una prueba que incluía visitas a personas residentes en áreas más pobres y consejo específico sobre peligros, en combinación con campañas educativas y mediáticas, se tradujo en un incremento del 50% de los hogares que introducían cambios en el entorno (Colver et al., 1982). Svanström et al. (1996) han registrado resultados similares en relación con el conjunto de una comunidad en un estudio cuasiexperimental. Este estudio mostró casi un 30% de disminución de las fracturas femorales en un período de cinco años. Ray et al., (1997) ratifican estos datos en un ensayo aleatorio controlado con aleatorización de asilos de ancianos. La proporción media de personas que sufrían caídas recurrentes en las facilidades objeto de la intervención fue un 19,1% más baja que los controles. Plautz et al. (1996) describen una intervención en la cual las caídas se redujeron en un 60%, las escaldaduras descendieron de 9 a 0 y las quemaduras de 7 a 0 durante los períodos semestrales anterior y posterior a las intervenciones.

En la Vía Pública

Existe evidencia clara de que el uso del casco para ciclistas y los sistemas de sujeción para niños en los coches, la presencia de guardias que ayuden a cruzar las calles y las medidas de redistribución del tráfico pueden reducir la tasa y la gravedad de los accidentes infantiles. Los *programas educativos* parecen tener poco efecto por sí solos. Sin embargo, cierto número de *programas basados en la comunidad* que implican la participación local y el uso de una gama amplia de intervenciones han reducido con eficacia las lesiones infantiles debidas a una amplia variedad de causas. Estos programas deben basarse en datos exactos derivados de sistemas de vigilancia (Effective Health Care, 1996).



Esto es también válido en relación con la mejora del uso del casco para ciclistas (Graitcer et al., 1995). Los programas de promoción del uso del casco organizados por *coaliciones comunitarias* que utilizan una variedad de estrategias educativas y publicitarias han demostrado ser eficaces. El más acertado de estos programas – el Seattle Children’s Bicycle Helmet Campaign, organizado por el Harborview Injury Prevention and Research Center – utilizó estrategias múltiples e incrementó las tasas de uso del casco entre los niños a más del 40% (Rivara F P et al., 1994). Estas estrategias incluyeron educación en aulas, programas de compra con descuento, demostraciones con bici, distribución de material impreso a través de una variedad de puntos e intensos esfuerzos promocionales destinados a aumentar el uso del casco por parte de líderes deportivos, clubs ciclistas y los medios de comunicación (Bergmen A B et al., 1990).

Estudios sobre la introducción de *legislación* relativa al uso del casco en Victoria (Australia), demostraron que el 5% de todos los ciclistas de Victoria llevaban casco antes de dicha legislación, mientras que el 83% lo hacían dos años después, cuando la ley de uso obligatorio del casco fue aprobada, descendiendo las lesiones de cabeza en un 70% (Cameron et al., 1994). Un estudio de Ekman R et al. (1997), que utilizaba enfoques basados en la comunidad, muestra en algunas áreas de intervención en Suecia una disminución del 48% de las lesiones sufridas por los niños menores de 15 años durante 1978-93 (lesiones en la cabeza, 59%). Suecia en su conjunto se embarcó en 1987 en un programa que tuvo como resultado una reducción del 32% de las lesiones relacionadas con el uso de la bicicleta (lesiones en la cabeza, 43%).



Existe evidencia considerable de que si los *sistemas de sujeción para niños* se utilizan correctamente, reducen las lesiones sufridas por los ocupantes de los vehículos (Agran P et al., 1989). El uso de los asientos de seguridad para niños en Estados Unidos redujo la posibilidad de sufrir una lesión mortal en el período 1983-1990 en un 69% estimado para los neonatos y en 47% para los niños menores de dos años.



Por último, el cambio más eficiente de los sistemas de transporte en el corto plazo, sería la reducción de la velocidad. Muchos países han introducido medidas para reducir la velocidad de la circulación, confirmando estudios anteriores y posteriores su éxito. Estas medidas tienen por objeto reducir la velocidad a alrededor de 30 kilómetros por hora, con lo cual se reduce el número y la gravedad de los accidentes que sufren los niños al cruzar la calle. En Suecia, hay algunos vecindarios donde todo el tráfico está prohibido (Thulin H, 1996) 'No hay razón para pensar que las reducidas tasas de muerte infantil en Holanda y Suecia se deben a alguna diferencia del carácter nacional y no a medidas de seguridad física' (Preston, 1995).



La Comunidad

Las intervenciones comunitarias se pueden distinguir por haber dejado de lado su orientación a la responsabilidad individual en favor de un enfoque multifacético a nivel de toda la comunidad, que garantiza que todos sus miembros estén al tanto o participen.

De 20 artículos revisados, 18 mostraron que el asesoramiento en prevención de lesiones impartido por la atención primaria de salud tenía efectos positivos (Bass et al., 1993). Los resultados positivos se miden por el incremento del conocimiento, la mejora de la conducta y la disminución de las tasas de lesiones.

El Falköping Accident Prevention Programme (FAPP), de Suecia, evaluó programas de amplio alcance destinados a promover la seguridad y prevenir las lesiones en la comunidad local, abordando todo tipo de cuestiones de seguridad. El objeto consistía en prevenir las lesiones en todas las áreas, a todas las edades, en todos los entornos y situaciones, implicando a los sectores gubernamental y no gubernamental de la comunidad. Se abrió un registro en 1978, comenzando la intervención en 1979. Tres años después, la tasa total de lesiones había descendido en un 23% (hogar 27%, trabajo 28%, tráfico 28% y otras lesiones 1%) (Schelp L y Svanström L, 1996; Schelp L, 1987).

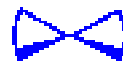


Otro programa de amplio alcance de prevención de lesiones basado en la comunidad fue llevado a cabo en Harstad (Noruega) (Ytterstad B, 1995). Se encontró una reducción global del 27% de la tasa de lesiones de tráfico; siendo esta cifra del 37% para los ciclistas y del 54% para los peatones; la tasa de lesiones por quemaduras descendió en un 53% (Ytterstad B y Sögaard A J, 1995). En la ciudad de referencia, situada a 1.000 kilómetros de distancia, estas tasas aumentaron.

En Suecia (Svanström et al., 1995; Timpka T et al., 1998), Dinamarca (Frimodt-Möller B, 1994 y 1996), Australia (Jeffs et al., 1993; Day L M et al., 1997) y Estados Unidos (Hingson R et al., 1996; Guyer B et al., 1989), tuvieron lugar otras pruebas de intervención en la comunidad con resultados positivos similares.

El Impacto Social

Es un hecho bien conocido que las lesiones constituyen no solo la mayor amenaza para la morbilidad y mortalidad de la población mundial menor de 40-45 años, sino también una amenaza creciente, que representa en la actualidad alrededor de una de cada siete muertes prematuras y discapacidades, estando previsto que esta cifra ascienda a una de cada cinco para el año 2020. La falta de seguridad es asimismo un obstáculo considerable en la consecución de la equidad en salud. En una revisión recientemente publicada, se llegaba a la conclusión de que la contribución de las lesiones a la mortalidad y morbilidad social diferencial, especialmente en la infancia, aunque también en la juventud, es considerable en muchos países



(Laflamme L, 1998), siendo particularmente pronunciada en los casos de accidentes de circulación, incendios, homicidios y suicidios.

Preston (1995) ha considerado el tema de los grupos sociales. La mayoría de los accidentes que sufren los peatones tienen lugar en áreas construidas, y los muy jóvenes tienen la mayor probabilidad de sufrir una lesión en vías poco importantes, muy cerca de su casa, especialmente en los barrios céntricos de la ciudad. Los trabajadores semicualificados y no cualificados tienen tasas más altas de muerte por la mayoría de las causas que los profesionales, pero una de las mayores diferencias entre clase social se observa en la muerte debida a accidentes sufridos por los peatones (Office of Population Censuses and Surveys, 1978).

‘Si la responsabilidad de la implantación de estrategias de seguridad dirigidas a los niños peatones recae exclusivamente en los padres, es probable que estos gradientes persistan, al menos en parte, porque la capacidad de abogar por la seguridad de los niños varía inversamente con la necesidad de seguridad’ (Woodroffe C et al., 1993).

Al concebir las intervenciones destinadas a reducir las diferencias sociales, los riesgos de lesiones deberían recibir mucha más atención, a nivel tanto nacional como local.

El Impacto Económico

Se ha calculado que las lesiones originan costes económicos crecientes para la sociedad – por ejemplo, en 1990 en Suecia, se estimaba que ascendían a 63.000 millones de coronas suecas, equivalentes a más del 5% del PNB (Jansson B, 1994).

En una revisión de las intervenciones que salvan vidas en Suecia (Ramsberg A L y Sjöberg L, 1997), un cálculo del coste / año de vida salvado demostró que los cambios en el entorno de las áreas de tráfico exhibían la relación coste-eficacia más alta.

En un proyecto de seguridad urbana, el efecto de las medidas de redistribución del tráfico y mejora de la seguridad de vías individuales se valoró en cinco poblaciones inglesas en comparación con áreas de control pareadas (Lynam D et al., 1988) La tasa global de reducción de los accidentes fue del 13%. Cada plan costó alrededor de 250.000 libras esterlinas, indicando las tasas del primer año la existencia de ahorros de costes considerables en el capítulo de los accidentes.

Miller et al. (1995) evaluaron el papel del pediatra. Estos autores estimaron los ahorros que podía producir un asesoramiento de amplio alcance relativo a la prevención de lesiones infantiles organizado en torno a los tres estudios Framingham Safety Surveys utilizados en el The Injury Prevention Program (TIPP: Programa de Prevención de Lesiones), desarrollado por la Academia Americana de Pediatras. Las sesiones de asesoramiento sobre lesiones pediátricas del programa TIPP dedicadas a las edades 0-4 años pueden dar lugar a ahorros estimados en 880 dólares estadounidenses por niño o 80 dólares estadounidenses por visita. Se estimaba que si los 19,2 millones de niños estadounidenses de 0-4 años hubiesen completado el programa TIPP, se hubiesen ahorrado 230 millones de dólares estadounidenses anuales en concepto de gasto médico, con lo que los costes de las lesiones hubiesen descendido en 3.400 millones de dólares estadounidenses. Cada dólar gastado en la prevención de las lesiones infantiles en el marco del programa TIPP, dirigido a los niños de 0-4 años, hubiese arrojado un rendimiento de casi 13 dólares estadounidenses. El programa TIPP incluye hasta 11 visitas y aborda temas que son importantes antes de los cinco años, como las sillas de seguridad para niños y el uso del detector de humos, la seguridad en la cuna, la seguridad en el agua, la seguridad de las armas de fuego, la seguridad de los peatones, la seguridad de los equipos deportivos, la prevención de las caídas, la prevención de las quemaduras, la prevención de la asfixia y la sofocación y la prevención de la intoxicación.

La promoción de la seguridad y la prevención de las lesiones han sido objeto de atención considerable a todos los niveles de la sociedad. Sin embargo, existe una tendencia a desviarse del nivel nacional y de su responsabilidad respecto a los acuerdos centrales, hacia una responsabilidad creciente de las comunidades locales y de las organizaciones de voluntarios. Incluso si existe evidencia del éxito de estos programas, éstos llevan tiempo y no son necesariamente los mismos en todas las comunidades. Además, por lo que a algunas cuestiones bien definidas se refiere, como los cascos para ciclistas, la legislación dista mucho de ser el instrumento de uso más eficiente.

Referencias por orden alfabético

- Agran P, Dunkle D, Winn D. Effects of legislation on motor vehicle injuries to children. *Am J Dis Child.* 1987;141:959-64).
- Bergman A B, Rivara F P, Richards D D, et. al. The Seattle Childrens Bicycle Helmet Campaign. *Am J Dis Child.* 1990;144:727-31.
- Cameron M H, Vulcan A P, Finch C F, et. al. Mandatory bicycle helmet use following a decade of helmet promotion in Victoria, Australia - an evaluation. *Accid Anal Prev.* 1994;26:325-37.
- Carter N, Mencket E. Near Accident reporting: A review of Swedish Research. *Journal of Occupational Accidents.* 1985;7:41-64.
- Clarke A, Walton W W. Effect of safety packaging on aspirin ingestion by children. *Paediatrics.* 1979;63:687-93.
- Coleman P, Munro J, Nicholl J, Harper R, Kent G, Wild D. The effectiveness of interventions to prevent accidental injury to young persons aged 15-24 years: a review of the evidence. Medical Care Research Unit, Sheffield Centre for Health and Related Research, University of Sheffcid, 1996.
- Colver A, Hutchinson P, Judson E. Promoting Children's Home Safety. *BMJ.* 1982;285:1177-80.
- Day L M, Ozanne-Smith J, Cassell E, McGrath A. Latrobe Valley Better Health Project. Evaluation of the injury prevention progrAm 1992-1996. VicHealth. Accident Research Centre. Report No 114. July 1997.
- Department of Trade and Industry. Child safety equipment for use in the Home. London: DTI, Home and Leisure Accident Research, 1991.
- DuRant R H, Treiber F, Gett^e A, McCloud K, Linder C W, Woods E R. Comparison of two violence prevention curricula for middle school adolescents. *Journal of Adolescent Health.* 1996;19:111-7.
- Effective Health Care. Nuffield Institute for Health, University of Leeds. NHS Centre for Revicws and Dissemination, University of York Effective Health Care. Preventing falls and subsequent injury in older people. *Effective Health Care.* April 1996 Vol. 2 No. 4.
- Effective Health Care. June 1996, Vol 2, No S. Nuffield Institute for Health, University of Leeds, NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York
- Ekman R, Schelp L, Welander G, Svanström L. Can a combination of local, regional and national information substantially increase bicycle-helmet wearing and reduce injuries? Experiences from Sweden. *Accid Anal and Prev.* 1997;29:321-8.
- Erdmann T C, Feldman K W, Rivara F P, Heimbach D M, Wali H A. Tap water burn prevention: The effect of legislation. *Paediatrics.* 1991;88:572-7.
- Foxcroft D R, Lister-Sharp D, Lowe G. Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction.* 1992;5:531-7.

- Frimodt-Möller, B. Ulykker kan forebygges. Model for ulykkesforebyggelse i lokaisamfundet. Accidents can be prevented. Model for Accident Prevention in the Local Community. Report on the Five-Cities-Project. Sundhedsstyrelsen. Sekretariatet for Ulykkesregistret. København, Denmark 1994. (In Danish).
- Frimodt-Möller B. Community-based injury prevention - success or failure? Results from the 5 Community Projects in Denmark. Abstract. The 3rd International Conference on Injury Prevention and Control. Melbourne 1996.
- Gepkens A & Gunning-Schepers L J. Interventions to reduce socio-economic health differences. A review of the international literature. *Eur J Public Health*. 1996;6:218-26.
- Grätzer P L, Kellerman A L & Christoffel T. A review of educational and legislative strategies to promote bicycle helmets. *Injury Prevention*. 1995; 1:122-9.
- Guyer B, Gallagher S, Chang B, Azzara C, Cupples L, Colton T. Prevention of childhood injuries: Evaluation of the Statewide Childhood Injury Prevention Program (SCIPP) *American Journal of Public Health*. 1989;79:5121-7.
- Hingson R, McGovern T, Howland J, Heeren T, Winter M, Zakocs R. Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: the Saving Lives Program. *American Journal of Public Health*. 1996;86:791-7.
- Jansson B. *Samhällets utgifter för personskador - en förstudie*. Folkhälsainstitutet 1994:9. Stockholm 1994. (in Swedish).
- Jeffs D, Booth D, Calvert E. Local injury information, community participation and injury reduction. *Australian Journal of Public Health*. 1993;17:365-72.
- Laflamme L. Social Inequality in Injury Risks. Knowledge Accumulated and Plans for the Future. Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine & National Institute of Public Health. Stockholm 1998.
- Lynam D, Mackie A, Davies C. Urban Safety Project: 1. Design and Implementation of Schemes. Department of Transport, Transport and Road Research Laboratory, 1988.
- Menckel E. Intervention and Co-operation. Occupational Health Services and Prevention of Occupational Injuries in Sweden. *Arbete och hälsa*. Vetenskaplig skriftserie. 1990:31.
- Menckel E, Carter N. The development and evaluation of accident prevention routines: A case Study. *Journal of Safety Research*. 1985;16:73-82.
- Miller T R, Galbraith M. Injury prevention counselling by paediatricians: A benefit-cost comparison. *Paediatrics*. 1995;96:1-4.
- Murphy D, Kiernan NE, Chapman LJ. An occupational health and safety intervention research agenda for production agriculture: does safety education work? *Am J Ind Med*. 1996 Apr;29(4):392-6.
- Office of Population Censuses and Surveys. Occupation mortality, decennial supplement, 1970-72. London: HMSO, 1978.
- Plautz B, Beck D E, Selmar C, Radetsky M. Modifying the environment: A community based injury reduction program for elderly residents. *American Journal of Preventive Medicine*. 1996;12:33-8.
- Ploeg J, Cilliska D, Dobbins M, Hayward S, Thonlas H, Underwood J. A systematic overview of the effectiveness of public health nursing interventions: An overview of adolescent suicide prevention programs. 1995, pp 48.
- Preston B. Cost-effective ways to make walking safer for children and adolescents. *Injury Prevention*. 1995;1:187-90.
- Ramsberg A L & Sjöberg L. The Cost-Effectiveness of Life Saving Interventions in Sweden. *Risk Analysis*, 1997; Vol. 17, No. 4: 467-78.
- Ray W A, Taylor J A, Meador K G, Thapa P B, Brown A K, Kajihara H K, Davie C, Gideon P, Griffin M R. A randomised trial of a consultation service to reduce falls in nursing homes. *JAMA*. 1997;278:557-62.

-
- Rivara F P, Thompson D C, Thompson R S, et al. The Seattle children's bicycle helmet campaign; changes in helmet use and head injury admissions. *Paediatrics*. 1994;93:567-9.
- Sackett D L, Haynes R B, Guyatt G H, Tugwell P. *Clinical Epidemiology: a basic science for clinical medicine*. 2nd Edition. Boston: Little Brown & Co, 1991.
- Schelp L, Svanström L. One year incidence of Horne accidents in a rural Swedish municipality. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1986;14:75-82.
- Schelp L, Svanström L. One year incidence of occupational accidents in a rural Swedish municipality. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1986;14:197-204.
- Schelp L. Community intervention and changes in Accident pattern in a rural Swedish municipality. *Health Promotion*. 1987;2:109-25.
- Springfeldt B. Rollover of tractors - international experiences. *Safety Science*. 1996;24:95-110.
- Svanström L, Ekman R, Schelp L, Lindström Å. The Lidköping Accident Prevention Program - A community approach to preventing childhood injuries in Sweden. *Injury Prevention*. 1995;1:169-72.
- Svanström L, Ader M, Schelp L, Lindström A. Preventing femoral fractures among elderly. The community safety approach. *Safety Science*. 1996;21:239-46.
- Thulin H. *Safety in neighbourhoods in Sweden. Road Safety: What next?* Occasional paper 86/3 London: Policy Studies Institute, 1986.
- Timpka T, Lindqvist K, Schelp L, Åhlgren M. Community-based injury prevention: effects on health care utilisation. Submitted 1998. *Journal of Epidemiology*.
- Wolf S L, Kutner N G, Green R C, McNeely E. The Atlanta FICSIT Study: Two exercise interventions to reduce frailty in elders. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1993;41:329-332.
- Woodroffe C, Glickman M, Barker M, Power C. *Children, teenagers and health: the key data*. Bury St Edmunds, Suffolk, U K: St Edmundsbury Press, 1993.
- Ytterstad B. *The Harstad Injury Prevention Study: Hospital-based injury recording and community based intervention*. ISM Skriftserie nr 33. 1995. Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Norway: Troms County, Harstad Hospital.
- Ytterstad B, Sögaard A J. *Harstad injury prevention Study: prevention of burns in small children by a community-based intervention*. *Burns* 1995;21:259-66.

Capítulo Nueve

Escenarios 1

El tema: Promoción de la salud eficaz en el lugar de trabajo

Los autores: Dr. Gregor Breucker, Director del Centro de Información Europeo, BKK Bundesverband (Federal Association of Company Health Insurance Funds), Essen (Alemania); Dr. Alfons Schöer, Director del Departamento de Salud de BKK.

El objeto: La salud de los trabajadores europeos es una consideración política, social y económica decisiva de cara a los años venideros. La promoción de la salud en el lugar de trabajo (Workplace health promotion – WHP) ha tenido mucho éxito. Los autores aducen lo siguiente:

- 1 La WHP reduce la carga de las enfermedades relacionadas con el trabajo y apoya las prácticas relacionadas con la salud de los trabajadores.
- 2 La WHP es un elemento fundamental para los puestos de trabajo y el diseño organizativo promotor de la salud
- 3 La WHP contribuye a la creación de capital social al fortalecer a la persona a título individual y los recursos organizativos que conducen a la salud
- 4 La WHP reduce el absentismo relacionado con la enfermedad y aumenta la productividad y la competitividad
- 5 La WHP incide en diversos campos de la política. En particular, la WHP es un componente de la política económica e industrial moderna

El Sr. Breucker y el Dr. Schröer han trabajado para difundir prácticas correctas (buenas prácticas) en la promoción de la salud en el lugar de trabajo en todos los Estados miembros. Han trabajado asimismo en el desarrollo de conceptos de promoción de la salud relacionados con la gestión de la calidad en el lugar de trabajo, al igual que en salud laboral y seguridad. El Dr. Schöer también ha realizado investigación en la Universidad de Dusseldorf.

Positivo para la Salud y la Producción

La promoción de la salud en el lugar de trabajo (WHP) abarca el conjunto de medidas adoptadas por los empleados, los empresarios y la sociedad con el fin de mejorar la salud y el bienestar de las personas en el trabajo¹.

Tomando como base el conocimiento científico disponible y la experiencia práctica, se pueden identificar los factores siguientes como esenciales para las actividades eficaces de WHP:

- ▶ Esfuerzo interdisciplinario que implique a numerosos y diferentes actores de la empresa (salud laboral y seguridad, gestión de recursos humanos, gestión de la calidad, formación, etc.)

- ▶ Participación y cooperación de todos los actores
- ▶ Un enfoque de amplio alcance, que combine las actividades orientadas al individuo, con aquellas que abordan el diseño de las condiciones de trabajo y organización.

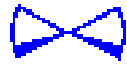
A pesar de que este concepto está siendo adoptado cada vez más en la práctica de la salud laboral y la protección de la seguridad – siendo promovido en particular por la Comunidad Europea por medio de la legislación marco relativa a la salud y seguridad laboral² – la situación empírica de la investigación sobre la eficacia de la WHP sigue estando dominada por los estudios de evaluación relativos a la prevención de conductas.

Se describen efectos positivos en relación con los factores de riesgo clásicos relacionados con la conducta (ejercicio, presión sanguínea alta, nutrición, estrés y tabaco). En la interpretación de estos resultados, la mayoría de los estudios ponen de relieve el papel que desempeñan los entornos de apoyo y las políticas organizativas.

Con arreglo a esto, en diversas disciplinas, que incluyen la salud laboral y seguridad, la medicina laboral, la ergonomía, el desarrollo organizativo y los enfoques de gestión, se encuentra evidencia de la eficacia de los enfoques estructurales. En particular, esta evidencia incluye las actividades que se concentran en un diseño ergonómico del lugar de trabajo, al igual que en diversas prácticas de organización del trabajo.

En resumen, existe evidencia sólida de la eficacia sanitaria de la WHP de amplio alcance. Esto se confirma y refleja en la creciente aceptación y atracción que ejerce la WHP en cierto número de Estados miembros de la UE.

En cuanto al impacto económico de la WHP, los resultados demuestran que una WHP de amplio alcance, unida a prácticas de salud laboral y seguridad, mejora la productividad y la calidad de los productos y los procesos al ampliar la producción tal como está. A esto se añade que los costes de personal y de tareas auxiliares se pueden reducir. De esta manera, la WHP es un factor competitivo gracias al apoyo que brinda a una gestión integrada de la eficiencia.



El Concepto de la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (WHP)

Los puntos siguientes caracterizan la situación actual de la WHP en Europa^{3,4}:

- ▶ La implantación de la WHP en las empresas y en las organizaciones públicas es relativamente nueva
- ▶ Existen diferencias nacionales y regionales considerables con respecto al grado de difusión y a los conceptos utilizados; lo mismo sucede con los distintos tamaños de empresas, ramas de la industria y sectores de la economía
- ▶ Actualmente, los distintos actores implicados, tanto dentro como fuera de las empresas, utilizan la WHP de diferentes maneras, motivo por el cual la WHP tiende a ser un término colectivo que reúne distintas estrategias

En la práctica, se pueden distinguir los enfoques siguientes:

- ▶ Cambio de conducta y educación para la salud en el lugar de trabajo
- ▶ Enfoques de salud pública para influir en los determinantes de la salud en el lugar de trabajo
- ▶ La WHP como parte integral de la salud laboral y seguridad modernas
- ▶ Estrategia destinada a reducir el absentismo relacionado con la enfermedad
- ▶ La WHP forma parte integral del cambio organizativo.

Esta tipología coincide también en líneas generales con el desarrollo histórico de la WHP. La mayor parte de los enfoques en la práctica siguen centrándose en el cambio de conducta^{3,5}.

Debido a la falta de claridad conceptual que existía en el pasado, funciones importantes de la empresa como la organización del trabajo y la gestión del personal no se asignan al concepto de la WHP, a pesar de que indudablemente inciden de forma considerable en la mala salud y el bienestar^{6,7,8}.

Evaluación de la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo

Para los fines de este informe, se supone que por WHP se entiende lo siguiente: al aplicar la Carta de Ottawa al entorno del lugar de trabajo, la WHP abarca todas las actividades que permiten que los empleados y la empresa en su conjunto reduzcan la mala salud y promuevan el bienestar.

La WHP es un proceso y está dirigida tanto al nivel de conducta individual, como al nivel de las condiciones organizativas.

Para analizar sus efectos en la salud, hemos seguido el modelo general de resultados de promoción de la salud, en el cual se diferencian varios niveles de efectos^{9,10}.

Las actividades de WHP se pueden clasificar en tres categorías (véase la Tabla 9.1):

- ▶ Cambio de conducta en el lugar de trabajo
- ▶ Puesto de trabajo y diseño organizativo promotor de la salud
- ▶ Comunicación interna y marketing de la WHP (desarrollo de una política)

En cuanto a los resultados, es posible diferenciar tres niveles:

- ▶ Efectos directos (resultados a corto plazo)
- ▶ Efectos intermedios (que, por lo general, surgen a medio o largo plazo debido a la interacción con otros factores del lugar de trabajo)
- ▶ Efectos en la salud y efectos sociales a largo plazo (algunos de los cuales residen fuera de este escenario y están sujetos a numerosas interacciones complejas con distintos factores internos y externos)

Tabla 9.1: Modelo de resultados de la Evaluación de la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (WHP)

Resultados de salud y sociales	<ul style="list-style-type: none"> · Calidad de vida · Tasa de absentismo de la empresa · Cifras de accidentes · Enfermedades laborales · Dolencias relacionadas con el trabajo · Jubilaciones anticipadas 	<ul style="list-style-type: none"> · Rotación del personal · Productividad · Reducción de las emisiones dañinas para el medio ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> · Imagen entre los clientes y el público · Lugares de trabajo eficientes · Desarrollo regional, social y económico sostenible
Resultados intermedios de la WHP	<p><i>Conducta promotora de salud de los empleados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Dieta saludable · Ejercicio, etc. 	<p><i>Condiciones de trabajo y organizativas saludables</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Lugares de trabajo ergonómicos · Diseño de puestos de trabajo que potencie el crecimiento personal · Reducción de las limitaciones físicas · Estilo de liderazgo orientado a los empleados 	<p><i>Integración de los temas de salud en las decisiones de la empresa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Apoyo activo de la alta dirección · Parte integral de las políticas de personal, calidad y salud laboral y seguridad · Integración en la gestión de proveedores · Acuerdos o Convenios sobre condiciones de trabajo
Resultados de la WHP	<p><i>Conciencia de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Nivel de información (condiciones de trabajo, conducta promotora de salud, etc.) · Tasas de participación · Sugerencias de mejora · Reducción de los factores de riesgo 	<p><i>Condiciones de trabajo y entorno de trabajo promotores de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Número de sugerencias de mejora · Reducción de las condiciones de trabajo estresantes · Satisfacción / motivación laboral 	<p><i>Conciencia de los problemas de salud y establecimiento de infraestructuras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Grupos directivos de WHP · Permitir que el personal implicado se ausente del trabajo
Actividades de WHP	<p><i>Educación para la salud en el lugar de trabajo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Desarrollo personal · Cursos / Screening · Educación / Campañas 	<p><i>Puesto de trabajo y diseño organizacional promotores de salud</i></p> <p>(Salud laboral y seguridad / Desarrollo Organizativo / Organización del trabajo)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Salud laboral y seguridad / círculos de salud · Cursos de formación para la dirección · Sistema de elaboración de informes sobre la salud de la empresa 	<p><i>Comunicación interna y marketing (desarrollo de una política)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Presentaciones · Trabajo de relaciones públicas
	Conducta individual	Entorno de apoyo	Cultura y políticas organizativas

El Impacto Sanitario

Con el fin de valorar el impacto sanitario de las intervenciones de WHP, se llevó a cabo una revisión de la literatura. Basándose en una encuesta realizada entre expertos (miembros de la Red Europea de WHP y expertos seleccionados en varios países) y en una búsqueda de referencias, fueron identificadas 10 revisiones importantes^{11,12,13,14,15,16,17,18,19,20}.

Cuatro de estas revisiones fueron seleccionadas para su análisis posterior (criterios: uso de criterios de valoración definidos con claridad; calidad del diseño de la revisión):

- 1 Wilson et al., 1996
- 2 Warner et al., 1988
- 3 Health Canadá, 1996
- 4 University of London Institute of Education, 1994

Las revisiones 1 y 2 asignan los estudios individuales a las áreas de intervención de los programas de WHP (p.e. control de peso o abandono del tabaco), y valoran la solidez metodológica de los estudios en el área de intervención respectiva en su conjunto. Las revisiones 1 y 2 incluyen un número total de 605 estudios, que fueron divididos en la revisión 1 en 11 áreas de intervención y en la revisión 2 en 10 áreas.

Las revisiones 3 y 4 representan 46 estudios individuales cuyos resultados aparecen reflejados individualmente.

Todos los estudios fueron realizados entre 1968 y 1995 en el Reino Unido, Estados Unidos y Canadá.

Clasificación de las intervenciones

La mayoría de los estudios revisados evaluaron intervenciones conductuales destinadas a influir en el conocimiento, las actitudes, las habilidades y la conducta de los empleados.

[Véanse en la p.112 un resumen de las áreas de intervención (Tabla 9.2) y los tipos de intervención (Tabla 9.3) de las cuatro revisiones utilizadas].

Hallazgos

Los criterios utilizados para definir el éxito oscilan entre los resultados conductuales a corto plazo, como el cambio de actitud o la conducta saludable, y los resultados de salud a medio y más largo plazo y una variedad de indicadores económicos, como el absentismo, la rotación, la productividad y los costes de atención sanitaria.

La revisión 1¹⁶ evalúa los resultados globales de las áreas de intervención individuales utilizando una escala de clasificación de 5 fases que va de 'concluyente' evidencia de eficacia a 'escasa' (criterios: número de estudios confirmados/diseño del grupo de control aleatorizado / grado de consenso entre los expertos). Salvo los resultados escasos en las áreas de 'VIH / SIDA' y 'valoración del riesgo para la salud' (HRA), todas las áreas de intervención se clasificaron de la manera siguiente: 'concluyente' para la hipertensión, 'aceptable / indicativa' para los programas multicomponente; 'indicativa' para el control de peso y la gestión del estrés; 'indicativa / sugerente' para la nutrición / colesterol; y 'sugerente' para el ejercicio y el alcohol.

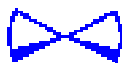
La revisión 2¹⁷ evalúa como eficaces las intervenciones en las áreas de abandono del tabaco, presión sanguínea / hipertensión y forma física / ejercicio. La eficacia de las demás áreas (EAP-programas de asistencia al empleado, nutrición y control de peso, estrés, valoración del riesgo para la salud y prevención de lesiones de la espalda) no está suficientemente comprobada.

La revisión 3¹⁸ identifica ocho estudios individuales en función de diversos criterios (existencia de un grupo de control, tamaño de la muestra aleatoria y período de seguimiento de 2 años como mínimo).

Dos de estos estudios no reflejan resultados positivos, y otros dos exhiben solamente resultados positivos en un área. En cuatro de los estudios, la asignación de las empresas se realizó al azar. En general, se confirmaron más resultados positivos que negativos, en particular, resultaron ser eficaces las intervenciones de abandono del tabaco.

La revisión 4¹⁹ establece dos categorías de estudios individuales (estudios patrón oro y estudios fiables) en función de varios criterios. Uno de los cuatro estudios de la 'categoría patrón oro' verifica la eficacia de las intervenciones en las áreas de control de peso, colesterol, tabaco, presión sanguínea y forma física.

Los resultados globales reflejan un peso notable de la evidencia indicativo de un efecto positivo de los programas de WHP en la concienciación individual sobre la salud y en la conducta, así como resultados de salud y sociales a largo plazo.



Puesto de Trabajo y Diseño Organizativo Promotores de Salud

El puesto de trabajo y el diseño organizativo promotores de salud incluyen lo siguiente:

- ▶ Diseño ergonómico
- ▶ El entorno de trabajo (p.e. iluminación, ruido, sustancias peligrosas)
- ▶ Normativa sobre horario laboral
- ▶ Diseño del puesto de trabajo (p.e. trabajo en grupo semiautónomo, enriquecimiento del puesto de trabajo, ampliación del puesto de trabajo)
- ▶ Relaciones sociales (cultura de gestión, política de información de la dirección, desarrollo de carreras e incentivos)

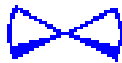
Diversas disciplinas han contribuido a nuestro conocimiento actual del impacto de las condiciones de trabajo en la mala salud y el bienestar: la ergonomía, la sociología y la psicología industrial y de la organización, la salud laboral y seguridad, la psicología medioambiental y la epidemiología social^{6,21-28}.

Resultados de investigaciones epidemiológicas reflejan que las condiciones de trabajo pueden explicar las diferencias en materia de salud y dolencias, e influir en las cifras de bajas por enfermedad²⁹.

Las prácticas de salud laboral y seguridad se basan ahora en un conocimiento ergonómico bien confirmado del diseño del lugar de trabajo, incluido el entorno de trabajo. Buena parte de estas prácticas han sido incluidas en normas y directivas nacionales y europeas²⁷. Estas especificaciones de diseño se basan en un 'concepto de prevención' destinado a limitar el estrés psicofísico.

Por ejemplo, el impacto de las intervenciones ergonómicas en el área de los desórdenes musculoesqueléticos está empíricamente bien confirmado³⁰. La mayoría de los estudios notifican resultados positivos de las intervenciones en un orden de magnitud de 20-50% de reducción de los desórdenes.

Debido al creciente y múltiple estrés psicomental derivado de la introducción generalizada de las nuevas tecnologías y la creciente intensificación del trabajo, el entorno de trabajo psicosocial cobra una importancia cada vez mayor^{31,32}.



Esto incluye la situación estructural (situación laboral, mercado de trabajo), organizativa (p.e. estructura de salarios, organización del tiempo de trabajo, condiciones laborales), interpersonal (clima de trabajo, estilo de liderazgo) y los parámetros de las tareas²⁵.

Las intervenciones organizativas pueden influir en el estrés mental (al igual que en el físico), principalmente por medio del diseño de las tareas. Esto se basa en un conocimiento confirmado de cómo diseñar un trabajo que conduzca al crecimiento personal (p.e. grado de conclusión de la tarea, libertad de decisión, cooperación, comunicación de requisitos de cualificación)^{7,8,26,33,34,35}.

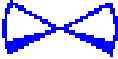
Los resultados de investigaciones basadas en el modelo de exigencia / control desarrolladas por el grupo de investigación de Karasek⁶ verificaron numerosos ejemplos de relaciones entre los parámetros de las tareas 'libertad de decisión' y 'exigencias del puesto de trabajo' y los resultados

de salud^{25,36}. Este modelo fue ampliado para que incluyese las variables de ‘apoyo social’, permitiendo así predecir mejor la mortalidad por ECV³⁷.

Muchas intervenciones se realizan sin relación directa alguna con la salud, teniendo así un efecto no especificado en la mala salud y el bienestar. Los círculos de salud, que identifican sistemáticamente las propuestas de mejora de condiciones de trabajo estresante, constituyen un ejemplo de intervenciones comunitarias específicas de promoción de la salud orientadas al entorno de trabajo³⁸.

El Impacto Social

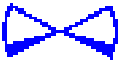
En las empresas, las intervenciones de WHP bien integradas y de amplio alcance apoyan importantes funciones de dirección (recursos humanos, gestión de la calidad y salud laboral y seguridad).

Además, los enfoques de WHP participativos y de amplio alcance fortalecen una política corporativa que reconoce tanto la importancia económica de los recursos humanos, como la responsabilidad social de la empresa, facilitando así la iniciativa personal. 

Las prácticas de WHP contribuyen al capital social a nivel de la organización. El diseño participativo de estas intervenciones fomenta la difusión y el arraigo de normas organizativas promotoras de salud (solidaridad, apoyo mutuo), al tiempo que incrementa la capacidad de la organización y de su dirección para equilibrar las necesidades y requisitos de los empleados con los objetivos cooperativos^{39,40}.

Estos efectos están siempre sujetos a regulación y a la solución de las pugnas de interés entre los interlocutores sociales.

El Impacto Económico

Conforme a una encuesta de la Unión Europea realizada en 1993, un tercio de todos los empleados de los Estados miembros de la UE, es decir, alrededor de 42 millones de empleados, piensan que su salud y seguridad en el lugar de trabajo está en peligro. Estos riesgos se derivan del trabajo físico duro (25%), aunque cada vez más de la presión de tiempo (20%), la escasa libertad de decisión (35%) y la monotonía (60%). Estas limitaciones conducen a dolencias relacionadas con el trabajo, a enfermedades laborales y a accidentes de trabajo. 

Las empresas, los fondos de la Seguridad Social y la economía nacional tienen que soportar estos costes. El German Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA) calculó en 1994 que los costes debidos exclusivamente a la incapacidad del personal para trabajar ascendían a 89.000 millones de marcos alemanes.

Basándose en datos daneses y noruegos, el Consejo Nórdico estimó la proporción de dolencias comunes generalizadas relacionadas con el trabajo⁴¹. Por ejemplo, éstas representan aproximadamente el 33% de los desórdenes musculoesqueléticos generalizados en todos los Estados de la UE, el 20% de las enfermedades cardiovasculares y el 45% de las enfermedades de la piel. El volumen de costes resultante queda al menos parcialmente claro cuando se examina el gasto nacional en servicios sanitarios. Beatson y Coleman estiman el coste económico de los accidentes ocurridos en el trabajo y la mala salud relacionada con el trabajo en entre un 1,4% (Reino Unido) y un 8,3% (Suecia) del PNB⁴².

Según Fielding, el gasto en WHP constituye una inversión potencial en el capital humano de una economía nacional o una empresa¹². A diferencia del análisis de inversión comercial normal, que utiliza parcialmente el análisis de coste-beneficio (CBA) o el análisis de coste-eficacia (CEA), aquí hay que emplear métodos que se adapten al efecto con frecuencia retardado de la intervención y sus múltiples resultados, además de a sus evaluaciones a menudo diferentes^{11,12,43}. Zangemeister propone entonces el análisis de coste-utilidad (CUA) y el análisis de utilidad como métodos adecuados⁴⁴.

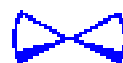


La amplia mayoría de las revisiones de los resultados económicos de la WHP se basan en estudios estadounidenses relacionados con el estilo de vida.

Pelletier encontró resultados positivos con respecto a los costes del absentismo y la atención sanitaria¹³. Confirman este hallazgo las revisiones realizadas por Wanzel, Shephardt y Gebhard y Crump^{11,45,46}.

Según Kaman, en los costes de atención sanitaria pueden influir los programas de promoción de la salud, aunque la situación actual de la investigación no puede diferenciar con precisión los resultados de estos programas y otros factores de influencia⁴⁷. Se observan resultados económicos positivos en particular en la reducción de los accidentes y el absentismo, al igual que en una mejora global de la productividad.

Chapman analiza un total de 30 publicaciones en revistas revisadas por homólogos⁴⁸. Es posible reducir los costes especialmente cuando están implicados programas multicomponente de amplio alcance. Chapman determina también efectos económicos muy importantes derivados de los programas centrados en el auto-cuidado médico y en intervenciones de alto riesgo. Notifica grandes ahorros de costes en los programas de control de la hipertensión, prevención de las lesiones de la espalda y atención prenatal, al igual que en los programas que contienen una proporción elevada de actividad física. Sin embargo, los programas que se concentran en el abandono del tabaco y la gestión del estrés muestran sólo resultados económicos modestos. Los programas de control del peso y educación nutricional, así como los de reducción del colesterol, arrojan resultados económicos mediocres.



Una revisión llevada a cabo por encargo de Health Canadá recoge un efecto positivo en los costes del absentismo y la atención sanitaria¹⁸. Esta evaluación es asimismo confirmada por un análisis de la Universidad de Michigan⁴⁹.

El estudio de Lenhardt et al. incluyó intervenciones ergonómicas, organizativas y orientadas al estilo de vida relativas a la prevención de los problemas de la espalda³⁰. Se observan efectos positivos en el absentismo, en particular cuando las propias condiciones de trabajo mejoran y los trabajadores participan en el proceso de intervención.



En contraste con las evaluaciones económicas de las intervenciones conductuales, solamente unos cuantos estudios han examinado el impacto de la normativa obligatoria de salud y seguridad^{42,50,51,52}.

Un estudio comparativo internacional realizado por Prins et al. analizó el impacto económico de la normativa de salud y seguridad laboral en función de análisis de series cronológicas de las tasas de lesiones laborales, resultados de los estudios de las condiciones laborales y una valoración de 110 informadores clave de ocho países⁵². Como era de esperar, la evidencia del impacto de las políticas de salud laboral y seguridad fue por lo general pobre o nula.

Esto se puede confirmar por medio de análisis de series cronológicas de países individuales. Según Coenen, la frecuencia de todos los grados de accidentes laborales y, de manera especial, de los accidentes graves, ha descendido en un 63-65% en Alemania en los últimos 35 años⁵³. Los accidentes mortales disminuyeron en alrededor del 77% en este mismo período. Dorman establece tendencias similares para EE.UU, Canadá, Japón y Alemania⁵⁴. Lehman y Thiehoff notifican asimismo esta tendencia en Francia⁵⁵.

Sin embargo, un estudio llevado a cabo por el Netherlands Economic Institute sobre la relación de coste-beneficio de un cambio en la normativa sobre elevación de cargas manual ilustra con claridad que, en este caso, los costes pueden pesar más que el beneficio económico, exhibiendo la metodología empleada debilidades en términos de validez y fiabilidad^{56,57}.

Todos los expertos que participaron en el estudio de Prins et al. corroboraron los efectos positivos relativos al impacto en la seguridad y las reducciones de las lesiones y enfermedades laborales (efecto importante), al igual que efectos positivos en relación con las quejas sobre la carga de trabajo y el estrés, la motivación y satisfacción laboral y las ausencias por enfermedad (efecto moderado)⁵². Existe un consenso considerable entre los expertos nacionales con respecto al hecho de que la normativa de salud laboral y seguridad estimula también la innovación, contribuyendo a reducir los costes de la atención sanitaria y facilita la contratación de personal para trabajos duros. En general, todos los expertos estuvieron en desacuerdo con la afirmación de que la normativa de salud laboral y seguridad implica mayores costes para las empresas y reduce el número de puestos de trabajo o la demanda de mano de obra. Por el contrario, consideran que las inversiones en salud laboral y seguridad tienen también un efecto reductor de las contribuciones sociales y a seguros privados.

El Impacto Político

Como consecuencia de la incorporación de la directiva marco de la UE relativa a la salud laboral y seguridad a la legislación nacional, el concepto de la WHP se está convirtiendo en parte integral de la WHP moderna en Europa². Esta directiva marco establece básicamente la responsabilidad del empresario con respecto a la salud y seguridad de los empleados, ampliando la comprensión del riesgo anteriormente regido por la tecnología.

Es posible relacionar los conceptos de WHP de amplio alcance a nivel nacional con diversos campos de la política:

- ▶ Política salarial de los interlocutores sociales
- ▶ Política de salud laboral y seguridad
- ▶ Política económica e industrial
- ▶ Política de mercado laboral
- ▶ Política social
- ▶ Política sanitaria

A nivel europeo, la WHP puede asignarse a la iniciativa de la Comisión Europea relativa a la creación de una organización moderna del trabajo⁵⁸.

La fuerte atracción actual por la WHP se basa en los argumentos siguientes:

- ▶ El absentismo relacionado con la enfermedad debido a condiciones de trabajo inadecuadas aumenta los costes de personal auxiliar, limitando así los incrementos de la productividad tecnológicamente factibles
- ▶ Las prácticas tradicionales de salud y seguridad laboral son limitadas en relación con su impacto en la mala salud y el bienestar en el trabajo

- ▶ Aquellas ramas de la industria que dependen de empleados motivados y altamente cualificados (como el sector de servicios en expansión) deben garantizar condiciones de trabajo promotoras de salud
- ▶ Como parte de los procesos generales de modernización social basados en cambios económicos, se atribuye una mayor importancia a los recursos humanos
- ▶ Los sistemas de atención sanitaria de todos los países industrializados han tenido que hacer frente a subidas importantes de los costes durante los últimos 20 años, que no se han visto compensadas con incrementos correspondientes de la eficiencia

Tabla 9.2: Áreas de intervención

nivel individual	nivel organizativo	nivel económico
<ul style="list-style-type: none"> ▶ abandono del tabaco ▶ control de peso ▶ nutrición / colesterol ▶ estrés ▶ forma física / ejercicio ▶ presión sanguínea / hipertensión ▶ ECC ▶ alcohol ▶ problemas de espalda ▶ lesiones ▶ desórdenes depresivos ▶ detección del cáncer ▶ VIH / SIDA ▶ cinturones de seguridad de automóviles 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ política de restricción del tabaco ▶ normativa de salud y seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ prestaciones médicas por trabajador ▶ uso de la atención médica ▶ costes de la atención médica ▶ absentismo ▶ productividad ▶ rotación de los empleados ▶ reclamaciones de seguro de vida

Tabla 9.3: Tipo de intervención

screening / medición	material / información	clases / soporte social	entornos de apoyo
<ul style="list-style-type: none"> ▶ HRA * ▶ screening 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ libros de auto-cuidado médico ▶ boletines informativos ▶ cintas de vídeo ▶ mailings mensuales ▶ manuales de autoayuda ▶ series de TV 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ formación ▶ ayuda psicopedagógica ▶ programas de ayuda a los empleados ▶ sistema de ayuda mutua ▶ clases de educación para la salud ▶ dispensarios colectivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mejoras ergonómicas ▶ gimnasio ▶ política sobre tabaco ▶ cafetería ▶ incentivos

*(Health Risk Appraisal - Valoración del riesgo para la salud)

Referencias

- 1 Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union 1997.
- 2 European Union. Council Directive of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work (89/391/EEC). *Official Journal of the European Communities*. 1989; L 183/1-183/8 of 29.6.89.
- 3 Breucker G. Review and evaluation of success factors in workplace health promotion. In: Breucker G et al., eds, *Success factors of workplace health promotion*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 1998;27-84.
- 4 European Foundation. *Workplace health promotion in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 1998.
- 5 Wynne R, Ciarkin N, eds. *Under construction. Building for health in the EC workplace*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 1992.

-
- 6 Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books; 1990.
 - 7 Ulich E. *Arbeitssoziologie*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 1994.
 - 8 Karasek R, Theorell T. Physiology of stress and regeneration in job-related cardiovascular illness. *Journal of Human Stress*. 1986;8:29-42.
 - 9 Nutbeam D. Achieving 'best-practice' in health promotion: improving the fit between research and practice. *Health Education Research*. 1996;11(3):317-326.
 - 10 Nutbeam D, Smith C, Catford J. Evaluation in health education: A review of progress, possibilities and problems. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1990;44:83-89.
 - 11 Shephardt RJ. A critical analysis of work-site fitness programs and their postulated economic benefit. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 1992; 354-370.
 - 12 Fielding JE. Effectiveness of employee health improvement programs. *Journal of Occupational Medicine*. 1982;907-916.
 - 13 Pelletier KR. A review and analysis of the health and cost-effectiveness outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite. *American Journal of Health Promotion*. 1993;50-62.
 - 14 Pelletier KR. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite. 1993-1996 update. *American Journal of Health Promotion*. 1996;10(5):380-388.
 - 15 Dugdill J. Evaluación of workplace health promotion: a review, *Health Education Journal*. 1994;53-337-347.
 - 16 Wilson MG, Holman PB, Hammock A. A comprehensive review of the effects of worksite health promotion on health-related outcomes. *The Science of Health Promotion*. 1996;10(6):429-435.
 - 17 Warner KE, et al. Economic implications of workplace health promotion programs: *Review of the literature*. *Journal of Occupational Medicine*. 1988;106-112.
 - 18 Health Canada. *Program evaluation and the workplace health system. What do comprehensive evaluations of health promotion programs in the workplace tell us about program effectiveness and cost-efficiency?* Unpublished paper; 1996.
 - 19 Oakley M, et al. *Evaluating Workplace Health Interventions*. University of London Institute of Education; 1994.
 - 20 Crosswaite C, Jones L. Workplace health promotion. A literature review: Scotland and the UK. Unpublished report; 1994.
 - 21 Baker DB. *The study of stress at work*. *Annual Review of Public Health*. 1985;6. 367-381.
 - 22 Cooper CI, Marshall J. Occupational sources of stress: A review of the literatura relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology*. 1976;49:11-28.
 - 23 Frankenhaeuser M, Johansson G. Stress at work: Psychobiological and psychological aspects. *International Review of Applied Psychology*. 1986;35: 287-299.
 - 24 Kasl SV. The work setting: Assessing risk factors which impact on health. In: Schroeder H, ed. *New directions in health psychology: Assessment*. New York: Hemisphere; 1990;95-125.
 - 25 Evans GW, Johansen G, Carrere S. Psychosocial factors and the physical environment: Inter-relations in the workplace. In: Cooper CL, Robertson IT, cds. *International review of industrial and organizational psychology*. Chichester: Wiley & Sons; 1994;9:1-29.
 - 26 Hacker W. Aspekte einer gesundheitsstabilisierenden und -fördernden Arbeitsgestaltung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*. 1991a;(35)2:48-58.
 - 27 Luczak H, Volpert W, eds. *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 1997.
 - 28 Kristensen TS. Cardiovascular diseases and the work environment: a critical review of the epidemiologic literature on nonchemical factors. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 1989;15:165-179.
 - 29 Marmot M, Feeney A. Work and health: implications for individuals and society. In: Blane D et al. *Health and social organization*. Trowbridge: Redwood Books; 1996.
 - 30 Lehnhard U, Elkeles T, Rosenbrock R. Betriebsproblem Rückenschmerzen. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Verursachung Verarbeitung und Verhütung. Weinheim/München: Juventa; 1997.
 - 31 Memmann E, et al. *Gestaltung von Arbeitsanforderungen im Hinblick auf psychische Gesundheit und sicheres Verhalten*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 1997.
 - 32 Israel BA, et al. Occupational stress safety and health: Conceptual framework and principles for effective preventions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996;1(3):261-286.
 - 33 Emery FE, Emery M. *Participative design*. Canberra: Centre for Continuing Education. Australian National University; 1974.
-

-
- 34 Cherns A. The principles of organizational design. *Human Relations*. 1976;29:783-792.
- 35 Emery FE, Thorsrud E. *Democracy at work*. Leiden: Marinus Nijhoff; 1976.
- 36 Warr PB. Decision latitude, job demands and employee well-being. *Work and Stress*. 1990;4(4):285-294.
- 37 Johnson JV. Control, collectivity and the psychosocial work environment. In: Sauter SL, Hurrell JJ, Cooper CL, eds. *Job control and worker health*. Chichester: Wiley; 1989.
- 38 Sochert R. *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzeptes betrieblicher Gesundheitsförderung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 1998.
- 39 Putnam RD. The prosperous community. Social capital and public life. *The American Prospect*. 1993;35-42.
- 40 Gilles P. *Review and evaluation of health promotion. The effectiveness of alliances or partnerships for health promotion. A global review of progress and potential consideration of the relationship to building social capital for health*. Conference working paper. 4th international conference on health promotion. Jakarta; 1997.
- 41 Bjurström LM. The economic aspect of working conditions change policy and practice. In: Mossink J, Lichter F, eds. *Costs and benefits of occupational safety and health. Proceedings of the European conference on costs and benefits of occupational safety and health/The Hague*. Amsterdam, The Netherlands; 1997;147-152.
- 42 Beatson M, Coleman M. International comparisons of the economic costs of work accidents and work related ill-health. In: Mossink J, Lichter F, eds. *Costs and benefits of occupational safety and health. Proceedings of the European conference on costs and benefits of occupational safety and health/The Hague*. Amsterdam, The Netherlands; 1997.
- 43 Warner KE. Selling health promotion to corporate America: Uses and abuses of the economic argument. *Health Education Quarterly*. 1987;39-55.
- 44 Zangemeister C, Nolting H-D. *Kosten-Wirksamkeits-Analysen als Entscheidungshilfen im Arbeits- und Gesundheitsschutz*. Forschungsbericht F 1356 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund; 1997.
- 45 Wanzel RS. Decades of worksite fitness programmes. Progress or rhetoric? *Sports Medicine*. 1994;324-337.
- 46 Gebhard DL, Crump CE. Employee fitness and wellness programs in the workplace. *American Psychologist*. 1990;262-272.
- 47 Kaman R, ed. *Worksite health promotion economics - consensus and analysis*. Buffalo, New York: Human Kinetics; 1995.
- 48 Chapman LS. *Proof positive*. Seattle; 1996.
- 49 University of Michigan. *Health management research center: worksite wellness - cost vs. benefits*. Ann Arbor; 1997.
- 50 Wilson GK. *The Politics of safety and health*. Oxford: Clarendon Press; 1985.
- 51 Davies N, et al. *The economic appraisal of European Union health and safety at work legislation*. Unpublished report to the European Commission; 1995.
- 52 Prins R, et al. *National occupational safety and health policies, their implementation and impact*. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Leiden/Rotterdam; 1997.
- 53 Coenen W. Case study of self administered systems in occupational safety and health. In: Mossink J, Lichter F, eds. *Costs and benefits of occupational safety and health. Proceedings of the European conference on costs and benefits of occupational safety and health/The Hague*. Amsterdam, The Netherlands; 1997.
- 54 Dorman P. Internalizing the costs of occupational injuries and illnesses: Challenge or chimera? In: Mossink J, Lichter F, eds. *Costs and benefits of occupational safety and health. Proceedings of the European conference on costs and benefits of occupational safety and health/The Hague*. Amsterdam, The Netherlands; 1997;13-35.
- 55 Lehmann E, Thichoff R. What Answers Do We Have? A presentation of cost/benefit studies. In: Mossink J, Lichter F, eds. *Costs and benefits of occupational safety and health. Proceedings of the European conference on costs and benefits of occupational safety and health/The Hague*. Amsterdam, The Netherlands; 1997;36-45.
- 56 van Polanen PV. Costs and benefits of occupational safety and health regulations, the dutch case of manual lifting. In: Mossink J, Lichter F, eds. *Costs and benefits of occupational safety and health. Proceedings of the European conference on costs and benefits of occupational safety and health/The Hague*. Amsterdam, The Netherlands; 1997;110-119.
- 57 McCrea P. Costs and benefits of the UK health and safety (display screen equipment) regulations- background and UK approach to cost benefit assessment and post-implementation evaluation. In: Mossink J, Lichter F, eds. *Costs and benefits of occupational safety and health. Proceedings of the European conference on costs and benefits of occupational safety and health/The Hague*. Amsterdam, The Netherlands; 1992;104-109.
- 58 European Union. *Partnership for a new organisation of work*. Green Paper. Bulletin of the European Union. Supplement 4/97. CM-NF-97-004-EN-C; 1997.

Capítulo Diez

Escenarios 2

El tema: Promoción de la salud eficaz en los centros de enseñanza

Los autores: Profesor Lawrence St. Leger, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Conducta, Universidad Deakin, Melbourne (Australia); Don Nutbeam, Profesor de Salud Pública y Director del Departamento de Salud Pública y Medicina de Familia, Universidad de Sydney (Australia).

El objeto: Tradicionalmente, los centros de enseñanza han sido escenarios que han reunido el apoyo político, social y económico a favor de la promoción de la salud. Los autores aducen lo siguiente:

- 1 Los centros de enseñanza son lugares rentables para las intervenciones de promoción de la salud dirigidas a mejorar la salud de los niños y los adolescentes. Sin embargo, no se puede esperar que los centros de enseñanza solucionen los problemas sanitarios y sociales de forma aislada, sin tener en cuenta otras formas de acción de salud pública
- 2 La eficacia y sostenibilidad de las intervenciones de salud basadas en los centros de enseñanza dependen de la medida en que las intervenciones de promoción de la salud estén relacionadas con la actividad esencial de dichos centros de enseñanza en el desarrollo de habilidades educativas y conocimientos de base en los jóvenes
- 3 Una promoción de la salud eficaz en los centros de enseñanza deberá ser de amplio alcance en su concepto y contenido, y estar adecuadamente dotada de recursos. Por lo general, supondrá el desarrollo de políticas y prácticas escolares que fortalezcan la enseñanza orientada a la salud en el plan de estudios. Es necesario establecer fuertes conexiones con los padres y los servicios sanitarios, a la vez que se crea un entorno físico y psicosocial de apoyo
- 4 Los centros de enseñanza proporcionan un escenario potencial que permite adoptar una acción destinada a reducir las desigualdades en salud
- 5 La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud podría servir de vehículo útil para la aplicación de programas de salud eficaces y sostenibles en el futuro basados en los centros de enseñanza

El Profesor St. Leger tiene un amplio historial en el campo de la promoción de la salud y la educación para la salud, principalmente en relación con la salud de los niños y los adolescentes. Con el Profesor Nutbeam, autor del primer capítulo de este Libro de Evidencia, elaboró un informe para el gobierno australiano, en el cual estos autores analizan la promoción de la salud y las intervenciones educativas en los centros de enseñanza. El Profesor St. Leger preside un equipo de trabajo sobre la salud mental de los jóvenes.

El Contexto de la Promoción de la Salud en los Centros de Enseñanza:

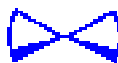
Los Centros de Enseñanza como Lugares de Promoción de la Salud

Los centros de enseñanza son escenarios donde la salud de los niños y los adolescentes se puede mejorar, y donde se pueden abordar temas de salud específicos. En la mayoría de los países europeos, los jóvenes asisten a los centros de enseñanza durante 10 años o más. Junto con la familia, los centros de enseñanza son uno de los lugares clave donde tiene lugar el desarrollo individual y social.

Los centros de enseñanza desempeñan un papel importante en la configuración de la conducta y los valores sociales de los jóvenes. La tarea esencial de los centros de enseñanza consiste en crear habilidades educativas y conocimientos base en los jóvenes, equipándolos para que vivan sus vidas de forma creativa en un mundo cambiante, y proporcionándoles una base de competencia que puedan desplegar válidamente.

Sin embargo, si bien el cometido principal de los centros de enseñanza consiste en alcanzar resultados educativos, la capacidad de cada estudiante para aprender con eficacia depende en gran medida de su estado de salud^{1,2,3}. Existe un volumen considerable de evidencia que demuestra que la mala salud inhibe el aprendizaje^{1,2,3}. Además, un metaanálisis de los hallazgos de estudios de la relación entre la conducta orientada a la salud y los resultados de salud indicaba una sólida relación entre la mala salud y los resultados educativos de los estudiantes (p.e. rendimiento en los cursos y clases), las conductas orientadas a la educación (p.e. asistencia al centro de enseñanza, participación en las actividades escolares, cuestiones disciplinarias) y las actitudes de los estudiantes (p.e. autoestima, punto de control)⁴.

El logro de resultados educativos positivos guarda estrecha relación con la consecución de una buena salud para los estudiantes de un centro de enseñanza. De acuerdo con esto, los centros de enseñanza tienen la obligación de abordar la salud como base que les permita alcanzar los objetivos educativos.



Límites de la eficacia de las intervenciones de Salud Escolar

Si bien los centros de enseñanza constituyen el vehículo principal en la creación de las competencias de sus estudiantes en lectura y escritura, matemáticas y tecnología, en el estado de salud del estudiante influyen de manera bastante más considerable factores externos al centro de enseñanza, incluidos la familia, los medios de comunicación y las presiones del grupo, a los que se suman los determinantes biológicos. Es necesario que las intervenciones en el área de la salud escolar se desarrollen en este contexto. Dichas intervenciones pueden aportar más a la mejora de la salud de los jóvenes en el contexto del marco educativo y de las prioridades de los centros de enseñanza, buscando colaboraciones y alianzas estrechas con los demás organismos y escenarios que configuran la salud de los niños y los adolescentes.

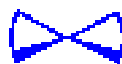
El contenido de las intervenciones de Salud Escolar

La evidencia que ofrecen numerosos estudios realizados en las dos últimas décadas sugiere que las intervenciones de promoción de la salud basadas en los centros de enseñanza pueden ser eficaces porque transmiten conocimiento, desarrollan habilidades y apoyan la adopción de elecciones que

se traducen en una conducta positiva orientada a la salud. Esta evidencia sugiere que las intervenciones son más eficaces si:

- ▶ Están orientadas a resultados cognitivos y sociales como prioridad junto con un cambio de conducta
- ▶ Los programas son de amplio alcance y 'holísticos', relacionando al centro de enseñanza con los organismos y sectores encargados de la salud
- ▶ La intervención es considerable, abarca varios años escolares y guarda relación con cambios en el desarrollo social y cognitivo de los jóvenes
- ▶ Se presta una atención adecuada a crear capacidad a través de la formación de los profesores y la provisión de recursos.⁷

Además, hallazgos de estudios publicados sugieren que los programas sanitarios de calidad basados en los centros de enseñanza abordan la totalidad o parte de los elementos siguientes:



- ▶ El plan de estudios (el programa que se imparte formalmente en las aulas) (curriculum)
- ▶ El entorno (los elementos geográficos, psicosociales, físicos y organizativos del centro de enseñanza y su comunidad local)
- ▶ Los servicios sanitarios (los servicios médicos, dentales, de ayuda psicopedagógica y de orientación dentro del centro de enseñanza)
- ▶ Colaboraciones (las colaboraciones formales e informales que existen entre el centro de enseñanza, los padres, el sector sanitario y la comunidad local)
- ▶ Las políticas del centro de enseñanza (las reglas, reglamentos y prácticas aceptadas que contribuyen a maximizar la salud de los estudiantes)

El concepto de *escuela promotora de salud* emergió en la última década en Europa y en el resto del mundo como mecanismo que permitía combinar estos distintos elementos con el fin de alcanzar el éxito máximo en la búsqueda de resultados educativos y de salud^{8,13}. La maximización del efecto potencial de cada uno de estos elementos en la escuela promotora de salud es decisivo para el logro de resultados acertados.

Evidencia relativa a los efectos de los distintos elementos de la escuela promotora de salud

Plan de estudios

Análisis de intervenciones de promoción de la salud orientadas al plan de estudios indican que cierto número de factores son importantes en su éxito¹⁴⁻¹⁹. Éstos son los siguientes:

- ▶ Factores relacionados con el contenido
 - los programas eficaces están bien diseñados, se basan en teorías de aprendizaje pertinentes y han sido planificados y probados exhaustivamente

- los programas basados en un plan de estudios eficaz tienen por objeto la consecución y el enriquecimiento en habilidades de negociación, solución de problemas, pensamiento creativo, toma de decisiones, saber salir adelante, imitación, relaciones interpersonales y comunicación, todo ello asociado a conocimientos sanitarios relevantes
- ▶ Factores relacionados con el aprendizaje y la enseñanza
 - parece que después de 30-40 horas al año de enseñanza dedicada a la salud en exclusiva, se ha alcanzado la asignación de tiempo de clase adecuada
 - los enfoques basados en temas y en solución de problemas requieren y fomentan una acción eficaz destinada a abordar los temas de salud
 - los enfoques del aprendizaje satisfacen las diferentes necesidades de aprendizaje de los numerosos estudiantes, y amplían sus competencias de aprendizaje
 - las cuestiones de salud se deben abordar en el contexto de la comunidad donde viven los estudiantes
- ▶ Recursos y desarrollo de la plantilla de personal.
 - los recursos más eficaces y atractivos son aquellos que se basan en teorías de aprendizaje aceptadas y comprendidas por los profesores, y que están orientados principalmente a resultados educativos y no a un cambio biológico o de la conducta orientada a la salud
 - los programas con planes de estudios bien diseñados y pertinentes funcionan solamente si existe un programa de desarrollo profesional integrado y de amplio alcance para los profesores

Entorno

Existe un volumen considerable de evidencia que indica que el entorno escolar es un factor de la mayor importancia en la promoción de la salud escolar. El entorno tiene tres componentes principales:

- ▶ El entorno físico
 - mobiliario, iluminación, edificio, diseño, instalaciones especiales, p.e. áreas recreativas y deportivas, servicios de comedor. Todos estos elementos contribuyen en gran medida a la salud de los estudiantes²⁰.
- ▶ El entorno psicosocial
 - la evidencia sugiere que las relaciones entre los profesores y los estudiantes y entre los propios estudiantes son decisivas en la promoción de la salud escolar^{21,22}. Asimismo, el 'carácter' del centro de enseñanza y los valores y tradiciones que lo sostienen constituyen un telón de fondo influyente e importante para los programas de promoción de la salud escolar^{20,22,23,24,25,26}.

► La estructura organizativa

- la infraestructura, administración, planificación y procesos de implantación, los presupuestos y los enfoques de programación, son todos elementos que inciden en las actividades de promoción de la salud escolar^{10,27,28,29}.

Servicios de salud

Existen cierto número de servicios de salud asociados a los centros de enseñanza. Estos servicios suelen desempeñar una función de “screening” o diagnóstico, extendiéndose en muchos países a pautas de tratamiento sencillas (p.e. caries dentales). La mayoría de los centros de enseñanza participan en programas de inmunización. La evidencia de la eficacia en esta área es variada. Los programas de inmunización que están orientados a los centros de enseñanza y sobre los cuales existe evidencia apoyan firmemente la intervención de los servicios sanitarios en los centros de enseñanza³⁰. La literatura sugiere que la implicación de los servicios sanitarios en otras áreas (p.e. visitas de los médicos de atención sanitaria a los centros de enseñanza) tiene éxito solamente en el marco de programas de promoción de la salud escolar, si este servicio está asociado a un programa escolar total, y cuando el trabajo de dicho médico de atención sanitaria está subordinado a la labor del profesor y es complementario de la misma^{18,23}.

Colaboraciones

La literatura contiene algunos ejemplos de programas de promoción de la salud escolar acertados que se basan principalmente en colaboraciones entre todos o algunos de los siguientes grupos: padres, estudiantes, médicos de atención primaria de salud local, organizaciones relacionadas con el departamento de salud local, gobierno local^{10,31}. Sin embargo, los hallazgos sugieren que los programas de promoción de la salud escolar con un componente importante de colaboración son difíciles de gestionar debido a que los participantes no comprenden cómo trabajan y funcionan otros sectores, y absorben una gran parte del tiempo de que disponen las personas clave de las organizaciones colaboradoras^{18,32}. La literatura muestra asimismo que el éxito de las intervenciones de promoción de la salud escolar con un componente importante de colaboración casi siempre concentran el uso de los recursos^{23,33,34}.

Políticas sanitarias escolares

Muchos programas de promoción de la salud escolar ponen un énfasis considerable en el desarrollo y la implantación de políticas, p.e. zonas para no fumadores, políticas de disciplina y bienestar, políticas y prácticas de equidad, y políticas y reglamentos relacionados con la seguridad. Las políticas se utilizan con frecuencia como parte de un programa sanitario escolar de amplio alcance, pareciendo funcionar con eficacia por lo que se refiere a la oferta de condiciones que mejoren las conductas orientadas a la salud. Esto es así especialmente si la política se basa en prioridades de los gobiernos nacional y locales, o se desarrolla por medio de mecanismos consultivos en los cuales participen las partes interesadas clave de la comunidad escolar.

El concepto de la escuela promotora de salud ofrece un marco de organización que permite integrar estos cinco elementos diferentes en un programa sanitario escolar de amplio alcance. La Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones internacionales y nacionales están promoviendo este enfoque integrado de la promoción de la salud escolar como meta de vital importancia para los centros de enseñanza.

Qué no funciona

Además de ofrecer evidencia relativa a las formas de intervención potencialmente eficaces, estudios realizados en la década pasada han identificado asimismo enfoques de la promoción de la salud en los centros de enseñanza que no son eficaces y debieran desaconsejarse. Los programas que han fracasado se caracterizan por lo siguiente:

- ▶ Programas que se desarrollan en respuesta a una crisis percibida puntual (especialmente si vienen acompañados de tácticas y discursos alarmistas)
- ▶ Una amplia participación del centro de enseñanza, espasmódica y carente de coordinación
- ▶ Programas basados, en gran medida en portavoces y recursos externos con poca implicación de la plantilla del centro de enseñanza
- ▶ Poca o ninguna inversión en la formación de los profesores y en la entrega de recursos de apoyo^{5,7,9,14,15,16,17,18,20,22}

El impacto sanitario de las intervenciones en los centros de enseñanza

Aunque con toda probabilidad los programas de promoción de la salud escolar integrados e integrales (exhaustivos, completos) podrían ser sostenibles y muy eficaces para el logro de diversos resultados positivos de salud, buena parte de la investigación conocida sobre tales programas se ha concentrado en la consecución de resultados específicos de conducta. La sección que viene a continuación resume la experiencia de las intervenciones de promoción de la salud escolar que han abordado cuestiones sanitarias específicas.

Nutrición

Los estudiantes de los centros de enseñanza consumen la mayor parte de su ingesta diaria de alimentos fuera del centro de enseñanza. Las familias y los medios influyen más en las elecciones alimentarias de los estudiantes que el centro de enseñanza. Tradicionalmente, los programas de nutrición escolar han estado orientados en gran medida al plan de estudios, que, a su vez, ha puesto énfasis en la educación nutricional (grupos de alimentos) y no en conductas alimentarias específicas. Los programas que tienen un enfoque nutricional pueden habitualmente mostrar un mayor conocimiento de los alimentos y su composición. Sin embargo, en la última década, las intervenciones de promoción de la salud se han concentrado más en los aspectos sociales y alimentarios de la comida. Muchos centros de enseñanza disponen ahora de programas de promoción de la salud escolar nutricional que están dirigidos al desarrollo de las competencias para comprar y preparar los alimentos. Además, los centros de enseñanza han sido más intervencionistas al garantizar que los alimentos que ofrecen a los estudiantes en el comedor permitan elegir alimentos sanos a precios competitivos. Algunos centros de enseñanza han reducido o eliminado el suministro de alimentos con alto contenido de azúcar, grasa y sal. La evidencia disponible sobre la eficacia de las intervenciones de promoción de la salud multifacéticas (desarrollo de habilidades, apoyadas por políticas) y orientadas a la dinámica de la comida y comer pueden mejorar las prácticas nutricionales de los jóvenes³⁵⁻⁴¹.



Actividad física

Existe evidencia considerable que indica que existe una asociación positiva entre la actividad física regular y el rendimiento académico^{2,4}. En líneas generales, los niños y los adolescentes de los países desarrollados tienen muy poca actividad física. Esto es cada vez más patente en la enseñanza secundaria, donde la actividad física espontánea desciende a la mitad⁴². Las diferencias de género o las influencias religiosas que inhiben la participación de las niñas en el centro de enseñanza pueden también contribuir a su baja participación en la actividad física, al igual que en actividades físicas comunitarias.



Existe evidencia concluyente que indica que las intervenciones de promoción de la salud basadas en los centros de enseñanza dirigidas a la actividad física redundan en resultados positivos cognitivos, sociales, conductuales y, en algunos casos, biológicos, (p.e. reducción de peso) si:

- ▶ La intervención es integrada y de amplio alcance, dedica tiempo del plan de estudios a la actividad física, las políticas alientan la participación y existe colaboración con los proveedores locales de deportes y recreación
- ▶ Personal convenientemente formado dirige el programa
- ▶ Se asigna tiempo suficiente (aproximadamente 60-80 minutos por semana) y existen instalaciones / recursos de calidad
- ▶ La intervención se realiza regularmente durante la semana 2, 7, 28, 43-48

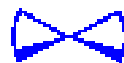


Sexualidad

Los cambios biológicos y las actitudes, valores y creencias de la familia, la cultura y la sociedad donde viven los jóvenes, son todos factores que influyen en el desarrollo sexual del estudiante. La mejor aportación que los centros de enseñanza pueden realizar a este proceso consiste en trabajar dentro de este amplio contexto. Dado que el desarrollo sexual no es un tema que se suele discutir en las familias y las comunidades de muchos países, el centro de enseñanza ofrece un escenario donde un estudiante puede aprender sobre los aspectos biológicos y sociales de la sexualidad en las etapas adecuadas de la vida, en un entorno social y de apoyo, y junto con sus compañeros.

Las intervenciones de promoción de la salud basadas en la sexualidad en los centros de enseñanza, presentan diferencias de enfoque e intensidad. Por lo general, estarán limitadas por las actitudes y valores que predominan en la sociedad y los sistemas políticos que la rigen. Por estas razones, la definición del 'éxito' de la educación sexual es problemática. Para algunos, es el conocimiento a ciertas edades de las funciones biológicas y sexuales, mientras que para otros debe estar orientada a las interacciones sociales entre los sexos y a aquello que se considera una conducta apropiada. Es bastante poco realista esperar que los centros de enseñanza sean en gran medida responsables de la reducción de la tasa de embarazos no deseados, o de la reducción de la propagación de las enfermedades de transmisión sexual.

Sin embargo, los centros de enseñanza desempeñan ciertamente un papel de primera importancia en la promoción de la salud sexual. Existe cierta evidencia de que es posible alcanzar determinados resultados relacionados con la salud, p.e. una reducción de los embarazos no deseados y de las enfermedades de transmisión sexual^{45,49}. Estos programas son excepcionales en el sentido de que disponen de recursos importantes, tienen una duración de varios años y suponen un desarrollo profesional considerable de los profesores, si bien no es fácil reproducirlos en la mayoría de los centros de enseñanza.



Los jóvenes tienen derecho a saber sobre su desarrollo sexual y sobre cómo desarrolla y expresa sus normas sexuales la sociedad. Las intervenciones de promoción de la salud con una fuerte orientación educativa (objetivos cognitivos y sociales en relación con la sexualidad) alcanzan sus objetivos con eficacia si:

- ▶ Los programas son dirigidos por personal sensible y bien formado
- ▶ Los estudiantes tienen oportunidades de hablar y discutir sobre sus sentimientos y opiniones dentro de la comunidad escolar y en casa
- ▶ El contenido y los temas se plantean a las edades y al nivel de madurez oportuno
- ▶ Cuando los programas están dirigidos a los aspectos positivos de la sexualidad^{10,50}

Drogas

El volumen más amplio de investigación sobre las intervenciones basadas en los centros de enseñanza se refiere a los programas que abordan el consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas. Existe evidencia sólida de que la primera experiencia con las drogas varía según la droga específica consumida, y de que la iniciación temprana en el consumo de drogas está estrechamente relacionada con un problema posterior de consumo. En consecuencia, la orientación de muchas intervenciones en los centros de enseñanza ha consistido en prevenir o en retrasar la experimentación con las drogas y su iniciación⁴⁷. La mayoría de los estudios se concentran en los adolescentes, y en el alcohol y el tabaco en particular, informando por lo general sobre cuatro factores – conocimiento, actitudes, intenciones y consumo⁵¹.

Cuatro factores clave caracterizan los programas eficaces de promoción de la salud en esta área, a saber:

- ▶ Diseño sólido y riguroso basado en una teoría adecuada
- ▶ Una *orientación al desarrollo* de habilidades (genéricas, p.e. habilidades de comunicación; y específicas, p.e. habilidades para rechazar la droga)
- ▶ Sesiones de seguimiento
- ▶ Asignación de un tiempo considerable en el plan de *estudios*

Otras estrategias que son altamente eficaces en un programa integrado de promoción de la salud escolar sobre las drogas son las siguientes:

- ▶ Interacciones y colaboraciones con la comunidad
- ▶ Seguimiento estricto del diseño del programa por parte de los responsables de su implantación
- ▶ Políticas y prácticas de apoyo y refuerzo en el escenario escolar

Las intervenciones de promoción de la salud bien diseñadas e implantadas en el campo de las drogas alcanzarán sus objetivos educativos, (p.e. conocimiento, concienciación, adquisición de habilidades, si bien, por lo general, apenas si tendrán un efecto modesto en objetivos conductuales),

retrasando la mayoría de las veces el comienzo del consumo por parte de los no consumidores, y obteniendo una reducción a corto plazo en algunos consumidores⁵²⁻⁵⁵.

El Impacto Social

En la Declaración Universal de Derechos del Niño⁵⁶ se ha reconocido el derecho de los niños y los adolescentes a adquirir conocimientos y habilidades para la salud. En el desarrollo social de los jóvenes influyen sus oportunidades educativas, su estado de salud, su entorno familiar y la comunidad donde viven⁵⁴. Todos estos aspectos están interrelacionados y, como tales, crean una alianza fundamental eficaz que permite dotar a los jóvenes de habilidades y oportunidades que les permitan llevar una vida productiva y satisfactoria.

Los países tienen la responsabilidad de establecer servicios que faciliten el logro de los resultados educativos. El nivel de escolarización alcanzado, al igual que la sofisticación de los entornos de enseñanza y aprendizaje en los centros de enseñanza, que configuran la adquisición de conocimiento y habilidades, son indicadores decisivos del estado de salud presente y futuro de una persona joven^{55,57-60}.

Si estas condiciones no se reúnen, entonces sobrevendrán consecuencias sociales considerables, que se manifestarán en que los jóvenes no alcancen su potencial físico y mental en la vida, con las dificultades asociadas de ajuste, problemas de salud, responsabilidades sociales, productividad económica y trabajo². Se espera con frecuencia que la sociedad cuide de las personas y establezca sistemas sofisticados de asistencia social, si bien muchos de los resultados podrían, en el peor de los casos, haber sido reducidos y, en el mejor, haber sido evitados.

Considerada en su conjunto, la evidencia que mencionamos en este capítulo indica que las actividades de promoción de la salud escolar bien planificadas y establecidas realizarán una aportación considerable a la reducción de problemas sociales innecesarios ahora y en el futuro^{7,10,61}. Esto es así especialmente si dichos programas se sustentan y apoyan la tarea básica de los centros de enseñanza, y si están bien conectados con los padres y la comunidad local.

El Impacto Económico

Es evidente que la prevención de los problemas de salud redundará en beneficios sociales y económicos. Las intervenciones escolares dirigidas a la reducción de las pautas de conducta que aumentan el riesgo de contraer una enfermedad constituyen un vehículo obvio de intervenciones rentables^{56,61,62,63}.

Sin embargo, existen muy pocos estudios que hayan tratado de evaluar la rentabilidad de las intervenciones de promoción de la salud escolar. Los autores de uno de los pocos estudios en este campo son Rothman et al.. Este trabajo analizó programas ejemplares de promoción de la salud escolar en tres áreas: consumo de tabaco, abuso de sustancias que crean adicción y educación sexual⁶².

Este estudio examinó los ratios de costes y la eficacia de estudios ejemplares (es decir, cuándo había sido demostrado un cambio positivo, cuándo habían existido medidas longitudinales, cuándo había tenido lugar un estudio controlado y cuándo se habían presentado resultados conductuales como tasas de prevalencia), calculando los beneficios directos e indirectos (morbilidad y mortalidad evitada). Este trabajo único llegó a la conclusión de que el ratio de beneficios relativos al coste de un programa de calidad de promoción de la salud escolar de amplio alcance era de 26,5 para el

consumo de tabaco, de 5,7 para el consumo de sustancias que crean adicción y de 5,1 para la conducta sexual, respectivamente. Además, se aduce que el coste de las intervenciones de promoción de la salud escolar ejemplares y de amplio alcance (basadas esencialmente en escuelas promotoras de salud) era de 13,8. Estos datos se compararon con otras intervenciones de promoción de la salud en la comunidad, los centros de enseñanza y otros escenarios. Aquí, el ratio de coste-beneficio era de 14,0 para la vacunación contra el sarampión, paperas y rubéola, de 11,1 para la vacunación contra la tos ferina, de 2,7 para el control de la presión sanguínea en los lugares de trabajo, y de 3,4 para los programas de promoción de la salud de amplio alcance en el lugar de trabajo⁶².

Actualmente, la mayoría de las intervenciones de promoción de la salud escolar no se valoran en términos de coste-eficacia, y ésta sigue siendo una ciencia inexacta.

El Impacto Político

A pesar de que las intervenciones basadas en los centros de enseñanza reciben con frecuencia apoyo político, este apoyo no siempre está dirigido a las formas más eficaces de intervención escolar. De hecho, a menudo se utiliza como medio de evitar la adopción de decisiones políticas más difíciles (por ejemplo, invertir más recursos en educación sobre el tabaco en los centros de enseñanza, en vez de prohibir la publicidad).

Con demasiada frecuencia, el centro de enseñanza se considera un lugar adecuado (a menudo, el único) para abordar (y solucionar) los problemas de salud. En consecuencia, no es de sorprender que los responsables de tomar las decisiones políticas apoyen y doten de recursos (aunque mínimamente) intervenciones de promoción de la salud a corto plazo en los centros de enseñanza que tienen pocas posibilidades de alcanzar sus objetivos.

Debemos recordar a aquellos que tienen intereses políticos en los sistemas tanto educativo como de salud, los fines educativos de los programas de salud en los centros de enseñanza. También debemos proporcionarles evidencia que permita que sus departamentos realicen una planificación más estratégica y durante un calendario más prolongado, de tal manera que las intervenciones de promoción de la salud escolar estén integradas en los programas escolares, y cuenten con el apoyo de recursos e iniciativas de desarrollo profesional adecuados. Esto se logrará con mayor eficacia si los sectores sanitario y educativo colaboran estrechamente, y si consideran la salud como un recurso para la vida, en lugar de cómo un problema a solucionar. Existe evidencia de que en algunos países europeos esta colaboración está en alza, especialmente en torno al Programa de Escuelas Promotoras de Salud de la OMS, del cual sirven de ejemplo la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud y los 38 países participantes⁶⁴.

Notas Finales

Los centros de enseñanza son lugares donde las intervenciones de promoción de la salud son rentables. La eficacia y sostenibilidad de las intervenciones de salud escolares se rige por la estrecha relación que existe entre las intervenciones de promoción de la salud y la tarea esencial de los centros de enseñanza en el desarrollo de las habilidades educativas y la base de conocimiento de los jóvenes. En este contexto, los programas deberían estar orientados principalmente a resultados cognitivos y sociales, y no exclusivamente al logro de resultados conductuales específicos. No se puede esperar que los centros de enseñanza solucionen los problemas de salud y sociales aisladamente, sin tener en cuenta otras formas de actuación de salud pública.

La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud desarrolla su actividad en 38 países europeos. Esta red tiene un potencial importante como vehículo de difusión de un modelo de amplio alcance de promoción de la salud por medio de los centros de enseñanza, teniendo grandes probabilidades de alcanzar y sostener los beneficios de salud, sociales y políticos arriba descritos.

Referencias

- 1 World Bank (1993) *Investing in Health*. Oxford University Press; New York.
- 2 World Health Organisation (1996) *The Status of School Health*. WHO: Geneva.
- 3 Devaney, B., Schochet, P., Thornton, C., Fasciano, N., Gavin, A. (1993) *Evaluating the Effects of School Health Interventions on School Performance: Design Report*. Princeton, Nj. Mathematica Policy Research, Inc.
- 4 Symons, C., Cincelli, B., James, T.C. and Groff, P. (1997) 'Bridging Student Health Risks and Academic Achievement Through Comprehensive School Health Programs.' *Journal of School Health*. 67: 6, 220-227.
- 5 Lavin, A. T., Shapiro, G. R., and Weili, K. S. (1992) 'Creating an agenda for school-based health promotion: a review of 25 selected reports.' *Journal of School Health*. 62 : 6, 212-229.
- 6 Connell, D., Turner, R. R., and Mason, E. F. (1985) 'Summary of Findings of the School Health Education Evaluation: Health Promotion Effectiveness, Implementation and Costs.' *Journal of School Health*. 55 : 8, 316-321.
- 7 World Health Organisation (1996) *Research to Improve Implementation and Effectiveness of School Health Programmes*. VMO: Geneva.
- 8 Kolbe, L. (1993) 'An essential strategy to improve the health and education of Americans.' *Preventive Medicine*. 22: 4, 544-560.
- 9 Allensworth, D. (1993) 'Health Education : State of the Art.' *Journal of School Health*. 63 : 1, 14-20.
- 10 National Health and Medical Research Council (1996) *Effective School Health Promotion*. AGPS: Canberra.
- 11 Nutbeam, D. (1992) 'The health promoting school: closing the gap between theory and practice.' *Health Promotion International*. 7 : 3, 151-153.
- 12 St Leger, L. (1998) 'Australian Teachers' Understandings of the Health Promoting School Concept and the Implications for the Development of School Health.' *Health Promotion International*. 13 : 3, 223-235.
- 13 Burgher, M. Bankow Rasmussen, J. and Rivett, D. (1999) *The European Network of Health Promoting Schools - the alliance of health and education*. Council of Europe, WHO (Euro), European Commission; Copenhagen.
- 14 Allensworth, D. (1995) 'The Comprehensive School Health Programme: Essential Elements.' *Feeder paper to the WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. VMO: Geneva.
- 15 Collins, J. L., Smali, M. L., Kann, L., Pateman, B. C., Gold, R. S., and Kolbe, L. J. (1995) 'School health education.' *Journal of School Health*. 65 : 8, 302-311.
- 16 St Leger, L. (1997) 'The Education and Training Framework for Health Promoting Environments.' *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 21 : 4, 420-424.
- 17 Peters, L. and Paulussen, T. (1994) *School Health: A Review of the Effectiveness of Health Education and Health Promotion*. Dutch Centre for Health Promotion: Utrecht.
- 18 Went, S. (ed) (1992) *A Healthy Start - Holistic Approaches to Health Promotion in School Communities*. Monash University: Melbourne.
- 19 Nutbeam, D. (1992) 'The health promoting school: closing the gap between theory and practice.' *Health Promotion International*. 7 : 3, 151-153.
- 20 St Leger, L. (1999) 'The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health - a review of the claims and evidence.' *Health Education Research : Theory and Practice*. 14:1, 51-69.
- 21 Samdal, O., Nutbeam, D., Wold, B., and Kannas, L. (1998) 'Achieving Health and Educational Goals Through Schools - A Study of the Importance of the School Climate and the Students Satisfaction With School.' *Health Education Research*. 13 : 3, 383-397.
- 22 Northfield, J., St Leger, L., Marshall, B., Sheehan, M., Maher, S., and Carlisle, R. (1998) *School Based Health Promotion Across Australia: Background Briefing Report No 1*. Commonwealth Department of Health and Family Services and the Australian Health Promoting Schools Association, Sydney.
- 23 Brellachs, C. (1995) *Ingredients for Success. Comprehensive School-based Health Centers*. School Health Policy Initiative: New York.

-
- 24 Hawkins, D. J. and Catalano, R. E (1990) 'Broadening the Vision of Education- Schools as Health Promoting Environments.' *Journal of School Health*. 60 : 4, 178-181.
- 25 Nutbeam, D., Smith, C., Moore, L., and Bauman, A. (1993) 'Warning! Schools can damage your health: Alienation from school and its impact on health behaviour.' *Journal of Paediatrics and Child Health*. 29 : Suppl. 1, S25-S30.
- 26 Maes, L. and Lievens, J. (1999) 'Adolescent smoking behaviour and the school : a multilevel analysis' in Tudor-Smith C. ed. Working together for better health : tackling tobacco. *Health Promotion*. Wales; Cardiff.
- 27 Collins, J. L., Small, M. L., Kann, L., Pateman, B. C., Gold, R. S., and Kolbe, L. J. (1995) 'School health education.' *Journal of School Health*. 65 : 8, 302-311.
- 28 World Health Organisation (1996) *Research to Improving School Health Programmes: Barriers and Strategies*. WHO: Geneva.
- 29 Stears, D., Holland, J. and Parsons, C. (1998) *Investment opportunities for health promotion in schools in Wales : A valuation of assets*. Health Promotion Wales; Cardiff.
- 30 Resnick, M.D., Harris, L.J. and Blum, R.W. (1993) The Impact of Caring and Connectedness on Adolescent Health and Well Being.' *Journal of Paediatrics and Child Health*. 29, 3-9.
- 31 Perry, C., Luepker, R. V., Murray, D. M., Hearn, M. D., Halper, A., Dudovitz, B., Maile, M. C., and Smyth, M. (1989) 'Parental involvement with children's health promotion: A one-year-follow-up of the Minnesota Home Team.' *Health Education Quarterly*. 16 : 2, 171-180.
- 32 Kalnins, I. H., C., Ballantyne, P., Quataro, G., Love, R., Sturis, G. and Pollack, P. (1994) 'School based Community Development as a Health Promotion Strategy for children.' *Health Promotion International*. 9 : 4, 269-279.
- 33 Cohen, S. (ed) (1995) *Background working document 3 to the Committee Working Paper - WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion: Research to Improve Implementation and Effectiveness of School Health*. Health and Human Development Programs: USA.
- 34 Kolbe, L. (1993) 'An essential strategy to improve the health and education of Americans.' *Preventive Medicine*. 22 : 4, 544-560.
- 35 Coates, T.J., Jeffrey, R.W., and Slinkard, L.A. (1981) Heart Healthy Eating: Introducing and Maintaining Changes in Health Behaviours.' *American Journal of Public Health*. 71 : 1, 15-23.
- 36 Gans, K.M. et al. (1990) Heart Healthy Cook-Offs in Home Economics Classes: An Evaluation with junior High School Students. *Journal of School Health*. 60 : 3, 99-102
- 37 Kuntzleman, C. T. and Drake, D.A. (1985) 'Feelin' Good: Youth Fitness.' Technical Report submitted to WK Kellogg, Foundation Spring Arbor, Michigan.
- 38 King, A.C. (1988) Promoting Dietary Change in Adolescents: A School Based Approach for Modifying and Maintaining Healthful Behaviour. *American Journal of Preventive Medicine*. 4 : 2, 68-73
- 39 Williams, P. and Plotnikoff, R. (1995) The Kurri Kurri Public School Healthy Heartbeat Project. *Health Promotion Journal of Australia*. 5 : 1, 35-49
- 40 Vartiainen, E., Tossavainen, K., Viri, K., Niskanen, E., and Puska, P. (1991) 'The North Karelia Youth Programs.' in D. Nutbeam, B. Haglund, P. Farley, and P. Tillgren (eds), *Youth Health Promotion: From Theory to Practice in School and Community*. Forbes Publications: London.
- 41 Bowker, S., Crosswaite, C., Hickman, M., McGuffin, S. and Tudor-Smith, C. (1998) 'The healthy option - a review of activity on food and nutrition by U.K. schools involved in the European Network for Health Promoting Schools' *Health Education*. 4 : pp.135-141.
- 42 Hechinger, E.M. (1992) *Fateful Choices: Healthy Youth for the 21st Century*. New York, NY. Carnegie Corporation of New York.
- 43 Perry, C.L., Hearn, M.D., Kelder, S.H. and Klepp, K.I. The Minnesota Heart Health Program Youth Program (1991) in D. Nutbeam, B. Haglund, P. Farley, and P. Tillgren (eds), *Youth Health Promotion: From Theory to Practice in School and Community*. Forbes Publications: London.
- 44 Killen, J.D. et al. (1988) 'Cardiovascular Disease Risk Reduction for 10th Graders'. *Journal of The American Medical Association*. 260 : 12, 1728-1733
- 45 Kirby, D., Barht, R.P, Leland, N. and Fetro, J.V. (1991) *Reducing the Risk: Impact of a New Curriculum on Sexual Risk Taking*. Family Planning Perspective 23 : 6, 253-263
- 46 Vandogen, R., Jenner, D.A., Thompson, C. et al. (1995) 'A Controlled Evaluation of a Fitness and Nutrition Intervention Program on Cardiovascular Health in 10 to 12 Year Old Children.' *Preventive Medicine*. 24, 9-22
-

-
- 47 Dwyer, T., Coonan, W.E., Leitch, D.R., Hetzel, B.S. and Baghurst, R.A. (1983) 'An Investigation of the Effects of Daily Physical Activity on the Health of Primary School Children in South Australia.' *International Journal of Epidemiology*. 12, 308-313
- 48 Shephard, R.J., Lavalley, H. (1994) 'Changes of Physical Performance as Indicators of the Response to Enhanced Physical Education.' *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. 34 : 4, 323-335.
- 49 Howard, M. and McCabe, J.B. (1990) *Helping Teenagers Postpone Sexual Involvement Family Planning Perspective*. 22 : 1, 21-26.
- 50 Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., Miller, B., Sonenstein, F., and Zabin, L. (1994) 'School based programs to reduce sexual risk behaviours: a review of effectiveness.' *Public Health Reports*. 109 : 3, 339-359.
- 51 White, D. and Pitts, M. (1993) 'Educating Young People About Drugs: A Systematic Review' *Addiction*. 93 : 10, 1475-1487.
- 52 Schaps, E., Moskowitz, J.M., Mlavin, J.H. and Schaeffer, G.A. (1986) 'Evaluation of Seven School Based Programs: A Final Report on the NAPA Project.' *International Journal of Addictions*. 21, 1081-1112.
- 53 O'Donnelli, J., Hawkins, J.D., Catalano, R., Abbott, R.D. and Day, L.E. (1995) Preventing School Failure, Drug Abuse, and Delinquency Among Low Income Children - Long Term Intervention in Elementary Schools. *American Journal of Orthopsychiatry*. 65, 87-100.
- 54 Snow, D.L., Kraemer-Tebes, J., Arthur, M.W. and Tapasak, R.C. (1992) 'Two Year Follow Up of a Social Cognitive Intervention to Prevent Substance Use' *Journal of Drug Education*. 22, 101-114.
- 55 Hanewinkel, R. and Asshauer, M. (1999) 'Smoking prevention in primary schools : effects of a smoking prevention program in primary schools' in Tudor-Smith, C. (ed) *Working together for better health: tackling tobacco*. Health Promotion Wales; Cardiff.
- 56 Grant, J.P. (1995) *The State of the World's Children 1995*. New York. Oxford University Press for UNICEF.
- 57 Ennew, J. and Milne, B. (eds) (1989) *The Next Generation: Lives of Third World Children*. Zed books. London
- 58 WHO/UNESCO/UNICEF (1992) 'Comprehensive School Health Education: Suggested Guidelines for Education' *Hygie*. 11 - 3, 8-15.
- 59 Australian Bureau of Statistics (1995) *West Australian Child Health Survey: Developing Health and Well Being in the Nineties*. Commonwealth of Australia. Canberra
- 60 Better Health Commission (1986) *Looking forward to Better Health*. AGPS: Canberra.
- 61 The World Bank (1993) *World Development Report 1993*. Oxford University Press, New York.
- 62 Rothman, M., Ehreth, J., Palmer, C., Collins, J., Reblando, J., and Luce, B. (1994) *The potential benefits and costs of a comprehensive school health education program - Draft report*.
- 63 Jamison, D.T. and Leslie, J. (1990) 'Health and Nutrition Considerations in Planning. 2. The Cost and Effectiveness of School Based Interventions'. *Food Nutrition Bulletin*. 12 : 3, 204-214.
- 64 McDonald, H. and Ziglio, E. (1994) 'European schools in a changing environment- Health promotion opportunities not to be lost.' in C. M. Chu and R. Simpson. (eds), *Ecological Public Health: from Vision to Practice*. Griffith University: Brisbane.

Capítulo Once

Escenarios 3

El tema: Promoción de la salud en el sector de atención sanitaria

El autor: Martín Mckee, profesor de Salud Pública Europea en la London School of Hygiene and Tropical Medicine, y Director de Investigación del Observatorio Europeo de Sistemas de Atención Sanitaria

El objeto: En el debate sobre como proporcionar mejores sistemas sanitarios, algunos son partidarios de atribuir una enorme responsabilidad al sector de atención sanitaria en la transmisión de los mensajes de promoción de la salud. Sin embargo, aquí, el autor aduce lo siguiente:

- 1 Salvo unas cuantas excepciones, la evidencia de la eficacia de la promoción de la salud en el sector de atención sanitaria sigue siendo limitada
- 2 El sector de atención sanitaria no puede por sí solo introducir grandes cambios en las conductas orientadas a la salud, dependiendo los cambios de una actuación coordinada a lo largo de una serie de sectores
- 3 No obstante, aquellos que trabajan en el sector de atención sanitaria pueden desempeñar un papel importante en la promoción de la salud, ya sea ofreciendo ejemplos de qué se puede hacer para conseguir un entorno saludable, utilizando su autoridad para actuar en calidad de defensores de políticas públicas saludables, o como fuente de asesoramiento sobre conductas saludables a la persona
- 4 El asesoramiento breve ofrecido por los médicos individualmente es un medio rentable de ayudar a las personas a dejar de fumar y a reducir el problema de la bebida
- 5 Es probable que una mayor orientación a una atención sanitaria basada en evidencia conduzca a un mayor énfasis en la promoción de la salud como medio de reducir la carga de enfermedad evitable

El Profesor McKee ha trabajado en la London School desde 1987 dirigiendo un importante programa de investigación centrado en la salud y la atención sanitaria en Europa Central y Oriental y la antigua Unión Soviética. También es editor jefe del European Journal of Public Health.

Promoción de la Salud – un nuevo elemento decisivo en el Sector de Atención Sanitaria

Este capítulo examina el impacto potencial de las actividades de promoción de la salud en el escenario de la atención sanitaria. Existe evidencia considerable de que las intervenciones breves

destinadas a fomentar el abandono del tabaco y a abordar el problema de la bebida son eficaces. Sin embargo, por lo que se refiere a la mayor parte de las demás intervenciones, esta evidencia no existe o es poco concluyente.

Se ha demostrado que el asesoramiento destinado al abandono del tabaco es mucho más rentable que las intervenciones terapéuticas que tienen por objeto abordar factores de riesgo importantes.

Los escenarios de atención sanitaria pueden llegar a ser entornos saludables y esto favorece una actitud vital de la promoción de la salud. Los profesionales de atención sanitaria pueden contribuir al desarrollo de la comunidad o jugar un papel de abogacía en los medios de comunicación. El sector de atención sanitaria puede asimismo promover la salud en virtud de su papel de gran empresario.



Las intervenciones de promoción de la salud en el sector de atención sanitaria debieran formar parte de estrategias más amplias dado que, por sí mismas, tienen potencial para incrementar las desigualdades en salud dado que sus beneficiarios principales son las personas que ya disfrutan de ventajas.

El impacto político prioritario de este enfoque reside en que, a efectos de su eficacia máxima, deben existir estructuras y procesos que apoyen la comunicación entre los que practican la promoción de la salud y aquellos que practican la atención sanitaria. Si bien esto aporta otros beneficios, como medio de promover una atención sanitaria basada en evidencia, supone asimismo un cuestionamiento de la autonomía tradicional de la profesión médica.

Este capítulo abarca las actividades que realizan los médicos, la enfermería y otros profesionales sanitarios con el fin de promover estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad. Examina la prevención tanto primaria como secundaria. La prevención primaria incluye las intervenciones dirigidas a las personas sanas con vistas a reducir el riesgo de que desarrollen una enfermedad. La prevención secundaria está dirigida a aquellos que ya muestran evidencia de enfermedad, como las personas hipertensas o que padecen un cáncer precoz, con la intención de prevenir la muerte o una enfermedad más grave. También examinamos aquí, brevemente, la evidencia de que el sector de atención sanitaria y los profesionales de atención sanitaria pueden representar un papel más amplio en la acción comunitaria destinada a abordar los determinantes de la salud.

A pesar de que no lo tratemos aquí, es importante reconocer que actualmente existe evidencia creciente de que, al menos desde los setenta, las intervenciones terapéuticas en los países industrializados desempeñan un papel importante en la promoción de la salud y la reducción de la muerte prematura. Esta evidencia es revisada en detalle en otro documento¹, pero basta con apuntar que es contraria a la opinión ampliamente generalizada de que el tratamiento contribuye poco a la pauta global de mortalidad de una población, siendo ésta una opinión basada en evidencia que data en su mayoría del período transcurrido entre mediados del siglo XIX y los sesenta².

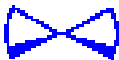
La evidencia citada se limita casi en su mayoría a hallazgos de investigación reunidos de manera sistemática y crítica. Una fuente clave es la US Preventive Services Task Force Guide to Clinical Preventive Services³. Se añadieron también búsquedas realizadas en bases de datos ampliamente utilizadas, como Medline⁴, Cochrane Library⁵ y el UK National Health Service Centre for Reviews and Dissemination⁶.

El Impacto Sanitario

Prevención primaria

Tabaco


Los profesionales sanitarios pueden desempeñar un papel importante en la promoción del abandono del tabaco. Una amplia revisión de la investigación llevada a cabo sobre la atención primaria llegó a la conclusión de que por cada 37 pacientes a quienes un médico aconseje brevemente que dejen de fumar, dejará el tabaco uno más que si este consejo no hubiese sido impartido⁷. Se obtiene un éxito aún mayor entre aquellos que corren un riesgo más elevado de padecer enfermedades relacionadas con el tabaco, potenciándose aún más el efecto cuando se ofrece una cita de seguimiento para supervisar el progreso.

Por lo que se sabe de los numerosos beneficios del abandono del tabaco, se puede esperar que produzcan efectos beneficiosos importantes para la salud, a pesar de que otros muchos factores que intervienen dificultan la medición de cualquier efecto de este tipo. El único estudio que ha examinado esta cuestión ha llegado a la conclusión de que a lo largo de un período de 20 años, aquellos que recibieron asesoramiento para abandonar el tabaco tenían un 7% menos de probabilidad de morir por cualquier causa, un 13% menos probabilidad de morir de ECC (Enfermedad Cardíaca Coronaria) y un 11% menos de probabilidad de morir de  cáncer de pulmón⁸. Sin embargo, estas diferencias no eran significativas desde el punto de vista estadístico, lo que refleja el escaso número de sujetos implicados.

Otra revisión examinó específicamente la eficacia de los programas de abandono del tabaco dirigidos a las mujeres embarazadas⁹. Se incluyeron once ensayos, ocho de las cuales implicaron asesoramiento personal. Todos incluyeron material de apoyo. Dos incluyeron visitas de seguimiento. Las mujeres que recibieron asesoramiento tenían al menos el doble de oportunidades de dejar de fumar en comparación con aquellas que no lo habían recibido. Cuatro de los estudios examinaron igualmente el efecto en el resultado de los nacimientos, encontrando, como era de esperar, que las mayores tasas de abandono del tabaco estaban asociadas a un menor riesgo de bajo peso al nacer. Se puede esperar una reducción del riesgo de resultados obstétricos adversos.

Alcohol

Además del tabaco, los investigadores han examinado la eficacia de las intervenciones breves promotoras de un consumo razonable de alcohol. Una revisión de amplio alcance incluyó once ensayos de intervención breves dirigidas a personas con problemas de bebida llevados a cabo por una variedad de profesionales sanitarios¹⁰. Estas intervenciones breves incluyeron valoración y educación de los pacientes, asesoramiento, fijación de objetivos y supervisión de los niveles de enzimas.

Cinco de diez estudios que incluyeron varones mostraron descensos del consumo de alcohol considerablemente inferiores en los grupos de intervención en comparación con los controles. De cuatro estudios que incluyeron mujeres, en solamente uno se produjo una reducción significativa en el consumo tanto de bebida como en los niveles de enzimas. Los autores llegaron a la conclusión de que la evidencia apoyaba el uso de intervenciones breves en pacientes con problemas de bebida, pero observaron la necesidad de investigación adicional para identificar qué sujetos tenían más probabilidades de beneficiarse de intervenciones de intensidad óptima, así como cuál era la eficacia de las intervenciones dirigidas a las mujeres. 

Foxcroft et al. revisaron una serie de intervenciones destinadas a prevenir el comienzo del consumo de alcohol o a minimizar los daños que produce entre los jóvenes, pero encontraron que la calidad metodológica de la mayoría de los estudios era pobre, y que no se podía llegar a la conclusión de que alguna de las intervenciones era eficaz¹¹.

Ejercicio

El US Preventive Task Force recomienda que los profesionales sanitarios alienten a los pacientes a que hagan ejercicio, solo por la evidencia de los beneficios del ejercicio³. Ellos observan que la eficacia del asesoramiento médico en la promoción del ejercicio no está establecida.

Nutrición

Si bien existe amplia evidencia de la eficacia de un cambio en la dieta destinado a limitar el consumo de grasas y a aumentar la ingesta de fibra, fruta y verdura, el US Preventive Task Force llegó a la conclusión de que no existe evidencia suficiente para recomendar que los médicos ofrezcan asesoramiento nutricional, en comparación con los dietistas o las intervenciones comunitarias. Proponen que el personal clínico que carezca de tiempo o de las habilidades para elaborar una historia dietética completa, abordar las barreras al cambio y ofrecer orientación específica en materia de planificación de comidas, selección y preparación de alimentos, remita a los pacientes a alguien que pueda hacerlo³.

Lesiones accidentales

Una revisión reunió 18 estudios de intervenciones que tenían por objeto reducir la incidencia de las caídas en la tercera edad¹². Nueve de ellos incluían una visita de valoración seguida de una intervención orientada a una serie de factores de riesgo, mientras que cinco ofrecían datos que permitían una utilización consolidada. El énfasis puesto en distintos factores de riesgo, personales o del entorno, variaba considerablemente. Un estudio encontró que este tipo de intervención aumentaba en realidad las caídas, ya que era posible que al alentar a las personas mayores a hacer más ejercicio, las colocasen en situaciones de mayor riesgo¹³. Sin embargo, todos los estudios combinados sugieren que la valoración de las personas mayores por parte de profesionales sanitarios formados para identificar factores de riesgo intrínsecos y del entorno está asociada a aproximadamente un 20% de reducción del riesgo de caídas.

El US Preventive Task Force apuntó que existe evidencia suficiente para recomendar el asesoramiento sobre el uso del cinturón de seguridad y los asientos de seguridad para niños en los coches, y para informar a los padres sobre medidas que les permitan reducir el riesgo de lesiones domiciliarias no intencionales³. ▶ *Véase Desafíos 2, Cap. 8.*

Odontología

Kay y Locker revisaron la evidencia de la eficacia de una serie de intervenciones educativas para la salud odontológica¹⁴. Los 14 estudios relativos a la educación para la salud odontológica reflejaron un efecto positivo en el conocimiento y las actitudes. Quince estudios de intervenciones destinadas a reducir la placa y mejorar la salud gingival indicaron un efecto con frecuencia beneficioso, pero habitualmente de poca duración. Las intervenciones que tenían por objeto reducir las caries no exhibieron efecto alguno, mientras que aquellas destinadas a modificar la dieta no fueron concluyentes.

Prevención secundaria

Screening

La realización de *screening* con el fin de detectar factores de riesgo o una enfermedad precoz se justifica solamente si se reúnen determinados criterios, que incluyen la existencia de un test de screening adecuado que sea aceptable para aquellos a quienes esté destinado el programa, un estadio latente o sintomático precoz de la dolencia y disponibilidad de un tratamiento eficaz¹⁵.

Como ejemplos de dolencias en las cuales el *screening* ha demostrado ser eficaz, podemos citar el cáncer de mama realizando una mamografía en las mujeres de más de 50 años¹⁶, el cáncer de cuello de útero realizando frotis cervicales¹⁷ y el cáncer colorrectal realizando pruebas de sangre oculta en heces¹⁸. El *screening* en las mujeres menores de 50 años realizando una mamografía sigue siendo discutible¹⁹.

Sin embargo, ofrecer un screening no es demasiado sencillo. Se alcanzará la eficacia máxima solamente si este método se utiliza como programa gestionado, garantizando la consecución de una alta aceptación, que la calidad del proceso se pueda supervisar continuamente y que a los detectados se les ofrezcan intervenciones eficaces²⁰.



Asma

En una revisión de 22 ensayos, Gibson et al. encontraron que un modelo mejorado de autogestión, que incluía autosupervisión en asociación con un plan escrito y autoajuste de la medicación, era eficaz y ofrecía una reducción del 40-50% de la hospitalización, las visitas no concertadas al médico, los días de no asistencia al trabajo o al centro de enseñanza y el asma nocturna²¹.

Intervenciones relativas a múltiples factores de riesgo

Ebrahim y Dave Smith revisaron la evidencia de nueve ensayos, que incluían a 903.000 sujetos, destinados a reducir el riesgo de ECC abordando más de una de seis posibles intervenciones²² – abandono del tabaco, ejercicio, asesoramiento dietético, control de peso, medicamentos antihipertensivos y medicamentos reductores del colesterol. Cuando los resultados de los estudios se consolidaron, el impacto en la mortalidad por ECC total no demostró ser significativo. Los autores llegaron a la conclusión que la implantación de intervenciones que utilizan métodos estándar de educación para la salud tenían eficacia limitada, siendo posible que la promoción de la salud saliese más beneficiada con la aplicación de medidas fiscales y legislativas.

Cómo crear entornos saludables

La creación de entornos saludables en el sector de la atención sanitaria es la base del proyecto de 'Hospitales Promotores de la Salud' de la Organización Mundial de la Salud. Éste es un medio de aumentar la participación de los pacientes y otras personas ajenas al hospital en las actividades de promoción de la salud, mejorando la comunicación y, en general, reorientando los hospitales hacia la promoción de la salud, con un énfasis en el aprendizaje basado en la experiencia²³. Pese a que existe poca evidencia empírica que se pueda medir del impacto sanitario de dichas políticas, el mensaje que se transmite puede probablemente reforzar el carácter de la promoción de la salud y facilitar la introducción de intervenciones específicas.

Muchas personas entran en contacto con las instalaciones de atención sanitaria, ya sea en calidad de pacientes o de personal sanitario, lo que ofrece una importante oportunidad para que



el sector de atención sanitaria demuestre que apoya las políticas promotoras de salud. Estas políticas incluyen la prohibición de fumar – lo cual indica con claridad cuán importante es reducir el impacto en la salud del humo ambiental del tabaco²⁴, y la oferta de aparcamientos para bicicletas, gimnasios y duchas – demostrando así que se apoya la práctica del ejercicio. Deben asimismo garantizar que las instalaciones de comedor ofrezcan opciones dietéticas sanas²⁵.

Por el contrario, el mensaje implícito que se transmite cuando no se prohíbe fumar o no se promueven opciones de alimentación sana, es que la promoción de la salud no se toma en serio. En tales escenarios, es posible que el conflicto obvio entre el consejo que se imparte a los pacientes y la cultura de la organización dificulte el cambio conductual.

Acción comunitaria

Los profesionales de atención sanitaria pueden jugar un papel en la movilización de las comunidades para la promoción de la salud, basándose en su conocimiento de los determinantes de la salud y en su poder como formadores de opinión. Su papel es doble: el primero es la movilización de las comunidades locales para crear entornos saludables. El proyecto de ‘Ciudades Saludables’ de la OMS ofrece muchos ejemplos²⁶.

El segundo papel es la abogacía en los medios de comunicación donde los profesionales de la atención sanitaria aportan su experiencia supervisando y respondiendo a los mensajes equívocos de los intereses creados, como los de la industria tabaquera. A esto se añade que apoyan la difusión de los mensajes sanitarios. En algunos países, la profesión médica ha desempeñado un papel importante al llamar la atención sobre los efectos del tabaco en la salud²⁷. Chapman y Lupton muestran cómo los profesionales sanitarios han triunfado en una amplia gama de temas por medio de una actuación coordinada e informada²⁸.

Desigualdades en salud

Es probable que las intervenciones antes analizadas ejerzan un impacto importante en las desigualdades en salud. Irónicamente, esto se debe a que aquellas intervenciones que tienen lugar a través del sector de atención sanitaria pueden beneficiar sobre todo a personas de por sí ya relativamente más favorecidas. Por ejemplo, una revisión de las iniciativas destinadas a reducir los accidentes entre los niños encontró que éstas eran menos acertadas entre las clases sociales más bajas²⁹. En la eficacia de las intervenciones basadas en material escrito influyen los diferentes niveles de alfabetización³⁰.

En particular, en algunos países, existe la preocupación de que las poblaciones compuestas por minorías étnicas, que puedan tener factores de riesgo específicos, resulten aún más desfavorecidas³¹. Esto se acentúa en aquellas comunidades donde los trabajadores emigrantes y los inmigrantes ilegales están excluidos del sistema sanitario público. No está claro todavía si esta desventaja se puede superar utilizando trabajadores de atención sanitaria pertenecientes a las comunidades afectadas^{32,33}.

Por estas razones, las intervenciones en el sector de atención sanitaria debieran normalmente formar parte de un paquete más amplio. Varias revisiones han llegado a la conclusión de que las estrategias basadas en el cambio social y estructural son más eficaces que aquellas basadas en intervenciones individuales³⁴.

El sector de atención sanitaria como empresario

A pesar de que la investigación inicial era conflictiva y estaba sujeta a una controversia

metodológica, los efectos adversos del desempleo en la salud no han sido bien documentados³⁵. Un factor importante es que el mayor impacto en la salud se deriva del temor o las perspectivas de desempleo, con la inseguridad financiera que ésto conlleva³⁶.

El sector de atención sanitaria es un empresario de primer orden en los países industrializados. En algunos países, las estrategias de contención de costes aplicadas al sector de atención sanitaria durante los ochenta y los noventa tuvieron un impacto considerable en los niveles globales de desempleo. Algunos gobiernos están reconociendo ahora la contribución al empleo de la inversión en atención sanitaria. Esto se expresó en el Programa de Actuación Especial de Ámsterdam (Ámsterdam Special Action Programme), desarrollado por el Banco de Inversión Europeo, que tiene previsto invertir 10.000 millones de Ecus en proyectos de creación de empleo, incluida la atención sanitaria, entre 1997 y 2000³⁷.

El Impacto Económico

Pocos estudios facilitan la información necesaria para estimar la rentabilidad de las intervenciones de promoción de la salud³⁸. La información suele ser específica a la población, el país y el periodo de tiempo implicados, debiendo ser extrapolada a otras situaciones con precaución³⁹. Los factores que hay que tener en cuenta incluyen la incidencia de la enfermedad que se previene en la población implicada y el coste de factores como los salarios de los profesionales, los efectos de la inflación y la elección de los tipos de cambio.

Sin embargo, con precaución, es posible comparar el coste de diferentes estrategias destinadas a alcanzar un objetivo concreto. En 1997, la Agencia Americana de Política e Investigación de Atención Sanitaria examinó 15 tipos diferentes de intervenciones destinadas a promover el abandono del tabaco⁴⁰. Teniendo en cuenta todas las intervenciones, el coste medio por cada persona que había dejado de fumar era de 3.779 dólares de 1995, siendo 2.587 dólares la cifra correspondiente a los años de vida ganados. Sin embargo, los costes variaban considerablemente. Intervenciones más intensivas, como aquellas que utilizaban parches de nicotina, eran más rentables, siendo la intervención más rentable aquella en la cual se impartía asesoramiento intensivo en grupos. No obstante, solamente el 5% mostraba deseos de embarcarse en este tipo de intervención.

Un estudio español, publicado en 1998, arrojó resultados similares. En dicho estudio, se compararon una gama de intervenciones destinadas a reducir la enfermedad cardiovascular, demostrándose que el abandono del tabaco era la intervención más rentable⁴¹ (Tabla 11.1).

Tabla 11.1 Coste por año de vida ganado de las intervenciones destinadas a reducir la enfermedad cardiovascular: España, 1998

Intervención	Hombres	Mujeres
Abandono del tabaco	2.608 – 3.738\$	4.482 – 5.756\$
Tratamiento de la hipertensión moderada y severa	8.564 – 38.678\$	9.585 – 57.983\$
Tratamiento de la hipertensión leve	11.906 – 59.840\$	15.248 – 86.075\$
Tratamiento dietético	16.143 – 20.158\$	57.175 – 62.154\$
Tratamiento medicinal de la hipercolesterolemia	33.850 – 81.010\$	104.100 – 259.150\$

Fuente: Plans-Rubio, 1998

Un ensayo de intervención en hospitales de los Estados Unidos publicado en 1998, arrojó cifras comparables en relación con el abandono del tabaco⁴². Esta intervención consistía en una

sesión de asesoramiento de 20 minutos a la cabecera del enfermo, un vídeo corto, materiales de autoayuda y una o dos visitas de seguimiento. El coste por cada año de vida ganado oscilaba entre 1.691 y 7.444 dólares americanos, coste éste, que según los autores, era bastante inferior al de la mayoría de los procedimientos médicos. Además, los autores aducían que, asumiendo un escenario realista de aplicación, los costes totales de las intervenciones se reducirían considerablemente, descendiendo el coste por año de vida ganado hasta un 90%, llegando a situarse en aproximadamente 380 dólares americanos.

A pesar de que los datos comparativos de rentabilidad puedan indicar la clara superioridad de un tipo de intervención sobre otro, ésta se debiera interpretar en el contexto de poblaciones objetivo. Por ejemplo, un estudio holandés encontró que las intervenciones basadas en autoayuda parecían ser mucho más rentables que aquellas que utilizaban grupos, si bien las poblaciones atraídas por ambos tipos de intervención diferían considerablemente. Depender de un solo enfoque significaría perder a muchas personas que se hubiesen beneficiado⁴³.

Existe bastante menos evidencia sobre la rentabilidad de otras intervenciones. Nicholl et al. examinaron los costes y beneficios del ejercicio desde la perspectiva de los costes correspondientes al sector de atención sanitaria⁴⁴. Llegaron a la conclusión de que el impacto del tratamiento de las lesiones y otros efectos adversos del ejercicio suponía que los costes pesasen más que los beneficios en las personas menores de 45 años, si bien sucedía lo contrario en las personas mayores de 45 años.

Wonderling et al. revisaron la evidencia de la rentabilidad de intervenciones con factores de riesgos múltiples para prevenir la ECC⁴⁵ (Enfermedad Cardíaca Coronaria). Las evaluaciones económicas publicadas han ofrecido estimaciones muy variables del coste de la vida ganada, con un amplio rango de beneficios, que demuestran que la rentabilidad depende esencialmente del conocimiento de la duración del efecto, que es con frecuencia incompleto.

El Impacto Político

Son tres las implicaciones políticas de estos hallazgos. En primer lugar, el grado en que la promoción de la salud en el sector de atención sanitaria puede, por sí sola, ofrecer mayores mejoras de la salud es limitado. En consecuencia, una política de promoción de la salud que dependa de la reforma del sector de atención sanitaria para alcanzar sus objetivos no funcionará. La estrategia de promoción de la salud debe combinar la participación del sector sanitario con una serie de medidas fiscales y legislativas.

En segundo lugar, hay algunas intervenciones, como aquellas que tienen como fin el abandono del tabaco, dentro del sector de atención sanitaria, que pueden ser altamente rentables si forman parte de una estrategia más amplia de promoción de la salud.

En tercer lugar, si los profesionales de atención sanitaria se pueden reorientar para que se conviertan en abogados de la salud, en lugar de limitarse a formar parte de un servicio de reparación, dichos profesionales podrían llegar a convertirse en poderosos aliados de aquellos cuyo deseo es promover la salud.

Las intervenciones promotoras del abandono del tabaco constituyen un ejemplo de los desafíos que afrontamos. En muchos países, dicho asesoramiento se imparte en contadas ocasiones⁴⁶, mientras que en otros, se ve entorpecido por el alto porcentaje de médicos que fuman⁴⁷. Tenemos entonces que es esencial comprender de qué modo podríamos cambiar esta situación.

Una revisión sistemática⁴⁸ de nueve estudios llegó a la conclusión de que, si bien era más probable que personal formado lograra convencer a los fumadores para que dejaran de fumar, el beneficio adicional era relativamente escaso. La creación de un sistema en el cual se ofreciese a los

pacientes una cita por separado para fijar un plazo para dejar de fumar, además de una secuencia de citas de seguimiento relacionadas con un pago al médico, era más eficaz⁴⁹. La formación por sí sola produce un rendimiento relativamente pobre de la inversión, debiendo dirigirse los esfuerzos a cambios organizativos que faciliten esfuerzos sostenidos.

La investigación sobre la prevención secundaria plantea un tema similar. Los países que tienen establecidos programas gestionados de *screening* de cuello del útero han reducido con mucho más éxito las tasas de muerte que aquellos que no disponen de ellos¹⁷. Esto supone la necesidad de una coordinación estrecha entre los responsables de la salud de la población y aquellos que prestan los servicios de *screening*.

La necesidad de abordar los cambios organizativos crea el impacto político. Es necesario que los políticos se comuniquen con los profesionales sanitarios y los responsables de la salud pública. En el Reino Unido y los países escandinavos, estos vínculos ya existen, estando basados en las autoridades sanitarias locales. En otros países, especialmente en aquellos cuya financiación se basa en la seguridad social y en una fuerte tradición de profesionales independientes, esto es más difícil.

Un sistema de estas características aportaría importantes beneficios. Uno de ellos sería un ámbito de apoyo al liderazgo de la salud, por medio del cual los integrantes del sector de atención sanitaria podrían desempeñar un papel en la identificación proactiva de los desafíos sanitarios, movilizandando la implicación de numerosos sectores. Otro sería la creación de nuevas estructuras y procesos que actuarían como vehículo promotor de un mayor uso de una atención basada en la evidencia, que promoviese la salud de la población, con independencia de que las intervenciones implicadas fuesen preventivas o curativas.

Este proceso está en marcha. En Francia, el 'schéma régional d'organisation sanitaire' está desarrollando mecanismos para coordinar las prioridades regionales con los planes de los proveedores de atención sanitaria⁵⁰. En Alemania, los institutos de investigación de los fondos de enfermedad están comenzando a estudiar formas de adoptar un papel más proactivo en la promoción de la salud⁵¹. Sin embargo, en otros países, suceden muchas menos cosas⁵².

Otras cuestiones, que incluyen el papel que desempeña el equipo de atención sanitaria, deben ser abordadas⁵³. En particular, es necesario fortalecer el papel de la enfermería en aquellos países donde sigue estando relativamente poco desarrollado. Existe asimismo la necesidad, en muchos países, de reorientar la formación de los médicos y la enfermería para generar un mayor énfasis en la prevención. Con todo, hay que reconocer que dichos cambios podrían cuestionar la autonomía tradicional de la profesión médica en algunos países.

La evidencia que presentamos aquí requiere estructuras que aborden la relación entre los implicados en la promoción de la salud y los proveedores de atención sanitaria, con el fin de establecer el mejor medio para que la promoción de la salud se convierta en un elemento decisivo de la consulta de atención sanitaria, y que los profesionales de atención sanitaria puedan contribuir a abordar determinantes más amplios de la salud.

Referencias

- 1 McKee M. For debate - does health care save lives? *Croatian Med J.* (in press)
- 2 McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Oxford: Blackwell, 1979.
- 3 US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services.* Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.
- 4 <http://www.nlm.nih.gov>
- 5 <http://update.cochrane.co.uk/info>
- 6 <http://www.york.ac.uk/inst/crd/dissemin.htm>


-
- 7 Silagy C, Ketteridge S. *Physician advice for smoking cessation*. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
 - 8 Rose G, Colwell L. Randomised controlled trial of anti-smoking advice: final (20 year) results. *J Epidemiol Comm Health*. 1992; 46: 75-77.
 - 9 Dolan-Mullen P, Ramirez G, Groff JY. A meta-analysis of randomized trials of prenatal smoking cessation interventions. *Am J Obstetr Gyn*. 1994; 171: 1328-34.
 - 10 Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Can Med Assoc J*. 1995; 152: 851-9.
 - 11 Foxcroft DR, Lister-Sharp D, Lowe G. Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction*. 1997; 92: 531-537.
 - 12 Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Larnb SE, Rowe BH. *Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly*. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
 - 13 Vetter NJ, Lewis PA, Ford D. Can health visitors prevent fractures in elderly people? *Br Medj*. 1992; 304: 888-90.
 - 14 Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Comm Dentistry Oral Epidemiol*. 1996; 24: 231-5.
 - 15 Wilson JMG, Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: WHO, 1968.
 - 16 Wald N, Chamberlain J, Hackshaw A. Report of the European Society of Mastology Breast Cancer Screening Evaluation Committee. *Breast*. 1993; 2: 209-16.
 - 17 Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet*. 1987; 1: 1247-9.
 - 18 Towler BP, Irwig L, Glasziou P, Weller D, Kewenter J. *Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Haemoccult*. (Cochrane Review). In: the Cochrane Library, Issue 3, 1998. Oxford: Update Software.
 - 19 Smart CR, Hendrick RE, Rutledge JH, Smith RA. Benefit of mammography screening in women aged 40-49 years: current evidence from randomized controlled trials. *Cancer*. 1995; 75: 1619-1626.
 - 20 Miller AB, Chamberlain J, Day NE, Hakama M, Prorok PC (eds). *Cancer screening*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
 - 21 Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, Bauman A, Walters EH. *The effects of limited (information only) patient education programs on the health outcomes of adults with asthma*. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
 - 22 Ebrahim S, Davey Smith G. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *Br Med J*. 1997; 314: 1666-74.
 - 23 URL: <http://www.who.dk/tech/hs/recom.htm>
 - 24 Catford JC, Nutbeam D. Smoking in hospitals. *Lancet*. 1983; 2: 94-6
 - 25 Clarkson J, Nutbeam D. Introducing healthy catering practice into hospitals: a case study from Wales. *Nutr Health*. 1991; 7: 101-10.
 - 26 Ashton J. The Healthy Cities Project: a challenge for health education. *Health Educ Q*. 1991; 18: 39-48.
 - 27 Duncan N. *The BMAs campaign against the tobacco industry*. In: BMA. Smoking out the barons. London: BMA, 1986.
 - 28 Chapman S, Lupton D. The fight for public health. London: *BR MED J*. 1994.
 - 29 Downing C. *Evaluation of the impact and penetration of a childrens traffic club*. Paper to Second International Conference on Road Safety. Groningen, 1987.
 - 30 Hibbard BM, Robinson JO, Pearson JF, Rosen M, Taylor A. The effectiveness of antenatal education. *Health Educ J*. 1979; 38: 39-46.
 - 31 McKeigue P, Chaturvedi N. *Epidemiology and control of cardiovascular disease in south Asians and Afro-Caribbeans*. In: Ahmad W, Sheldon TA, Stuart O (eds). Ethnicity and health: Reviews of literatura and guidance for purchasers in the areas of cardiovascular disease, mental health and haemoglobinopathies. CRD Report 5. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 1966.
 - 32 McAvoy BR, Raza R. Can health education increase the uptake of cervical smear testing among Asian women? *Br Medj*. 1991; 302: 333-336.
 - 33 Hoare T, Thomas C, Biggs A, Booth M, Bradley S, Friedman E. Can the uptake of breast screening in Asian women be increased: a randomized controlled trial of a linkworker intervention. *J Publ Health Med*. 1994; 16: 179-85.
 - 34 Holland J, Arnold S, Fullerton D, Oakley A, Hart G. *Review of effectiveness of health promotion interventions for men who have sex with men*. London: Social Science Research Unit, 1994.
-

-
- 35 Bartley M. Unemployment and ill-health. understanding the relationship. *J Epidemiol Comm Health.* 1994; 48: 333-7.
- 36 Ferrie JE, Shipley Mj, Marmot MG, Stansfield S, Davey Smith G. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *Br Med J.* 1995; 311: 1264-9.
- 37 URL: http://www.eib.org/pub/news/asap_ir.htm
- 38 Rigby K, Silagy C, Crockett A. Can resource use be extracted from randomized controlled trials to calculate costs? A review of smoking cessation interventions in general practice. *Int J Technol Assess Health Care.* 1996; 12: 714-20.
- 39 Sassi F, McKee M, Roberts J. Economic evaluation of diagnostic technology: methodological challenges and viable solutions. *Int J Technol Assess Health Care.* 1997; 13: 613-30.
- 40 Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA.* 1997; 278: 1759-66.
- 41 Plans-Rubio P. Cost-effectiveness of cardiovascular prevention programs in Spain. *Int J Technol Assess Health Care.* 1998; 14: 320-30.
- 42 Meenan RT, Stevens VJ, Hornbrook MC, La Chance PA, Glasgow RE, Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. *Med Care.* 1998; 36: 670-8.
- 43 Mudde AN, de Vries H, Strecher Vj. Cost-effectiveness of smoking cessation modalities: comparing apples with oranges? *Prev Med.* 1996; 25: 708-16.
- 44 Nicholl JP, Coleman P, Brazier JE. Health and healthcare costs and benefits of exercise. *Pharmacoeconomics.* 1994; 5: 109-22.
- 45 Wonderling D, Langham S, Buxton M, Normand C, McDermott C. What can be concluded from the Oxcheck and British family heart studies: commentary on cost effectiveness analyses. *Br Med J.* 1996; 312: 1274-8.
- 46 Silagy C, Muir J, Coulter A, Thorogood M, Yudkin P, Roe L. Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. *Br Med J.* 1992; 305: 871-4.
- 47 Audet B. When it comes to smoking, Japanese MDs do not set a good example for their patients. *Can Med Assoc J.* 1994; 150: 1673-4.
- 48 Lancaster T, Silagy C, Fowler G, Spiers I. *Training health professionals in smoking cessation.* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
- 49 Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Wilims DG, Singer J. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA.* 1988; 260: 1570-4.
- 50 Bach S. Managing a pluralist health system: the case of health care reform in France. *Int J Health Serv.* 1994; 24: 593-606.
- 51 Graaf von der Schulenburg JM. Forming and reforming the market for third party purchasing of health care: A German perspectiva. *Soc Sci Med.* 1994; 39: 1473-81.
- 52 Nonneman W, van Doorslaer E. The role of the sickness funds in the Belgian health care market. *Soc Sci Med.* 1994; 39: 1483-95.
- 53 Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, Stevens VJ, Biglan A. Nurse-assisted counselling for smokers in primary care. *Ann Intern Med.* 1993; 118: 521-5.

Capítulo Doce

Lecciones de Canadá

El tema: El estudio de un caso de desarrollo de infraestructura

Canadá se ha establecido por derecho propio como uno de los líderes de la práctica de la promoción de la salud en el mundo. En 1997, durante la celebración de la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de la OMS, se presentó un caso que describía el desarrollo de la promoción de la salud en Canadá. Los enfoques, y las lecciones, son importantes para los responsables de confeccionar las políticas europeas. 

Esta sinopsis del estudio de dicho caso se centra principalmente en el desarrollo de infraestructuras relevantes que permitieron que los conceptos se transformasen en una política eficaz y en programas de promoción de la salud.

A la IUHPE le gustaría dar las gracias a aquellos que participaron en el *desarrollo del Estudio* del Caso original, del cual se obtuvieron estos extractos, y especialmente al Dr. Trevor Hancock y al Dr. Ron Labonte, que dirigieron la investigación original y desarrollaron la documentación de base.

El Comienzo

El liderazgo internacional de Canadá en la promoción de la salud moderna se inició en 1974 con la publicación de *A New Perspective on the Health of Canadians (Una Nueva Perspectiva de la Salud de los Canadienses)*, bajo el liderazgo de Marc Lalonde, Ministro de Sanidad y Bienestar Social, en ese momento. Era la primera vez que un gobierno importante reconocía públicamente que la medicina y el sistema de atención sanitaria representan un papel limitado en la determinación del estado de salud. Era asimismo el primer documento que sugería la utilización de la ‘promoción de la salud’ como estrategia clave de mejora de la salud. Este informe proponía que la interacción entre la biología humana, la organización de la atención sanitaria, el entorno y el estilo de vida determinaba la salud.

El Establecimiento de Nuevas Infraestructuras

A New Perspective on the Health of Canadians arrojó tres resultados, a saber:

- ▶ La creación de la Dirección de Promoción de la Salud Federal, perteneciente al Ministerio Nacional de Sanidad y Bienestar Social, en 1978
- ▶ El rápido crecimiento de programas orientados al estilo de vida y basados en campañas de marketing social y educación para la salud

- ▶ Un refinamiento de la práctica de promoción de la salud en las comunidades y esfuerzos de base popular en todo el país

La Dirección de Promoción de la Salud fue el fruto de la fusión de varias unidades independientes que trabajaban en las áreas de alcohol, tabaco y drogas, nutrición y temas de salud infantil. La labor emprendida se clasificó en líneas generales en las categorías siguientes:

- ▶ Marketing social (educación pública e información)
- ▶ Apoyo a la acción comunitaria (programas de financiación)
- ▶ Desarrollo de políticas y programas
- ▶ Desarrollo de conocimientos

Por medio de su liderazgo conceptual y sus programas de financiación, la Dirección de Promoción de la Salud contribuyó a establecer con firmeza el concepto de promoción de la salud dentro de Canadá, a apoyar su práctica a nivel nacional e internacional y a avanzar en el desarrollo de nuevos modelos de práctica.

También se pusieron en marcha iniciativas provinciales / territoriales, y con la llegada de *A New Perspective on the Health of Canadians*, muchas provincias / territorios ampliaron sus perspectivas y establecieron dentro de sus estructuras áreas que permitiesen ampliar los esfuerzos de promoción de la salud. Tuvo lugar asimismo un despliegue creciente de actividad a nivel municipal. A finales de los setenta, la Secretaría de Salud de Toronto, al igual que otros departamentos de salud pública de Canadá, comenzaron a desarrollar enfoques de la promoción de la salud más críticos desde el punto de vista social, que ponían de relieve los determinantes estructurales, el desarrollo de la comunidad y las estrategias de abogacía para la salud.

En 1984, la Junta de Salud de Toronto, la Asociación Canadiense de Salud Pública y Health and Welfare Canadá patrocinaron conjuntamente una conferencia internacional, *Beyond Health Care*. En dicha conferencia, nacieron dos ideas clave de promoción de la salud: el concepto de una ‘política pública saludable’ y la idea de una ‘Ciudad saludable’.

Avanzando

La Carta de Ottawa y ‘Consiguiendo Salud para Todos’

La primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se celebró en Ottawa en 1986, organizada conjuntamente por Health and Welfare Canadá, la Asociación Canadiense de Salud Pública y la Organización Mundial de la Salud. Un resultado trascendental de esta Conferencia fue la adopción de la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, documento que desde entonces ha sido traducido a 50 idiomas, habiéndose convertido en guía de la promoción de la salud en todo el mundo. La Carta de Ottawa identificaba cinco estrategias relativas a la práctica de la promoción de la salud y a la ‘nueva salud pública’, en los términos siguientes:

- ▶ Construcción de una política pública saludable
- ▶ Creación de entornos que apoyen la salud
- ▶ Fortalecimiento de la acción comunitaria
- ▶ Desarrollo de habilidades personales
- ▶ Reorientación de los servicios sanitarios

En esta misma Conferencia, el Gobierno Federal dio a conocer *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion* (Consiguiendo Salud para Todos: Un Marco de Promoción de la Salud), documento que describía una matriz de los desafíos, los mecanismos y estrategias de promoción de la salud, dando mayor importancia a los determinantes más amplios de la salud. Este documento contribuyó eficazmente al desarrollo del conocimiento en materia de promoción de la salud, y estableció una agenda de investigación.

El impacto de ambos documentos consistió en posicionar la promoción de la salud como eje central conceptual de la aceleración de los esfuerzos federales y provinciales / territoriales destinados a reformar y reestructurar los cada vez más costosos sistemas de atención sanitaria. Y un factor más importante, se considera que ambos documentos, y principalmente la Carta, han sido los principales responsables de un cambio de rumbo de la práctica de la promoción de la salud, en el cual las condiciones de trabajo, o los requisitos indispensables para la salud, recibieron atención adicional. Los cinco años siguientes a la difusión de estos documentos se caracterizaron por avances importantes en el campo de la promoción de la salud, a saber:

- ▶ El establecimiento de estrategias federales a gran escala dirigidas a grupos o a temas específicos
- ▶ El fortalecimiento de los programas de promoción de la salud provinciales / territoriales
- ▶ El establecimiento de consejos de salud provinciales / territoriales destinados a guiar la reforma de la atención sanitaria
- ▶ La creación de 'Comunidades saludables' nacionales y provinciales / territoriales y de proyectos de 'Fortalecimiento de la salud de la comunidad'
- ▶ El desarrollo de conocimiento e investigación en el campo de la promoción de la salud

Programas del Gobierno Federal

A mediados de los ochenta, existía una preocupación creciente porque la orientación de la promoción de la salud estaba basada en gran medida en el estilo de vida. Se aducía que la salud de las personas que vivían en circunstancias relativamente desfavorecidas estaba también determinada por condiciones estructurales, como la pobreza, el desempleo, la discriminación social, la falta de derechos, la mala vivienda y la contaminación, entre muchas otras. Se afirmaba que los estilos de vida personales no eran determinados libremente mediante una elección individual, sino que existían más bien dentro de estructuras sociales y culturales que condicionaban y limitaban la conducta.

En 1987, el presupuesto de la Dirección de Promoción de la Salud llegó casi a triplicarse con la puesta en funcionamiento de estrategias nacionales en las áreas de las drogas, el tabaco, la conducción de alto riesgo y el SIDA. Se desplegaron esfuerzos para desarrollar una actuación intersectorial, investigación cualitativa y métodos de evaluación. Las campañas de marketing social pusieron más énfasis en los mensajes positivos, mientras que los programas de financiación hacían posible una mayor autonomía en la definición de las cuestiones sanitarias locales. Las iniciativas basadas en la comunidad recibieron apoyo considerable de las oficinas regionales de la Dirección de Promoción de la Salud.

El enfoque basado en escenarios se adoptó como estrategia importante de promoción de la salud. Este enfoque reúne todos los elementos de la promoción de la salud, integrándolos en escenarios que tengan un significado para las personas – hogar, centro de enseñanza, lugar de trabajo, hospital y comunidad. La investigación, el desarrollo del conocimiento y las infraestructuras afines recibieron asimismo un apoyo activo.

Programas Provinciales / Territoriales

A principios de los ochenta, la mayoría de los gobiernos provinciales y territoriales habían establecido secciones, oficinas o departamentos de promoción de la salud. Muchas de estas áreas aumentaron considerablemente su tamaño y presupuesto a lo largo de los ochenta. Sin embargo, estas actividades conservaron una marcada orientación a la comunicación, el marketing social y la acción comunitaria, con cierta implicación en el desarrollo de la política pública. En Columbia Británica, por ejemplo, el desarrollo de la ‘Red de Comunidades Saludables’ recibió apoyo y subvenciones destinadas a la planificación sanitaria a nivel de la comunidad. En Ontario, fue creado un ‘Consejo de Estrategia de Salud’ (comité intersectorial presidido por el Primer Ministro). En el resto del país, los funcionarios sanitarios regionales actuaban en calidad de consultores de desarrollo y planificación de políticas.

Impulso al Desarrollo de Infraestructuras

En los años posteriores a la promulgación de la Carta y el documento *Achieving Health for All*, la mayor parte de las provincias / territorios establecieron comisiones o consejos de salud, cuyo objeto consistía en recomendar estrategias de reforma sanitaria. En estos órganos intersectoriales, influyó la filosofía de promoción de la salud, incorporando la mayoría de ellos investigación y desarrollo en el campo de las políticas relativas a los determinantes más amplios de la salud (p.e. redistribución de los ingresos, vivienda, protección del entorno, ajustes del mercado de trabajo y readaptación profesional, equidad, etc.). En la mayoría de los casos, la promoción de la salud era considerada un medio de actuar sobre los determinantes más amplios de la salud, reduciendo el gasto en atención sanitaria y haciendo avanzar la reforma de la atención sanitaria.

El ampliamente reconocido movimiento ‘Ciudades / Comunidades saludables’ tuvo su origen en Canadá, siendo implantado por la OMS en Europa en 1986, tras consultar con Health and Welfare Canadá. Entre 1988 y 1991, el proyecto ‘Comunidades saludables canadienses’ publicó varios boletines y una guía, prestó servicio de consultoría e impartió seminarios en numerosas comunidades, y organizó una conferencia nacional.

Al mismo tiempo, fueron lanzados varios proyectos provinciales ‘Comunidades saludables’, estableciéndose redes en varios territorios. A finales de 1991, la red implantada en Québec había crecido hasta abarcar a más de 600 miembros representantes de más de 300 organizaciones diferentes, incluidas más de 150 municipalidades. En Columbia Británica, los gobiernos locales participantes aprobaron decisiones que ratificaban la adopción de los principios de ‘Comunidad saludable’, recibiendo las municipalidades subvenciones para el desarrollo de proyectos. En 1991, la mayoría de los 38 proyectos financiados tenían establecidos enfoques multisectoriales de la salud, que implicaban a más de tres sectores en sus comités directivos y a más de 45.000 personas en sus actividades. En Ontario, 15 asociaciones provinciales de los sectores sanitario, social, medioambiental y de planificación urbana buscaban activamente financiación.

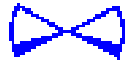
El Proyecto ‘Fortaleciendo la Salud de la Comunidad’ (Stenghtening Community Health) fue creado también en 1988 por la Asociación Canadiense de Salud Pública (Canadian Public Health Association – CPHA), con financiación de la Dirección de Promoción de la Salud. Este proyecto se convirtió en catalizador de la agrupación de numerosos organismos y organizaciones diferentes, cuyo objetivo consistía en crear nuevas asociaciones para la salud. El énfasis residía en la acción de colaboración, el desarrollo de la agenda sanitaria de la comunidad y en fortalecer la capacidad de los miembros de la comunidad en los temas de salud.

La Dirección de Promoción de la Salud llevó a cabo asimismo dos encuestas nacionales importantes de promoción de la salud en 1985 y en 1990. Estas encuestas han dejado un legado importante. Hoy, la National Population Health Survey, que realiza cada dos años “Statistics Canada”, incorpora parte del trabajo de las encuestas de promoción de la salud.



La Dirección celebró una serie de simposios sobre conocimiento en todo el país junto con el National Health Research and Development Programme, cuyo comité de promoción de la salud se embarcó en 1990 en una competición especial relacionada con la investigación en el campo de la promoción de la salud. La promoción de la salud fue objeto de una aceptación especial dentro de la comunidad académica a finales de los ochenta y principios de los noventa. La Primera Conferencia Nacional de Investigación sobre Promoción de la Salud se celebró en Toronto en 1990.

Otro avance importante en materia de desarrollo de infraestructura, a principios de los noventa fue la creación de más de 12 Centros de Investigación en Promoción de la Salud, distribuidos por todo el país. Todos estos centros se dedican al desarrollo y evaluación del conocimiento en materia de promoción de la salud, habiendo la mayoría de ellos desarrollado fuertes relaciones de trabajo con la comunidad de esta práctica, al tiempo que patrocinan prestigiosas escuelas de verano. En 1996, 13 de los centros formalizaron sus colaboraciones creando un Consorcio apoyado por Health Canada.



Las décadas de los ochenta y los noventa fueron testigo del inicio en numerosas universidades y colegios universitarios de cursos de titulación, licenciatura y postgrado en promoción de la salud. Los puestos de trabajo relacionados con la promoción de la salud aumentaron considerablemente en los departamentos de salud pública, los centros de salud de la comunidad, los hospitales, los gobiernos locales y las agencias de servicio social.

El sector del voluntariado de salud ha jugado asimismo un papel importante, ofreciendo a los canadienses programas y servicios de manera única y eficaz, desempeñando una importante función de abogacía y reuniendo una cantidad considerable de fondos para apoyar las actividades de investigación y los programas.

De qué manera configuraron los Factores Externos la Promoción de la Salud

A principios de los noventa, la influencia de la promoción de la salud descendió en cierta medida a todos los niveles del gobierno, debido a una variedad de factores, que incluyeron un compromiso con la reducción del déficit, una erosión de la ‘red de seguridad’ social y los intentos de configurar nuevos roles y responsabilidades entre el gobierno y otros sectores. Asimismo, un nuevo concepto de ‘salud de la población’ comenzó a contar con el favor de los responsables de confeccionar las políticas.

A nivel federal, la Dirección de Promoción de la Salud continuó activa en política y en el campo del desarrollo y la implantación de programas, especialmente en el desarrollo de

conocimiento, el marketing social, la educación pública y la información, al tiempo que apoyaba la acción comunitaria. Una proporción considerable de la financiación era asignada a grandes estrategias, mientras que el Health Promotion Contribution Programme apoyaba más de 350 proyectos comunitarios.

Los esfuerzos del gobierno destinados a abordar el déficit tuvieron un impacto en los recursos asignados a la programación, al igual que en los programas de todos los sectores del gobierno. En segundo lugar, la reconstrucción de la nueva Health Promotion and Programmes Branch se tradujo en un cambio de responsabilidad en la administración de los programas de promoción de la salud. Y como elemento importante, el gobierno federal adoptó el paradigma ‘Salud de la Población’ como modo de pensar y actuar con respecto a la salud. Este paradigma refuerza la importancia de la promoción de la salud, y consolida su legado subrayando la importancia tanto de una política pública saludable, como de la acción intersectorial y el desarrollo de herramientas y mecanismos que permitan valorar los impactos en la salud de los programas y las políticas federales a lo largo de toda la gama de sus actividades.

La promoción de la salud y la salud de la población tienen mucho en común. No obstante, funcionan a partir de bases teóricas y supuestos de investigación en cierta medida diferentes. En 1996, en un esfuerzo por consolidar la complementariedad de estos dos enfoques, Health Canadá produjo un modelo de síntesis: ‘promoción de la salud de la población’, que combinaba las estrategias de la Carta de Ottawa y una lista de determinantes importantes de la salud y grupos de población. Este modelo ha sido bien recibido entre los promotores de la salud de todo Canadá, habiéndose disipado buena parte de la inquietud inicial que suscitaron los enfoques sobre la salud de la población. La frase ‘promoción de la salud de la población’ es de uso cada vez más generalizado, siendo posible que se convierta en el **nuevo concepto unificado**.

Reforma de la Atención Sanitaria

A mediados de los ochenta, era indudable que el sistema de atención sanitaria había llegado a una encrucijada. El sistema estaba realizando un esfuerzo financiero excesivo y necesitaba una reforma. En líneas generales, los gobiernos provinciales / territoriales llegaron a la conclusión de que era necesario:

- ▶ Centrarse en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el estado de salud de la población
- ▶ Dar mayor énfasis a la atención basada en la comunidad en vez de la atención institucional
- ▶ Descentralizar y regionalizar el sistema de atención sanitaria
- ▶ Destacar la importancia de la atención primaria y dejar de lado las estructuras de pago por servicio
- ▶ Poner un mayor énfasis en el autocuidado y en la responsabilidad personal con respecto al mantenimiento de la salud


Las propuestas de reforma sanitaria dentro de las provincias / territorios incluían por lo general un enfoque sobre la salud y sus determinantes, el desarrollo de metas de salud, un compromiso con los principios de promoción de la salud, la creación de nuevas infraestructuras para planificar una política pública saludable y una redefinición del papel de los departamentos de salud provinciales / territoriales.

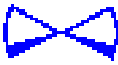
En 1996, la mayor parte de las provincias / territorios habían establecido alguna forma de sistema de salud regional responsable de gestionar la atención hospitalaria, la atención domiciliaria, la salud pública y otros servicios, a pesar de que ninguno de ellos recibió el mandato de gestionar los servicios de los médicos. El impacto neto de estas iniciativas sigue sin estar claro.

Valoración de los Impactos de la Promoción de la Salud

Una corta historia nos permite realizar un breve análisis de los impactos de la promoción de la salud en Canadá.

Desde casi cualquier punto de vista, el estado de salud de los canadienses ha mejorado en general en las dos últimas décadas en que la promoción de la salud ha alcanzado la mayoría de edad. Acorde con muchos indicadores del estado de salud, como la esperanza de vida y las tasas de mortalidad infantil, Canadá ocupa uno de los primeros lugares en el mundo. El Informe sobre la Salud de los Canadienses (Report on the Health of Canadians. 1996), elaborado por el Comité Consultivo Federal / Provincial / Territorial sobre Salud de la Población presenta los datos siguientes:

- ▶ La esperanza de vida de los varones al nacer aumentó de 70 años de 1971 a 74,3 años en 1991, mientras que la esperanza de vida de las mujeres aumentó de 77 años a 80,8 años. 
- ▶ La tasa de mortalidad infantil descendió de 15 por mil nacimientos en 1974 a 6,3 por mil nacimientos en 1993

En 1990, casi 10 millones de canadienses notificaron mejoras de sus prácticas personales orientadas a la salud, tales como una reducción del consumo de alcohol, mejores hábitos de alimentación y un incremento de la actividad física. El 67% de los canadienses atribuían estas mejoras al aumento de sus conocimientos sobre los riesgos para la salud. 


Con respecto a otros factores de riesgo, parecían existir algunas tendencias positivas en las áreas del uso del cinturón de seguridad y la lactancia. Sin embargo, existían tendencias variables en el área del consumo de tabaco y, más recientemente, tendencias negativas en el área de la actividad física.


A este respecto, podría ser razonable suponer que las medidas de promoción de la salud destinadas a la reducción del consumo de tabaco son responsables de parte del descenso de la enfermedad cardíaca y el cáncer de pulmón masculino. Está igualmente claro que la promoción de la salud ha tenido menos éxito al abordar la conducta femenina sobre el tabaco. El sorprendente descenso de la mortalidad cardiovascular es posiblemente atribuible a una combinación de un menor consumo de tabaco, una mejora de la dieta, una mayor dosis de ejercicio y una mejor atención médica. A la promoción de la salud se le puede atribuir también en cierta medida una reducción de la mortalidad por accidentes (especialmente en el caso de los automóviles); sin embargo, el fracaso ha sido evidente en el capítulo del suicidio.

Otros Impactos


La valoración de la promoción de la salud frente a los objetivos de la Carta de Ottawa indica asimismo diversas áreas de progreso.

En términos de creación de una política pública saludable, se han producido progresos variables a todos los niveles del gobierno en relación con el establecimiento de políticas, programas y

mecanismos destinados a abordar los determinantes de la salud de la población canadiense. Con todo, se ha producido un progreso considerable en algunos frentes como las iniciativas dirigidas a potenciar el desarrollo de la salud infantil y eliminar la pobreza infantil. 

Se pueden citar algunos ejemplos de iniciativas más focalizadas que favorecen una política pública saludable dirigidas por el gobierno en áreas como el control del tabaco, la bebida y la conducción, la nutrición, la violencia doméstica y la prevención de las lesiones. Varias provincias han alcanzado también un éxito limitado en sus intentos por integrar y coordinar la política de salud pública a todos los niveles gubernamentales. Cada provincia / territorio de Canadá ha desarrollado metas de salud. 


Ha habido una amplia gama de iniciativas relacionadas con la creación de entornos de apoyo. El establecimiento de la relación entre los entornos saludables y las personas saludables ha constituido una estrategia eficaz de promoción de la salud. Parte de dicha experiencia incluye lo siguiente:

- ▶ Iniciativas relacionadas con la calidad física de la vivienda y los edificios 
- ▶ Estímulo de la adopción de prácticas saludables y a la vez respetuosas con el entorno
- ▶ El programa 'Active Living / Go for Green' a diversos niveles del gobierno, que destacó la importancia de los vínculos entre los entornos saludables y una vida activa, al tiempo que apoyaba un transporte sostenible
- ▶ Una salud escolar integral orientada a la creación de políticas sociales y ambientales saludables en los centros de enseñanza y sus comunidades

Una estrategia importante en el fortalecimiento de la acción comunitaria ha sido el enfoque 'Comunidades saludables'. La experiencia ha demostrado que su valor radica en su capacidad para implicar a colaboradores múltiples en la comunidad con el fin de crear una visión compartida, buscar un consenso y adoptar una acción que aborde las inquietudes locales.

El desarrollo de habilidades personales sigue siendo un elemento importante de la promoción de la salud. La gama de habilidades personales que han recibido apoyo se ha ampliado más allá de aquellas relacionadas con las conductas orientadas a la salud, para incluir programas y proyectos basados en la alfabetización, el apoyo mutuo, la autoayuda y las habilidades de organización / lobbying. Se considera que estas habilidades constituyen la base sobre la cual se construye la capacidad individual y comunitaria de actuar con el fin de mejorar la salud.

El Foro Nacional de la Salud

Otro impacto de dos décadas de trabajo se hizo evidente en octubre de 1994, cuando el Gobierno Federal estableció un Foro Nacional de la Salud 'para implicar e informar a los canadienses, y para recomendar al Gobierno Federal medios innovadores para mejorar nuestro sistema sanitario y la salud de la población canadiense'. Presidido por el Primer Ministro, y con el Ministro de Salud Federal como Vicepresidente, este Foro contaba con 24 miembros voluntarios con dilatada experiencia en el sistema de salud. 

Al abordar los factores no médicos que incidían en la salud, el Foro puso de relieve que el trabajo sobre los determinantes de la salud y la promoción de la salud había modificado la orientación de las políticas del gobierno, que no se concentraban ya en los estilos de vida elegibles, sino en el 'nivel social, yendo más allá de factores que se encuentran bajo el control de la persona,

los profesionales y las comunidades'. El Foro puso un énfasis particular en los determinantes sociales y económicos de la salud (es decir, en el impacto de la pobreza, el desempleo y los recortes de las ayudas sociales en la salud de las personas, los grupos y las comunidades). Subrayó asimismo que 'hay que encontrar un equilibrio mejor entre los imperativos económicos a corto plazo y la salud y el bienestar a largo plazo de los canadienses'. Entre sus recomendaciones, el Foro sugirió la creación de un Instituto Nacional de Salud de la Población (National Population Health Institute), que tuviese por objeto fortalecer la recopilación de datos, informar sobre el estado de salud de la nación y el rendimiento del sistema y actuar como recurso de cara al desarrollo y la evaluación de iniciativas en materia de política pública.

Las Lecciones Canadienses

¿Cuáles son las lecciones principales que la experiencia canadiense puede enseñar a los europeos? Algunos factores que intervienen en el desarrollo de la promoción de la salud sirvieron para darle un impulso especial; otros han limitado su potencial.

1 Una Base Conceptual de Acción

Tomando como base la publicación de *A New Perspective on the Health of Canadians, la Carta de Ottawa y Achieving Health For All: A Framework for Health Promotion*, se estableció un sólido legado conceptual, que ha guiado las agendas y actuaciones de promoción de la salud. Dicho legado ha tenido como complemento una ambiciosa agenda e infraestructuras de investigación.

2 Un Liderazgo Firme y Bien Informado

Dos acontecimientos permitieron legitimar la promoción de la salud y desarrollar su capacidad profesional e institucional. El primero fue la creación de la Dirección de Promoción de la Salud en 1978. El segundo fue la aprobación por parte del Consejo de Ministros de una política y un programa de promoción de la salud. Este nuevo programa se configuró selectivamente sobre la base de la experiencia derivada de los programas de la Dirección, principalmente de la Dirección de Fármacos de Uso No Médico (Non-Medical Use of Drugs Directorate), con su enfoque de programación centrado en un intenso desarrollo de la comunidad, y la amplitud de miras del primer Director General. Este activo se reforzó con el nombramiento de varios nuevos altos cargos directivos, cuya misión consistía en apoyar con firmeza la promoción de la salud hasta el nivel del Viceministro. Esto culminó en 1984 con el nombramiento de un Ministro con un interés especial en la promoción de la salud.

3 Traducción de los Conceptos en Acción

Con la publicación del marco *Achieving Health for All* en 1985, el Ministro de Salud declaró su intención de entablar un diálogo nacional entre los canadienses. A continuación, vino un período de consultas y marketing del documento, anuncios relativos al programa y una serie de iniciativas de desarrollo de conocimiento e investigación.

Otro incentivo que favoreció la aplicación de los conceptos y estrategias de promoción de la salud vino de la mano del proceso permanente de reforma del sistema de salud.

4 Influencia de la Reforma del Sistema de Salud

Está claro que la fuerza motriz de *A New Perspective on the Health of Canadians* en 1974 fue la preocupación política por los costes crecientes de la atención sanitaria. Como resultado de la adopción en 1977 de la financiación colectiva de la salud, en detrimento de los costes compartidos, los ministerios de salud federales y provinciales / territoriales identificaron la promoción de la salud como prioridad de acción conjunta. La promoción de la salud fue incluida en el preámbulo de la nueva Ley de Sanidad de Canadá de 1984, que ponía el énfasis en sus importantes apuntalamientos de un sistema de salud más amplio.

La reforma de la atención sanitaria estuvo en las agendas a lo largo de los ochenta y los noventa. Buena parte del 'lenguaje, los conceptos y las estrategias de promoción de la salud están siendo adoptados en los planes de reforma'.

5 Colaboraciones con Vistas a la Sostenibilidad

Una base de firme colaboración entre las partes interesadas ya ha representado un papel importante al agrupar a los gobiernos federales y provinciales / territoriales, las organizaciones de voluntarios y profesionales y el sector privado, debiendo servir de cimiento sólido para construir las futuras opciones de dirección.

Perspectivas de Futuro

La experiencia canadiense ha señalado varios factores importantes que debemos tener en cuenta si deseamos que la promoción de la salud haga realidad todo su potencial.

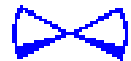
Es imprescindible que se produzca un cambio de mentalidad. Debemos dejar de considerar que la atención sanitaria es el determinante principal de la salud, para reconocer los determinantes ambientales, socioeconómicos, políticos y culturales más amplios de la salud como factores prioritarios que debemos abordar.

El liderazgo federal ha contribuido materialmente al desarrollo de la promoción de la salud en Canadá como elemento esencial de un sistema de salud eficaz. También es imprescindible un firme apoyo provincial y territorial a la promoción de la salud.

El compromiso del gobierno y la colaboración intersectorial son esenciales para el desarrollo de una política pública saludable que tenga por objeto el desarrollo humano sostenible.

El desarrollo de políticas públicas saludables exige asimismo estructuras que apoyen tanto la adopción de enfoques de amplio alcance dentro de los Ministerios, como una capacidad para coordinar enfoques intersectoriales entre los Departamentos ministeriales

La actuación de la promoción de la salud tiene lugar donde las personas viven, trabajan, juegan y aman: en las comunidades. Por lo tanto, la promoción de la salud a nivel local debe recibir apoyo a largo plazo del nivel nacional y provincial. Para ello, es necesario que tenga lugar la oportuna devolución de poder y recursos al nivel local, eficazmente equilibrada



mediante el liderazgo continuado y la actividad financiera y de fijación de normas por parte de los gobiernos federales y provinciales / territoriales.

Si bien la promoción de la salud no puede por sí sola crear un futuro ideal, sí puede contribuir a reorientar el tema, a todos los niveles desde lo global a lo local, centrándolo en el desarrollo humano y no meramente en el económico. Aunando sus fuerzas con movimientos sociales afines y contribuyendo a los mismos, la promoción de la salud puede ayudarnos a avanzar hacia un futuro más humano, justo y sostenible.

Capítulo Trece

Obteniendo Ganancias de Salud

El tema: El estudio de un caso eficaz de salud oral

Las enfermedades orales constituyen un problema de salud pública importante, aunque con frecuencia subestimado debido a su elevada prevalencia, al coste del tratamiento y a su impacto tanto en las personas a título individual, como en la sociedad en su conjunto.

Se trata de un área donde se han realizado grandes ganancias de salud – que pueden continuar. Sin embargo, para seguir progresando, es necesario liderazgo político y sanitario.

Existe evidencia considerable que demuestra que los esfuerzos de promoción de la salud han logrado producir un descenso de las caries dentales y las enfermedades periodontales, pero dicho éxito se centra en aquellos países que han introducido políticas y prácticas eficaces de promoción de la salud oral.

La evidencia indica asimismo la eficacia de la adopción de un enfoque centrado en los factores de riesgos comunes, que en la salud oral requiere una política alimentaria y sanitaria de reducción de consumo de azúcar, un enfoque comunitario que favorezca una mejor higiene corporal y oral en general, y políticas que apoyen el abandono del tabaco. Se necesita sobre todo el apoyo de la comunidad, y un apoyo político más amplio, de cara a la fluoración del agua y un mejor uso de las pastas dentales fluoradas.

Los autores: Un equipo dirigido por Eino Honkala, Profesor, Facultad de Odontología, Universidad de Kuwait. El Profesor Honkala ha trabajado en odontología preventiva durante 25 años, en importantes universidades y como Director de International Institutes of Oral Health, Kuopio y Helsinki. Ha contado con la ayuda de:

Aubrey Sheiman, Profesor, University College de Londres; Eeva Widström, Profesor Asociado y Director de Odontología, Centro Nacional de Investigación y Desarrollo de Bienestar Social y Salud de Finlandia; Richard Watt, Catedrático, University College de Londres; Sisko Kuusela, Investigador, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Jyväskylä (Finlandia); Lone Schou, Profesor Asociado, Escuela de Higiene Dental, Copenhague (Dinamarca); Walter Mautsch, Profesor Asociado, Instituto de Odontología, Universidad de Aachen (Alemania).

Eficacia de la Promoción de la Salud Oral

Las enfermedades orales son problemas de salud pública importantes en razón de su elevada prevalencia y del impacto tanto en las personas individualmente, como en la sociedad, en términos

de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional, así como de su efecto en la calidad de vida.

Los problemas dentales son caros para las personas a título individual y para la comunidad, ocupando el tercer lugar en relación con el coste del tratamiento entre todas las enfermedades. Este coste es superado solamente por los costes relacionados con las enfermedades cardiovasculares y los desórdenes mentales.

La educación tradicional en materia de salud oral, que utiliza profesionales sanitarios, es relativamente costosa, pudiendo ser acertadamente incorporada en rutinas y prácticas establecidas dentro de otros sectores (profesores, asistentes sociales). La atención sanitaria oral debería estar más integrada con el resto de la atención sanitaria, y la promoción de la salud oral también debería estarlo con el resto de la promoción de la salud.

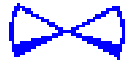
La fluoración del agua es el método más rentable de prevención, a pesar de ser una cuestión controvertida que requiere el compromiso político de aquellos que toman las decisiones. Desde los setenta, se han producido descensos espectaculares. Los niveles medios han descendido de entre 5 y 10 a menos de 1 diente permanente cariado, extraído o obturado en los niños (Índice CAOD). Estas mejoras demuestran que la enfermedad oral es evitable, pudiendo ser enormemente reducida incluso en el plazo de una década. La razón que suele esgrimirse con respecto a este descenso es el impacto del uso a gran escala de las pastas fluoradas. Éste es un buen ejemplo de cómo la industria y la salud pública pueden trabajar juntas en la promoción de la salud.



Las estrategias tradicionales actuales de promoción de la salud oral orientadas a la curación son relativamente poco eficaces y muy caras. La promoción de la salud oral debiera fijarse los objetivos siguientes: uso racional de los productos con azúcar, fluoración de la boca, higiene oral eficaz, reducciones del consumo de tabaco y alcohol, prevención del trauma y uso adecuado de la atención dental.



Las causas de las dos enfermedades dentales principales (caries y enfermedad periodontal) son la dieta, la suciedad y el tabaco. Las lesiones de la mucosa oral, la disfunción articular temporomandibular y el dolor están asociados al tabaco, al alcohol y al estrés. El trauma dental está en su mayoría relacionado con los accidentes. Dado que estas causas son comunes a diversas enfermedades crónicas e impactos en la salud, es racional utilizar un enfoque centrado en los factores de riesgo comunes para la promoción de la salud. Algunas enfermedades crónicas, como la enfermedad cardíaca, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, los accidentes y las enfermedades orales, tienen factores de riesgo comunes, muchos de los cuales guardan relación con más de una enfermedad crónica. Las estrategias orientadas a dichos factores de riesgo son más inclusivas y rentables que aquellas dirigidas a enfermedades específicas.



El impacto Sanitario

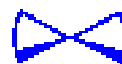
Las enfermedades orales son las más comunes de todas las enfermedades de las sociedades industriales, estando en alza en los países del Tercer Mundo. Una característica de las enfermedades dentales es la disponibilidad de métodos de salud pública sencillos y baratos que contribuyen a la prevención y a desarrollar el control. Conocemos las causas: dieta, suciedad, tabaco, alcohol y trauma. La salud oral es 'una dentición cómoda y funcional que permite a las personas seguir desempeñando el papel que desean en la sociedad'¹. Sin embargo, las cavidades orales no pueden estar sanas o enfermas, solamente lo están las personas. La promoción de la salud oral debiera, por consiguiente, formar parte de la promoción de la salud en general y dejar de ser una actividad separada. Las enfermedades orales principales son las caries dentales, las enfermedades periodontales, el trauma oral y el cáncer oral.

Las caries dentales constituyen la enfermedad que más afecta a la humanidad. Se deben al consumo frecuente de azúcares extrínsecos no lácteos. Desde los setenta, la promoción de la salud ha producido descensos sorprendentes de las caries, las extracciones y las obturaciones infantiles (Índice CAOD). Los países nórdicos, Holanda y el Reino Unido tienen actualmente los niveles más bajos de caries de Europa, situándose las cifras en un diente cariado a los 12 años, en comparación con los niveles de 5 y más que se registraban en los sesenta². No existe evidencia científica concluyente del papel relativo que desempeñan los factores individuales en este descenso, pudiendo esto tener su explicación en el éxito de actividades de promoción de la salud oral. Las mejoras de la salud oral demuestran que la enfermedad oral es evitable, siendo posible reducirla enormemente en el plazo de una década.



Por lo general, la creencia general es que este descenso se debe principalmente al uso a gran escala del fluoruro, en especial de las pastas dentales fluoradas³. Los descensos se deben en gran medida a factores externos a la odontología, considerándose, como dato decepcionante, que los servicios dentales han contribuido poco a la mejora: 3% de variación de los niveles de caries a los 12 años en 18 países industrializados, mientras que factores socioeconómicos amplios (incluidas o excluidas las pastas dentales fluoradas) explicarían el 65%.

La educación orientada a la salud y las medidas preventivas individualizadas no han tenido un efecto apreciable en el descenso⁴⁻⁷. Las estrategias actuales de mejora de la salud oral orientadas a la curación son relativamente poco eficaces y muy caras y, por lo tanto, inadecuadas en la mayoría de los países industrializados, siendo poco pertinentes en los países en vías de desarrollo. Su gasto y dependencia de la tecnología impide que millones de personas tengan acceso a un tratamiento dental. El gasto creciente en la atención dental tradicional tiene apenas un efecto marginal en el estado de salud oral de la población. Sin embargo, el hecho es que existen métodos de salud pública sencillos y baratos, pero eficaces.



La gingivitis y las enfermedades periodontales tienen su origen en la acumulación de placa. El medio más importante de reducir la placa consiste en cepillarse los dientes dos veces al día^{8,9}. Se ha producido una reducción de la prevalencia de las enfermedades periodontales, que tiene su explicación principalmente en la mejora de la higiene oral, las reducciones del consumo de tabaco y una mejora en las condiciones medias de vida y vivienda.

El trauma dental es producido por caídas, peleas, deportes de contacto, intimidaciones físicas y accidentes. La prevalencia del trauma dental es alto. Uno de cada cinco niños europeos tiene dientes rotos.

El cáncer oral es la enfermedad más mortífera de todas las enfermedades orales. Los factores de riesgo relacionados con el cáncer oral incluyen el consumo de tabaco, alcohol y el tabaco mascado¹⁰.

El Impacto Social

La salud oral ejerce un impacto social importante, especialmente en relación con el dolor y el funcionamiento social e intelectual.

El impacto social y psicosocial de las enfermedades dentales ha sido medido en función de las restricciones alimentarias, las restricciones de comunicación, el dolor, el malestar y la insatisfacción estética¹¹. Uno de cada cuatro ingleses notifican haber padecido un dolor de muelas en los 12 meses anteriores¹² El dolor crónico incide especialmente en la calidad de vida, causando a menudo una buena dosis de estrés emocional, físico y económico¹³. Las dificultades para alimentarse y masticar son un problema grave, notificando el 41% de los afectados que les lleva más tiempo que a las demás personas terminar una comida, mientras que el 9% se siente molesto cuando come en

presencia de otras personas. El 13% notifica turbación durante los contactos sociales atribuida a la exhibición de los dientes o dentadura postiza, o a la caída de la dentadura postiza al hablar. Los problemas para alimentarse (37%) y de comunicación (19%) son comunes¹².

La salud oral varía con la clase social. Las actividades de educación orientada a la salud no han logrado reducir estas diferencias. Algunos programas de educación para la salud han estado dirigidos a los grupos menos favorecidos. También los programas dirigidos al conjunto de la población tienden a no reducir las desigualdades¹⁵.

El Impacto Económico

Los trastornos dentales son caros para las personas y para la comunidad, ocupando el tercer lugar entre todas las enfermedades. Sólo son superados por los costes relacionados con las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales¹⁶. En el Reino Unido, 1.500 millones de libras esterlinas del presupuesto del Sistema Nacional de Salud se gastan en servicios dentales¹⁷. La pérdida de tiempo de trabajo de los trabajadores es de 2 horas por persona al año¹⁸.



Los sistemas de servicios dentales inciden muy poco en las caries dentales^{4,19}, a pesar de que el tratamiento dental preventivo, especialmente el uso de selladores²⁰, ha tenido efecto en las caries. Los factores socioeconómicos ya no influyen sistemáticamente en el uso de los servicios de salud oral por parte de los niños y los adolescentes en la mayoría de los países europeos, aunque entre los adultos y los grupos de población desfavorecidos, la utilización es menor.

La educación para la salud oral tradicional, que utiliza profesionales sanitarios, es relativamente costosa, pudiendo ser acertadamente incorporada en rutinas y prácticas establecidas dentro de otros sectores de la comunidad, p.e. profesores, asistentes sociales²¹.



La fluoración del agua es el método más eficaz de prevención de la enfermedad oral. Sin embargo, es una cuestión controvertida que necesita un firme apoyo público.

El Impacto Político

Los profesionales dentales desempeñan un papel importante en la promoción de la salud oral debido a que influyen en la política pública, crean entornos saludables y reorientan los sistemas de atención de la salud oral. Han representado un papel eficaz de defensa de la fluoración del agua en las comunidades dotadas de un sistema de canalización de agua de tamaño adecuado. Sin embargo, se requiere el compromiso político para implantar un sistema de fluoración del agua que llegue a todo el mundo, limite las diferencias socioeconómicas y ofrezca una solución rentable.


Es necesario que la atención de la salud oral esté más integrada con otros sistemas de atención sanitaria, y la promoción de la salud oral debería estarlo con otras actividades de promoción de la salud. Mientras que los niveles de salud han mejorado, las desigualdades han crecido. Además, los problemas funcionales y psicosociales asociados a una mala salud oral son particularmente pronunciados en las poblaciones ya de por sí vulnerables, como la tercera edad y los grupos de bajos ingresos¹⁷.

Estrategias de Promoción de la Salud Oral

La promoción de la salud oral debiera estar orientada a la consecución de los objetivos siguientes: uso racional de los productos con azúcar, fluoración de la boca, higiene oral eficaz, reducciones del consumo de tabaco y alcohol, prevención del trauma y uso adecuado de los servicios dentales.



Un Enfoque Basado en Factores de Riesgo Comunes

Uno de los principios de la promoción de la salud consiste en concentrarse en toda la población y no en los grupos de riesgo de una enfermedad específica^{22,23}. El Enfoque basado en Riesgos comunes / Factores de salud (Common Risk/ Health Factor Approach - CRHFA) diferencia las acciones destinadas a reducir los ‘factores de riesgo’ y las acciones dirigidas a ‘factores promotores de salud’. Esta estrategia incluye la reducción de riesgos, la promoción de la salud y el fortalecimiento de las posibilidades de abordar factores de riesgo ‘determinados’. Un beneficio importante del CRHFA es su orientación a la mejora de las condiciones de salud del conjunto de la población y los grupos específicos de alto riesgo. De esta manera, reduce las desigualdades sociales. Cierta número de dolencias crónicas, como la enfermedad cardíaca, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, los accidentes y las enfermedades orales tienen factores de riesgo en común. Las estrategias basadas en dichos factores de riesgo comunes son más racionales que aquellas dirigidas a enfermedades específicas²⁴. El concepto decisivo subyacente al enfoque integrado de riesgos comunes es que promoviendo la salud general mediante el control de un número reducido de factores de riesgo, se incide de manera importante en un gran número de enfermedades,  y a un coste menor que los enfoques basados en enfermedades específicas.

Por ejemplo, la misma dieta malsana influye adversamente en la incidencia de la enfermedad cardíaca, el cáncer y las enfermedades orales. Trabajar con los responsables de las estrategias de política alimentaria para cambiar la dieta, reducir las ingestas de azúcares extrínsecos no lácteos, grasa y sal, aumentar la disponibilidad de carbohidratos complejos o de fibra y promover el consumo de alimentos con un contenido elevado de antioxidantes (como fruta, verdura y productos a base de cereales), tiene más probabilidades de éxito que limitarse a poner énfasis en el control de los azúcares y la reducción de las caries. De igual manera, los programas que reducen el tabaco para prevenir el cáncer y la enfermedad cardíaca, debieran estar totalmente coordinados para ser eficaces también en el campo de la salud oral. La prevención del trauma dental exige asimismo una estrategia de base amplia que prevenga los accidentes, especialmente aquellos que afectan la cabeza, por ejemplo, el uso de protecciones bucales en los deportes de contacto y el uso de los cascos para ciclistas.

En resumen, podrían desarrollarse con eficacia propuestas de políticas que adopten el enfoque basado en factores de riesgos comunes, a saber:

- ▶ Una política alimentaria y de salud destinada a reducir el consumo de azúcares
- ▶ Un enfoque comunitario destinado a mejorar la higiene corporal y oral
- ▶ Una política de abandono del tabaco
- ▶ Una política de prevención de accidentes



Además de las cuatro estrategias anteriores, se necesitan las estrategias orales específicas siguientes:

- ▶ Políticas sobre fluoración del agua y uso de pastas dentales con fluor
- ▶ Políticas que garanticen la disponibilidad de la atención dental adecuada

El método más eficaz de prevención de las caries dentales es el uso adecuado del fluoruro²⁵. La pasta dental fluorada es el medio más práctico y aceptable de fluoración de la boca. Numerosas pruebas clínicas aleatorizadas han confirmado su efecto preventivo²⁶. Por ello, debiera apoyarse la obtención de una pasta dental fluorada barata.



La fluoración del agua sigue siendo el método preventivo más rentable utilizado en medicina, motivo por el cual se recomienda a todos los Estados miembros de la OMS^{5,25,26}. Constituye un buen ejemplo de un cambio en el entorno que incide en toda la población y reduce las desigualdades sociales. En algunas zonas de Europa, la fluoración del agua ha sido interrumpida (p.e. en Suecia, Finlandia, Escocia y Alemania) debido a la resistencia pública. En líneas generales, la fluoración del agua sigue creciendo con lentitud. Estudios epidemiológicos de amplio alcance han demostrado que la reducción de las caries por medio de la fluoración del agua llega a superar el 50%²⁶. Sin embargo, es motivo de inquietud que los fluoruros puedan causar una fluorosis leve del esmalte dental²⁷. La sal fluorada se utiliza con éxito en Hungría y Suiza. Otros métodos de fluoración, como las aplicaciones tópicas de fluoruro y los enjuagues con fluoruro, no son eficaces como estrategias destinadas a la población, pero podrían ser válidos en personas con un riesgo alto de caries.

Reducción del Uso de Azúcares Extrínsecos no Lácteos

Una amplia evidencia sugiere que el azúcar constituye el factor dietético más importante responsable de las caries dentales²⁸. Numerosos estudios epidemiológicos realizados a nivel de la población sugieren que existe una relación directa entre la cantidad y la frecuencia del consumo de sacarosa y el desarrollo de las caries. Una amplia revisión de la evidencia ha demostrado que los alimentos corrientes que contienen féculas cocidas, como el arroz, las patatas y el pan, tienen una cariogenicidad baja. No existe evidencia de que los azúcares extrínsecos o azúcares lácteos tengan efectos adversos en la salud²⁹.

De 100 informes analizados por Cannon³⁰, 82 recomendaban una reducción del consumo de azúcares. Las conclusiones de todos los informes coincidían en que el consumo de azúcares extrínsecos debía reducirse³¹. Es esencial incorporar una política de reducción del consumo de azúcar hasta el 11% de las calorías totales en una política dietética y de salud³². COMA propuso que la ingesta media de azúcares extrínsecos no lácteos por parte de la población no superase los 60 g/día o el 10% de la energía dietética total²⁹, mientras que la OMS considera que el límite superior de azúcares libres en el aporte de nutrientes de la población debe situarse en torno al 10% de la energía. No existe un límite inferior²⁸.



Las recomendaciones del informe COMA³² son importantes. Con el fin de reducir el riesgo de caries dentales, es necesario disminuir el consumo de azúcares extrínsecos no lácteos, y sustituirlos por fruta y verdura fresca y alimentos con féculas. No se deben añadir azúcares simples a los biberones de los neonatos y niños pequeños; los lactantes no deben consumir bebidas azucaradas; los chupetes y los mordedores no deben untarse con azúcar ni introducirse en bebidas azucaradas. Los centros de enseñanza debieran promover pautas de alimentación saludables, tanto mediante educación nutricional, como ofreciendo y alentando opciones alimenticias correctas desde el punto de vista nutricional. El gobierno debiera buscar un medio de reducir el uso de líquidos azucarados en la medicina³². COMA recomienda que la tercera edad reduzca las ingestas dietéticas de grasa y azúcares simples, y que aumente las ingestas de alimentos con féculas, polisacáridos no feculentos y vitamina D³³.





- ▶ Directrices para que el personal de las guarderías y jardines de infancia reduzca los azúcares en los medicamentos líquidos y las bebidas
- ▶ Apoyo a las comadronas y enfermeras para que ofrezcan una orientación adecuada sobre la lactancia, la alimentación infantil y los alimentos de destete
- ▶ Incremento de la venta y prescripción de medicamentos sin azúcar. En Europa no se debieran conceder nuevas licencias para medicamentos pediátricos que contengan azúcar, debiendo incrementarse la venta de medicamentos sin azúcar
- ▶ Los países nórdicos han puesto énfasis a la educación para la salud de las madres y padres de niños pequeños. En Finlandia, la educación dental fue eficazmente introducida en las actividades clínicas 'Mother and Child Health' entre las mujeres embarazadas y sus maridos en los setenta³⁴
- ▶ Debiera promoverse el uso de sucedáneos del azúcar, especialmente del xilitol, el sorbitol y los edulcorantes no calóricos. Debiera incrementarse el uso de sucedáneos del azúcar en los refrescos
- ▶ Los cambios reglamentarios introducidos en Holanda se han traducido en una prohibición de los anuncios televisivos de productos azucarados en la banda horaria en que es probable que los niños estén delante del televisor
- ▶ Varias organizaciones sin ánimo de lucro que promueven el consumo de caramelos no perjudiciales para los dientes han informado al público sobre la existencia y los beneficios de las golosinas sin azúcar. Esto ha tenido lugar en Suiza, el Reino Unido, Alemania, Bélgica y Francia³⁵
- ▶ Se debieran imponer restricciones a las tiendas de alimentación, garantizando que no coloquen golosinas en las estanterías al alcance de los niños o cerca de las cajas registradoras
- ▶ Son necesarios más esfuerzos para reducir el consumo de azúcares extrínsecos no lácteos

El Enfoque Basado en Escenarios

Existen oportunidades de promoción de la salud oral en una amplia gama de escenarios³⁶. La Tabla 13.1 presenta algunos ejemplos sobre cómo llevar a cabo las actividades de promoción de la salud oral. Dentro del sector de atención primaria, existe una amplia variedad de oportunidades. Por ejemplo, se puede trabajar con los médicos generalistas, los generalistas dentales, los farmacéuticos y la enfermería. Este trabajo puede potencialmente ofrecer ganancias de salud oral considerables. Dentro del escenario del sistema educativo, los parvularios, los centros de enseñanza y otras instituciones de formación ofrecen muchas oportunidades de promover la salud oral. Las intervenciones integrales que requieren individualización, feedback y refuerzo, u otras estrategias psicológicas, podrían potenciar los resultados positivos de estas intervenciones³⁷. En los escenarios comunitarios se podría desarrollar una labor basada en grupos, el sector de venta al por menor, los departamentos de servicios sociales



y el sector del voluntariado. Otros escenarios posibles de promoción de la salud oral incluyen una variedad de lugares de trabajo y proyectos regionales y nacionales. Dentro de estos diversos escenarios, lo más evidente sería trabajar con diferentes grupos objetivo. La evidencia demuestra que las iniciativas de corto alcance y las iniciativas locales aisladas suelen conseguir muy poco, pudiendo en último término desperdiciar recursos limitados.

En los hogares, los padres de niños pequeños son los principales responsables de adoptar una higiene oral adecuada y hábitos dietéticos y de uso de fluoruro durante el período de escolarización primaria del niño. Existen fuertes asociaciones entre los hábitos de los padres y los de sus hijos³⁸. Los países nórdicos han reducido las caries infantiles precoces por medio de una amplia educación de salud oral, comenzando por las madres en los primeros meses de embarazo. El consumo diario de gomas de mascar con xilitol entre los niños de 3 años³⁹ es un reflejo del potente efecto de los padres en los hábitos sanitarios de sus hijos. Varios estudios de salud dental han logrado modificar la higiene oral y los hábitos de consumo de azúcar, pero parece que este efecto no es suficiente⁴⁰. También los lugares de trabajo han sido escenario de intervenciones acertadas^{3,41,42}. Debiera ponerse énfasis especial en la disponibilidad de productos alimentarios y bebidas naturales en diferentes escenarios. Los programas de abandono del tabaco podrían ser también enormemente beneficiosos en la reducción del riesgo de la periodontitis⁴³.

Tabla 13.1 Un resumen de programas eficaces de salud oral

ESCENARIO	AUTOR	PROGRAMA	GRUPO OBJETIVO	TIPO DE INVESTIGACIÓN	MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS	RESULTADOS
HOGAR	Ekman y Persson, 1990 ⁴⁴	Instrucción sobre higiene oral para los padres	Niños y padres	Solamente post-test control no equivalente	Conocimiento	Conocimiento paterno, actitud, mejora de la conducta y las caries
	Rayner, 1992 ⁴⁵	Educación en salud dental, Cepillado supervisado, Visitas domiciliarias	Niños preescolares	Experimental	Conducta objetiva y salud	Visitas domiciliarias importantes. Los efectos de las prácticas en el centro de enseñanza se pierden con rapidez si el entorno familiar no apoya
CENTRO DE ENSEÑANZA	Axelsson et al., 1987 ⁴⁶	Profilaxis cada 2-3 meses e instrucciones de salud oral con participación activa	Niños escolares	Experimental	Conducta objetiva y salud	Mejora de la placa, la gingivitis, las caries y las llagas periodontales
	Wight y Blinkhom, 1988 ⁴⁷	Educación en salud dental por higienistas y profesores	Niños escolares	Cuasi experimental	Conocimiento y conducta objetiva	Ambos grupos fueron eficaces, pero el de los profesores fue rentable
	ter Horst y Hoogstraten, 1989 ⁴⁸	Película educativa de salud dental	Niños escolares	Cuasi experimental	Conocimiento	Relativamente fácil mejorar el conocimiento
	Hplund, 1990 ⁴⁹	Aprendizaje enseñado	Niños escolares	Cuasi experimental	Conducta basada en conocimiento	Son relativamente fáciles de conseguir mejoras de conocimientos
	Fuller y Harding, 1991 ⁵⁰	Reloj de azúcar	Niños escolares	Cuasi experimental	Conocimiento	Mejora eficaz del conocimiento a corto y largo plazo
CENTRO DE ENSEÑANZA	Albander et al., 1994 ⁵¹	Higiene oral tradicional. Participación activa, Feedback, Implicación de los padres	Niños de 13 años	ensayo aleatorio controlado	Conducta objetiva y salud	Mejora de la placa y las llagas gingivales sangrantes
	Schou y Wight, 1994 ¹⁵	Campaña de salud oral	Niños escolares	Cuasi experimental	Conducta objetiva y salud	Sólo los niños de clases sociales acomodadas se beneficiaron del programa
LUGAR DE TRABAJO	Hetland et al., 1981 ⁵²	Instrucciones de higiene oral, Limpieza profesional por auxiliares	Adultos	Experimental	Conducta objetiva y salud	Las instrucciones de higiene oral impartidas por un profesional fueron eficaces
	Soderholm et al., 1982 ⁵³	Instrucciones impartidas por un higienista	Adultos	Experimental	Conducta objetiva y salud	Mejora y mantenimiento de la salud periodontal
	Schou, 1985 ⁵⁴	Participación activa	Adultos trabajadores no cualificados	Experimental	Conducta objetiva y salud	Mejora de la placa y las llagas gingivales sangrantes en un 50%
COMUNIDAD	Ambjörnsen Y Rise, 1985 ⁵⁵	Información verbal Demostración	Tercera edad	Experimental	Conducta objetiva	La información verbal produjo una mejora a corto plazo pero la demostración produjo también una mejora a largo plazo
	ter Horst et al., 1985 ⁵⁶	Carta recordatoria	Adultos	Experimental	Conducta objetiva	El estímulo de asistencia a una consulta dental por carta fue eficaz

Referencias

- 1 Dolan T. Identification of appropriate outcomes for an ageing population. *Special Care in Dentistry*. 1993;13:35-39
- 2 World Health Organization. *Global data on dental caries levels for 12 years and 35-44 years*. Geneva:WHO; 1997.
- 3 Petersson HG, Bratthall D: The caries decline: a review of reviews. *European Journal of Oral Sciences*. 1996;104:436-443.
- 4 Nadanovsky P, Sheiham A. The relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12 year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1995; 23: 231-9.
- 5 Sprod AJ, Anderson R, Treasure ET. *Effective oral health promotion. Literature Review*. Health Promotion Wales, Technical Report 20; 1996.
- 6 Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1996;24:231-23 5.
- 7 Kay EJ, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1998; 1 5:132-144.
- 8 Frandsen A. Mechanical oral hygiene practices. State-of-the-science review. In: Kleinman DV, ed. *Dental plaque control measures and oral hygiene practices*. Oxford-Washington DC: IRL Press Limited; 1986, pp. 93-116.
- 9 Levine RS. *The scientific basis of dental health education*. A policy document. London: Health Education Authority; 1996.
- 10 Johnson NW, Warnakulasuriya S, Tavassoli M. Hereditary and environmental risk factors; clinical and laboratory risk markers for head and neck, especially oral, cancer and precancer. *European Journal of Cancer Prevention*. 1996;5:5-17.
- 11 Sheiham A, Cushing AM, Maizels J. The social impact of dental disease. In: Slade GD, ed. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. University of North Carolina; 1997.
- 12 Cushing A, Sheiham A, Meizels J. Developing sociodental indicators - the social impact of dental disease. *Community Dental Health*. 1986;3:3-17.
- 13 Locker D, Grushka. The impact of dental and facial pain. *Journal of Dental Research*. 1987;66:1414-1417.
- 14 Smith JM, Sheiham A. How dental conditions handicap the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1979;21:165-168.
- 15 Schou L, Wight C. Does dental health education affect inequalities in dental health? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1994;11:97-100.
- 16 Leake J, Porter J, Lewis DW. A macroeconomic review of dentistry in the 1980s. *Canadian Dental Association's Journal*. 1993;59: 1-5.
- 17 Health Education Authority. *Health promotion effectiveness reviews summary*. London: Bulletin 7; 1997.
- 18 Gift H, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *American Journal of Public Health*. 1992;82:1663-1668.
- 19 Arnljot HA, Barmes DE, Cohen LK, Hunter PBV, Ship 11, eds. Oral health care systems. *An internacional collaborative study*. London: Quintessence Publ. Co Ltd; 1985.
- 20 Ripa LW. Sealants revisited. An update of the effectiveness of pit-and-fissure sealants. *Caries Research*. 1993;27(Suppl):77-82.
- 21 Health PromotionWales. *Promoting oral health. An integrated approach for Wales*. Cardiff. Health Promotion Wales/Dental Public Health Unit; 1996.
- 22 World Health Organization. Health Promotion. *A discussion document on the concept and principles*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1984.
- 23 World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Health Promotion 1. Geneva: WHO; 1986.
- 24 Grabauskas V. J. Integrated programme for community health in non-communicable disease (Interhealth). In: Leparski, E, ed. *The prevention of non-communicable diseases: experiences and prospects*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1987, pp. 285-3 1 0.
- 25 World Health Organization. *Fluorides and oral health*. Report of a WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use. Geneva: WHO; 1994.

-
- 26 Murray JJ, Rugg-Gunn AJ, Jenkins GN, eds. *Fluorides in caries prevention*. Oxford: Butterworth Heinemann Ltd; 1991.
 - 27 Riordan P. *Dental fluorosis. Diagnosis, epidemiology, risks factors and prevention*. Perth: Health Department of Western Australia; 1994.
 - 28 World Health Organization. *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases*. Report of a WHO Study Group. Technical Report Series No 797. Geneva: WHO; 1990.
 - 29 Department of Health. Committee on Medical Aspects of Food Policy (COMA). *Dietary Reference Values for Food Energy and Nutrients for the UK*. London: HMSO, Reports on Health and Social Subjects 41; 1991.
 - 30 Cannon G. Food and Health: *The Experts Agree*. London: Consumers Association; 1992.
 - 31 Freire MDCM, Cannon G, Sheiham A. *Sugar and Health*. London: Joint Department of Dental Public Health, London Hospital Medical College & University College London Monograph Series 1992, No: 1; 1992.
 - 32 Department of Health. Report of the Panel on Dietary Sugars of the Committee on Medical Aspects of Food Policy (COMA). *Dietary sugars and human disease*. London: HMSO, Report No 37; 1989.
 - 33 Department of Health. Committee on Medical Aspects of Food Policy (COMA). *Nutrition of Elderly People*. London: HMSO, Reports on Health & Social Subjects 43; 1992.
 - 34 Honkala E, Karvonen S, Rimpelä A, Rajala M, Rimpelä M, Prättälä R. Oral health promotion among Finnish adolescents in 1977-89. *Health Promotion International*. 1991;6:21-30.
 - 35 Rugg-Gunn AJ, ed. *Sugarless - Towards the year 2000*. Cambridge: The Royal Society of Chemistry; 1994.
 - 36 Watt R, Daly B, Fulier S. *Strengthening Oral Health Promotion in the Commissioning Process*. A report of a workshop organised by the oral health promotion research group. Lancs: Eden Bianchi Press; 1996.
 - 37 Watt R, Daly B. Making oral health promotion work. *Facing the challenge*. Lancs: Oral Health Promotion Research Group; 1997.
 - 38 Honkala E, Paronen, Rimpelä M. Familial aggregation of dental health habits in Finland. *Journal of Pedodontics*. 1983;7:276-286.
 - 39 Paunio P, Rautava P, Sillanpää M, Kaleva O. Dental health habits of 3-year-old Finnish children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1993;21:4-7.
 - 40 Schou L, Locker D. Oral health. *A review of the effectiveness of health education and health promotion*. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education; 1994.
 - 41 Masalin K. Caries-risk-reducing effects of xylitol-containing chewing gum and tablets in confectionery workers in Finland. *Community Dental Health*. 1992; 9:3 -1 0.
 - 42 Murtomaa H, Vuopio T, Turtola L. The use of xylitol chewing gum in oral health promotion for Finnish students. *Health Promotion International*. 1993;8:271-274.
 - 43 Tonetti MS. Cigarette smoking and periodontal diseases. Etiology and management of disease. *Annals Periodontology*. 1998;3:88-101.
 - 44 Ekman A, Persson B. Effect of early dental health education for Finnish immigrant families. *Swedish Dental Journal*. 1990;14.143-151.
 - 45 Rayner J. A dental health education programme: including home visits, for nursery school children. *British Dental Journal*. 1992; 1 72:57-62.
 - 46 Axelsson P, Kristoffersen K, Karsson R, Bratthal D. A 30-month longitudinal study of the effects of some oral hygiene measures on streptococcus mutans and approximal dental caries. *Journal of Dental Research*. 1987;66:761-765.
 - 47 Wight C, Blinkhom AS. An assessment of two dental health education programmes for school children in the Lothian Region of Scotland. *Journal of Paediatric Dentistry*. 1988;4:1-7.
 - 48 ter Horst G, Hoostgarten J. Immediate and delayed effects of dental health education film on periodontal knowledge, attitudes and behaviours of Dutch adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1989;17:183-186.
 - 49 Hplund U. Promoting change of adolescents sugar consumption: learning by teaching study. *Health Education Research -Theory and Practice*. 1990;5:451-458.
 - 50 Fuller 5, Harding M. The use of the sugar clock in dental health education. *British Dental Journal*. 1991; 170:414- 416.
 - 51 Albander JM, Buishi YAP, Mayer MPA, Axelsson P. Long-term effect of two preventive programs on the incidence of plaques and gingivitis in adolescents. *Journal of Periodontology*. 1994;65:605-610.
 - 52 Hetland L, Midtun N, Kristoffersen T. Effect of oral hygiene instructions given by paraprofessional personnel. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1981; 10:8-14.

-
- 53 Söderholm G, Nobreus N, Attström R, Egelberg J. Teaching plaque control 1: a five visit versus a two visit programme. *Journal of Clinical Periodontology*. 1982;9:203-213.
 - 54 Schou L. Active involvement principle in dental health education. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1985;13:128-132.
 - 55 Ambjörnsen E, Rise J. The effect of verbal information and demonstration on denture hygiene in elderly people. *Acta Odontologica Scandinavica*. 1985;43:19-24.
 - 56 ter Horst G, Hoostgaarten J, Haan W. Stimulating dental attendance in the Netherlands: comparison of three conceptual frameworks. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1985; 1 3:136-139.

Capítulo Catorce

Un Derecho Humano Fundamental

El tema: Equidad en salud

Los autores: David Black, profesional de promoción de la salud especializado en desarrollo de la comunidad y salud; Maurice Mittelmark, Profesor de Promoción de la Salud y Vicerrector del Centro de Investigación y Promoción de la Salud, Universidad de Bergen (Noruega).

El objeto: La equidad en salud es probablemente la cuestión más importante para los promotores de la salud. El deseo de equidad otorga poder a muchas de las intervenciones de promoción de la salud. Los autores aducen lo siguiente:

- 1 Los servicios de salud pueden colaborar con eficacia en la reducción de las diferencias de salud cuando reciben los recursos y el mandato para hacerlo
- 2 La educación es un instrumento eficaz para mejorar la alfabetización para la salud y promover la equidad en salud
- 3 La acción destinada a mejorar la equidad en salud debe tener lugar dentro del contexto del desarrollo económico, social y humano
- 4 Los enfoques basados en el desarrollo de la comunidad constituyen potentes instrumentos de mejora de la equidad en salud
- 5 La salud es una de las fuerzas más potentes para la vitalidad económica. Las inversiones en salud dan tasas de rendimiento altas


Después de trabajar para el Departamento de Promoción de la Salud de Glasgow durante 11 años, David Black dedicó 6 años al 'Glasgow Healthy City Project', estando ahora al frente de 'Communicable Health', consultoría de investigación y diseño. Posee experiencia sobre el terreno en desarrollo comunitario, pobreza y desigualdades en salud, habiendo publicado diversos trabajos sobre estas cuestiones. Es miembro de la junta directiva de UK Public Health Alliance. El Profesor Mittelmark, psicólogo y epidemiólogo comunitario, es vicepresidente para proyectos especiales de la IUHPE, y supervisor de educación de postgrado en promoción de la salud.

Introducción

La equidad en salud es el núcleo focal de la promoción de la salud, y es abordada directa o indirectamente en casi todos los capítulos de este Libro de Evidencia. De ahí que el material presentado en este último capítulo tenga por objeto servir de suplemento al resto de esta obra, ya que resume la evidencia que apoya las afirmaciones siguientes:

- ▶ Las políticas y acciones adecuadamente implantadas para mejorar la equidad en salud, y que ejercen un efecto positivo medido en el estado de salud de los pueblos pueden asimismo tener:
- ▶ Un impacto social positivo al fortalecer la comunidad y a las familias
- ▶ Un impacto económico beneficioso consecuencia de una sociedad más vigorosa y productiva
- ▶ Un impacto político positivo producido por una abogacía eficaz para la reducción de las diferencias en salud

Los impactos positivos son recíprocos. Las comunidades fuertes, una política pública saludable y el desarrollo económico sostenible, son todos elementos que pueden trabajar inevitablemente en pro de la mejora de la equidad en salud. Durante las casi dos décadas que han transcurrido desde la publicación del informe Black¹, han ocurrido muchas cosas que han mejorado la equidad en salud en Europa, si bien queda mucho camino por recorrer². Afortunadamente, Europa vive ahora un momento que permite colocar la equidad en salud en el punto de mira tanto de la política como de la acción, a todos los niveles de la sociedad. Aquí describimos el progreso y presentamos la evidencia de una serie de estrategias destinadas a mejorar la equidad en salud.

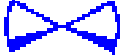
El término 'equidad en salud' se utiliza aquí siguiendo las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud y de Whitehead³, concentrándonos en el ideal de  brindar las mismas oportunidades a todas las personas para que disfruten de la salud en todo su potencial. Estaríamos de hecho pisando terreno resbaladizo si interpretásemos esta meta como un estado de salud igual para todos. La orientación que Whitehead³ ofrece sobre esta cuestión es clara y razonable, ya que pone ciertamente de manifiesto que una meta realista reside en la reducción de las diferencias entre la salud de las personas en la medida de lo posible por medio de una igualdad de oportunidades en salud. Una metáfora deportiva puede servirnos en este caso: el campo de juego debe estar lo más nivelado posible para que las diferencias de juego se puedan determinar con imparcialidad.

Determinantes de la equidad en salud

Hay más que suficiente evidencia de que las condiciones socioeconómicas relacionadas con los ingresos, la educación y el empleo son el origen de buena parte de la mala salud^{4,5}. No se trata solo de un problema de economías en dificultades, tal como lo demuestran datos de toda Europa. En 1993, se estimaba que más de 57 millones de personas de prácticamente todos los países de la región vivían en casi 23 millones de hogares pobres⁶. Incluso en los países más ricos de Europa, aquellos que disfrutaban de los mejores recursos viven varios años más y padecen menos enfermedades y minusvalías que los más pobres⁷.

La intervención que tiene como fin mejorar estas condiciones representa obviamente un gran reto, pero es posible⁸. Una evaluación reciente de la OMS⁹ llegaba a la conclusión de que '... la salud es mejor donde se adoptan medidas activas que abordan los determinantes sociales de la salud (como la pobreza, la falta de un hogar, el desempleo)'. Conforme a esta evaluación, la mejora de la equidad en salud se encuentra hoy en día entre las mayores prioridades de la OMS. En observaciones recientes que describían la nueva política relativa a la salud y al desarrollo económico, la Directora General Brundtland subrayaba la necesidad de mejorar las políticas de salud que incluyen cuestiones sociales y relativas a la economía y al entorno¹⁰.

La interpretación que hace la OMS del problema es coherente con importantes modelos socioeconómicos actuales, en los cuales la salud se concibe como resultado de los efectos de todos los factores que inciden en las vidas de los individuos, las familias y las comunidades, por medio de distintos mecanismos y vías¹¹. Este punto de vista coloca a las personas en el centro, junto con los factores relativos a la edad, el sexo y la genética que configuran su potencial de salud. Estos últimos están rodeados de capas de factores ambientales, potencialmente modificables, que van del nivel ambiental micro al macro. La capa más cercana está compuesta por la conducta personal y los medios de vida que pueden promover o perjudicar la salud. La capa siguiente son las influencias sociales y económicas que brindan apoyo mutuo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero que también pueden dejar de brindar apoyo, o tener incluso un efecto negativo. La tercera capa incluye factores estructurales como la vivienda, las condiciones de trabajo, el acceso a los servicios, los suministros de alimentos y la disponibilidad de las facilidades esenciales.

Por encima de todo esto se encuentran las condiciones de vida socioeconómicas, culturales y ambientales predominantes, tanto nacionales como internacionales. El  valor principal de este modelo en el contexto actual reside en que ayuda a plantear el argumento siguiente: es imposible separar la equidad en salud de muchas otras cuestiones objeto de inquietud pública, que en principio no están orientadas a la salud. Las complejas cuestiones que inciden en los resultados de salud, y en las desigualdades socioeconómicas derivadas de las mismas, suponen que para que las Autoridades Sanitarias representen un papel eficaz a la hora de abordarlas, se requiere tanto un enfoque específico sobre las desigualdades en salud como un compromiso con un trabajo multiagencial, de cara a un cambio positivo. Esta complejidad es un tema que volveremos a abordar en otras partes de este capítulo.

Investigación y Demostración

La literatura relativa a la eficacia de las acciones destinadas a mejorar la equidad en salud abarca una gama muy amplia de disciplinas y métodos de estudio. Dentro de esta diversa literatura ha de encontrarse evidencia de la gama completa de resultados de promoción de la salud que conducen a una mejora de la equidad en salud (descrita por el Profesor Nutbeam ► *Véase el Cap. 1*), incluida una mejor alfabetización para la salud, la acción y la influencia social y una política pública saludable. La naturaleza de la evidencia cambia, como es de suponer, con el campo de estudio. No hay un único método o enfoque que resuelva todos los problemas. Forzosamente, la evidencia revisada a continuación abarca una amplia gama que recoge desde análisis ecológicos internacionales, que dependen por completo de métodos estadísticos, hasta proyectos comunitarios, que dependen por completo de métodos descriptivos cualitativos.

El Impacto Sanitario

El término impacto sanitario, tal como lo utilizamos aquí, se refiere tanto a la salud de las personas individualmente, y de las poblaciones, como a los servicios sanitarios eficaces cuya labor contribuye a la mejora de la equidad en salud. Como indicó el Profesor McKee ► *Véase el Cap. 11*), existen ciertamente oportunidades de que los servicios sanitarios contribuyan a una mejora de la equidad en salud. Encontramos evidencia en este sentido, por ejemplo, en una reciente revisión sistemática de revisiones de intervenciones implantadas por medio de los servicios sanitarios destinadas a mejorar la salud de los grupos menos favorecidos¹². Esta revisión se concentró en intervenciones que los servicios sanitarios podían implantar solos o en colaboración con otros

organismos. Identificó 21 revisiones académicas y 94 estudios que satisfacían criterios de inclusión estrictos, resumidos de la manera siguiente: ‘Pese a que es probable que la contribución más importante a la reducción de las desigualdades en salud resida en la mejora de las condiciones económicas y sociales ... existe una gama de intervenciones que se pueden promover por medio de los servicios sanitarios con el fin de reducir las desigualdades’.

Se identificó una serie de características del éxito, a saber:

- ▶ Enfoques sistemáticos e intensivos de prestación de una atención de salud eficaz a los grupos menos favorecidos, mejora del acceso e incentivos que promuevan el uso de los servicios
- ▶ Estrategias que utilicen una combinación de intervenciones e impliquen un enfoque multidisciplinario
- ▶ Garantía de que las intervenciones abordadas expresen o identifiquen las necesidades de la población objetivo, e impliquen a homólogos en la prestación de intervenciones

El desafío, *en términos de prestación de servicio*, consiste en seguir convenciendo a los servicios sanitarios de que existen medios eficaces de participar, al tiempo que se siguen explorando y difundiendo métodos de práctica que han demostrado funcionar.

A nivel individual, otros capítulos han revisado la evidencia existente con respecto a una amplia gama de cuestiones, especialmente la nutrición y el tabaco, que están estrechamente relacionadas con las diferencias socioeconómicas y, en consecuencia, con las desigualdades en salud. Aquí, llamamos la atención sobre el hecho de que muchas de las estrategias de intervención orientadas a la persona descritas en otros capítulos son educativas, estando destinadas a cambiar el conocimiento, las actitudes o la conducta relacionados con la salud. Desde una perspectiva de equidad en salud, el valor principal de dichas intervenciones de ‘alfabetización para la salud’ residiría en el ‘empoderamiento’ individual resultante de la capacidad para tomar decisiones informadas en circunstancias difíciles. El fortalecimiento de los individuos puede verse en que los participantes en numerosos proyectos de salud y de desarrollo comunitario²⁸ tienen un aprendizaje base que incluye una acción tanto educativa como social, y que lleva con frecuencia a prestar servicios comunitarios. Nos referimos a esto como conseguir que las personas sean ‘Aptas para contraatacar’.

La evidencia de la eficacia de la educación como instrumento de intervención destinado a abordar específicamente la desigualdad en salud es escasa, pero positiva. El gobierno holandés encargó a Gepkens y Gunning-Schepers^{13,14} una revisión exhaustiva de la evidencia relativa a esta cuestión. Estos autores examinaron 129 intervenciones de una u otra forma dirigidas a abordar el problema de las desigualdades en salud, un amplio subconjunto de las cuales utilizaba métodos educativos. En la mayoría de los casos investigados, los efectos fueron positivos. Además, existe buena evidencia de que cuando las iniciativas educativas emplean enfoques modernos basados en procesos sociopsicológicos clave (p.e. el papel de las relaciones sociales y su influencia en la conducta), los efectos de la educación son más intensos¹⁵.

Al nivel de las poblaciones, la mejor evidencia relativa a los determinantes sociales y económicos de la salud en Europa procede de análisis ecológicos (comparaciones intranacionales e internacionales) que, sin excepción, apoyan dos conclusiones, tal como informa sucintamente Bobak¹⁶. La primera es que las diferencias socioeconómicas en salud son universales. La segunda es que la privación relativa, y no la pobreza absoluta, es el elemento decisivo para comprender las desigualdades en salud en una Europa que está lejos de la aplastante pobreza de algunas otras regiones del mundo.

A esto se añade que la privación puede tener muchas caras, que incluyen las oportunidades limitadas de participar en la sociedad, el aislamiento, la capacidad limitada para tratar la información, la falta de recursos materiales, la pobreza, una escasa educación y el desempleo, o el empleo inadecuado, entre otros elementos.

Existe evidencia concluyente de que la privación en estas áreas guarda una relación estrecha con una salud más precaria^{3-5,17}. La comprensión fundamental que debemos extraer de esta línea de evidencia es, por consiguiente, que la promoción de la salud destinada a mejorar la equidad en salud debe tener lugar dentro del contexto del desarrollo económico, social y humano¹⁸. *Podemos encontrar un abanico de ejemplos de este tipo de trabajo en toda Europa. A nivel local, éstos podrían incluir la prestación de servicios de asistencia social en los Centros de Salud¹⁹. A nivel urbano, el desarrollo de la planificación urbana para la salud dentro del marco Salud Para Todos ofrece un conjunto de buenos ejemplos. El trabajo en el campo de la salud de las mujeres desarrollado en Glasgow, y ahora promovido en la UE, es un ejemplo excelente. Ref. Action for Women's Health: Making changes through organisations.*

El Impacto Social

Muchas intervenciones en el campo de la equidad en salud ejercen su impacto principal en la comunidad. Utilizan métodos de desarrollo y regeneración de la comunidad que tienen por objeto aumentar la capacidad de la población local para definir y resolver los problemas y desarrollar recursos¹⁹. Algunos de estos programas estuvieron originalmente dirigidos a solucionar problemas comunitarios específicos, como la pobreza, pero ofrecen el beneficio adicional de incrementar el dominio de la comunidad en general. Otros han estado desde el principio destinados a crear la capacidad necesaria para que la comunidad se pueda comprometer en una amplia gama de problemas y pueda aprovechar las oportunidades de desarrollo. Existe una importante diversidad entre los programas de desarrollo comunitario en relación con su objeto, tamaño, estructura, financiación, dotación de personal y duración. A pesar de esta diversidad, es posible extraer lecciones generales que al parecer son aplicables a prácticamente todos los programas de desarrollo comunitario.

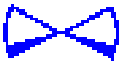
Lo más importante es que el desarrollo comunitario sea sistemático, y además participativo^{20,21}. Las primeras fases se suelen concentrar en el trazado no solamente de los problemas comunitarios, sino también de sus recursos y oportunidades. A continuación suelen venir la planificación de los programas y su aplicación, evaluación permanente y el ajuste, proceso éste que con frecuencia lleva varios años. En cada una de las fases, la participación / implicación de la comunidad local es un factor clave, al cual contribuyen los profesionales de salud pública y promoción de la salud, la autoridad local y otros sectores, según proceda. Otros elementos claves del éxito, basados en la experiencia europea, incluyen la promoción de grupos fuertes de ciudadanos, la coordinación e integración de los programas, el establecimiento de las prioridades en materia de oportunidades de empleo, la lucha contra la pobreza, la adopción de un compromiso a largo plazo con el programa y la dotación de recursos adecuados y protegidos¹⁸.

Healthy Cities²² (Ciudades saludables) y 'Health for All' (HFA) (Salud para Todos), con cientos de comunidades participantes, ofrecen un sólido marco multiagencial, y un modelo filosófico de apoyo al desarrollo comunitario y los enfoques saludables en Europa. Existen diversas demostraciones del impacto social positivo de los programas de desarrollo y regeneración comunitarios. Podemos encontrar ejemplos de primera importancia en los hallazgos del programa *Poverty and Health: Tools for Change*²³ de UK Public Health Alliance. Este estudio examinó el trabajo de colaboración comunitaria en relación a la pobreza y la salud. Se preparó un

paquete de medidas que sirviera de recurso a las personas que vivían y trabajaban en áreas de pobreza. Se esperaba que este material fuera estudiado y utilizado por los planificadores y los encargados de la elaboración de las políticas de salud y bienestar de las poblaciones locales.

Una parte importante de este programa consistió en identificar y describir ejemplos de prácticas correctas. Entre los resultados observados, se pueden citar los siguientes:

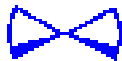
- ▶ Mayores ingresos para las personas y las comunidades, como resultado de un aumento del empleo entre la población local, una mayor aceptación de las prestaciones y una reprogramación de la deuda
- ▶ Una mejora de la calidad de vida y el bienestar de las comunidades, como resultado de la toma de contacto con personas aisladas y de la mejora de su autoestima, motivación y habilidades
- ▶ Un mejor apoyo comunitario, como resultado de la prestación de servicios, tal como el asesoramiento confidencial a las mujeres
- ▶ Una mayor implicación de la comunidad, como resultado de la realización de una encuesta de salud 'escúchanos' (listen to us) y de una acertada campaña en una guardería
- ▶ Mejores relaciones entre no profesionales y profesionales, como resultado de la implicación de la población local en la valoración de las necesidades y la planificación de los servicios de salud mental
- ▶ Mejor colaboración interagencial y desarrollo estratégico, como resultado de la creación de alianzas entre colaboradores improbables y del desarrollo de grupos de trabajo interagenciales destinados a abordar la pobreza y la salud
- ▶ Una mejor comprensión de la salud como cuestión comunitaria, como resultado de una mejor conciencia entre los profesionales de salud mental de que los ingresos y la vivienda son temas de salud.

El resumen de la evidencia es que los enfoques de desarrollo y regeneración de la comunidad de base amplia constituyen instrumentos potentes de mejora de la equidad en salud localmente cuando cuentan con un apoyo e implantación correctos. Deben recomendarse como promoción de la salud altamente prioritaria en aquellas comunidades donde dicho programa no existe todavía, y fortalecerlos en las comunidades donde éste ya existe. 

El Impacto Económico

Es casi axiomático que una sociedad que dé prioridad a la equidad en salud de sus miembros disfrute de un rico abanico de impactos económicos positivos. Una y otra vez ha sido demostrado que la salud y la educación se encuentran entre las fuerzas más poderosas de la salud económica, habiendo los estudios ratificado una y otra vez que las inversiones en salud y educación arrojan tasas elevadas de rendimiento²⁴. De los datos de los países más pobres se desprende con claridad que las inversiones básicas en salud y educación pueden influir en resultados económicos positivos. Experiencias de este tipo se han vivido en Trinidad y Tobago, Cuba, Chile, Singapur y Costa Rica, donde la inversión en salud y educación es una prioridad, habiéndose reducido la pobreza de tal manera que afecta a menos del 10% de la población²⁴. En Europa, siguen existiendo enormes

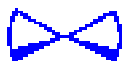
desigualdades entre un país y otro, tanto a nivel de la inversión en salud y educación, como de la vitalidad económica. Dado que son muchos los factores que intervienen en la ecuación de la economía, resulta imposible indicar el grado en que un impacto económico positivo es el resultado de una inversión mejor en equidad en salud. Sin embargo, los países que invierten mucho en salud, tienden también a disfrutar de fuertes economías en crecimiento, mientras que aquellos que realizan inversiones modestas en salud experimentan economías más débiles²⁴. Esta correlación apoya el argumento de que la inversión en salud debiera ser considerada parte esencial de una receta tanto para el desarrollo humano *sostenible*, como para el desarrollo económico *sostenible*. El G7 ha ido más allá, basado en la fuerza concluyente de la evidencia, hasta llegar a la conclusión de que la salud de las personas es decisiva para el desarrollo económico. Si no se promueve la salud, no hay esperanza de alcanzar los objetivos de desarrollo¹⁷.



El Impacto Político

Los países europeos han aplicado diversos enfoques políticos para promover la equidad en salud, siendo ésta una consecuencia natural de la heterogeneidad económica, social y política de la región. El análisis que hace Whitehead²⁵ de la difusión de las ideas sobre las desigualdades sociales en salud en Europa se basa en el estudio de tres casos de países que ilustran la diversidad de enfoques. Uno es el caso holandés, donde el consenso laboriosamente conseguido durante tres décadas ha tenido como resultado un programa nacional de investigación y desarrollo, que se concentra en los mecanismos causales y en una evaluación de las intervenciones con el fin de abordar las desigualdades en salud. Otro caso es el de Inglaterra, que se caracteriza porque cuando el informe Black¹ fue emitido en 1980, la confrontación política tropezó con el rechazo, que vino seguido abruptamente, a mediados de los noventa, por la consideración de la reducción de las desigualdades en salud, como el objetivo prioritario del nuevo gobierno laborista. El tercer caso es el de Suecia, donde la cuestión de las desigualdades en salud ha sido una preocupación pública importante durante sesenta años, siendo la reducción de las desigualdades un objetivo político de primera importancia desde mediados de los ochenta.

Un punto clave reside en que, con independencia del papel que en ella desempeñemos, la cuestión de la igualdad en salud tiene una alta y creciente actualidad política en la Europa de hoy. Esto se refleja, también, en la experiencia del marco internacional más conocido de equidad en salud, el programa *Salud para Todos (Health for All)* de la OMS²⁶. *Actualizado hoy como Salud para Todos en el Siglo XXI (Health for All in the Twenty-first Century)*, establece prioridades globales para las dos primeras décadas del nuevo milenio, y diez objetivos destinados a crear las condiciones necesarias para que los pueblos del mundo alcancen y mantengan el nivel de salud más alto posible.



Adopta asimismo este enfoque la reciente *Agenda 21* de la OMS, la estrategia de desarrollo sostenible que considera que la salud es fundamental para el desarrollo sostenible. **La mayoría de los países europeos han firmado tanto Salud para Todos como la Agenda 21.**

Esto ha llevado a la formación de marcos de actuación nacionales, teniendo la mayor parte de los países europeos establecidas políticas de salud que tienen por objeto abordar los objetivos de *Salud para Todos* y programas de desarrollo sostenible que apoyan la Agenda 21. Ambos programas proporcionan instrumentos - Ciudades Saludables (Healthy Cities) y Agenda Local 21 (Local Agenda 21) – que hacen posible un cambio positivo a nivel comunitario. Estos programas son modelos de colaboración entre el sector sanitario, el gobierno local y los organismos voluntarios y académicos²⁷.

De este modo, si bien ha necesitado varias décadas para emerger, el impacto político de haber abordado la cuestión de la equidad en salud ha sido positivo en buena parte de Europa, a nivel local, nacional e internacional. El desafío, como es de suponer, reside en que aún queda mucho camino por recorrer antes de que Europa disfrute de un grado de equidad en salud que sería la demostración del éxito del movimiento político. Todavía hay motivos para que seamos optimistas; basándose en la evidencia, sobre las posibilidades de que la abogacía pública y profesional concertada por la equidad en salud puede influir positivamente en los resultados políticos.

Conclusión

Hemos aducido aquí que disponemos de una serie de métodos para mejorar la equidad en salud. Además, la mejora de la equidad en salud es la esencia de la filosofía y la práctica de salud moderna. Favorece no solamente los intereses directos de la persona y las familias, sino también los intereses del desarrollo humano a todos los niveles de la sociedad. **Existen sólidas razones sanitarias, económicas y políticas para reducir la falta de equidad en salud en Europa, todas ellas incuestionablemente justificadas por el hecho de que la buena salud es un derecho humano fundamental. El papel de los organismos sanitarios en esta labor es clave. A pesar de no ser los únicos actores, el liderazgo que pueden ofrecer es muy importante. Necesitan recibir mayor apoyo para poder desarrollar y facilitar los enfoques de colaboración que han demostrado incidir positivamente en las cuestiones relativas a la equidad.**

Podemos paladear lo conseguido, no porque hayamos superado el desafío, sino porque demuestra que existen métodos eficaces. Lo que ahora se necesita en el centro del escenario es una política firme, acompañada de recursos serios, que permita implantar un trabajo de colaboración eficaz en cada país, ciudad, población y pueblo de Europa.

Referencias

- 1 The Black Report 1982. *In Inequalities in Health*. P. Townsend, N. Davidson, M. Whitehead (eds.). pp.29-213. Penguin, London, 1988
- 2 *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. DoH 1998
- 3 Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 1992;22:429-445.
- 4 Macintyre, S. *The Black report and beyond what are the issues?* Social Science and Medicine. Vol, 44,6 1997.
- 5 Wilkinson, R. *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*. London: Routledge, 1996.
- 6 *Poverty in Europe*. European Anti-poverty Network. EAPN 1998
- 7 *Health 21*. WHO Europe. Copenhagen, World Health Organization 1998.
- 8 Benzeval M, Judge K, Whitehead M. *Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action*. King's Fund Publishing, London, 1995.
- 9 *Health in Europe 1997*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
- 10 Gro Harlem Brundtland. Keynote presentation at seminar 'Public Health for the New Era'. Kings Fund, London 1999.
- 11 Whitehead, M. & Dahlgren, G. What can be done about inequalities in health? *The Lancet*. 338:1059-1063(1991).
- 12 NHS Center for Reviews and Dissemination (NHSCRD). Review of the research on the effectiveness of Health Service Interventions to reduce variations in Health. CRD Report 3. York:NHSCRD, University of York; 1995.
- 13 Gunning-Schepers I, Gepkens A. Review of interventions to reduce social inequalities in Health: research and policy implications. *Health Education Journal*. 1996;55:226-238

-
- 14 Gepkens A, Gunning-Schepers I. Interventions to reduce socio-economic health differences: *European Journal of Public Health*. 1996;6:218-26
 - 15 Hansen WB, Graham JW. Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*. 1991;20:414-430.
 - 16 Bobak M. Social determinants of health across Europe. *Forum* 1998;8.3(suppl. 4):17-25.
 - 17 Berkman LF, Orth-Gomer K. *Prevention of cardiovascular morbidity and mortality: Role of social relations*. In: Orth-Gomer K and Schnelderrnan N eds.; Behavioural medicine approaches to cardiovascular disease prevention. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1996, 51-67.
 - 18 Ziglio E, Levin LS, Bertinato L. Social and economic determinants of health: Implications for promoting the health of the public. *Forum*. 1998;8.3 (suppl. 4):6-16.
 - 19 Whitehead M. *Tackling inequalities: A review of policy initiatives*. In: Benzeval M, Judge K, Whitehead M. Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action. King's Fund Publishing, London, 1995, pages 22-52.
 - 20 Mittelmark MB. *Community-wide health promotion: Lessons from diversity*. In: Bracht N (ed.). Health Promotion at the Community-wide Level. Sage, Newbury Park, 1999.
 - 21 Labonte R. Heart health inequalities in Canada: Models, theory and planning. *Health, Promotion International*. 1992;7:119-127.
 - 22 Davies JK, Keiiy M (eds.). *Healthy Cities: Research and Practice*. London, Routledge, 1993.
 - 23 Pavis, S. Platt, S. *Health Inequalities: the major challenge for the new Scotland*. RUHBC, Edinburgh 1998.
 - 24 UNDP. Human Development Report 1997.
 - 25 Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: A European perspective. *The Milbank Quarterly*. 1998;76:469-492.
 - 26 *Targets for Health for All*. WHO, Copenhagen, World Health Organization. 1991.
 - 27 *City Planning for health and sustainable development*. WHO, Copenhagen, World Health Organization. 1998.
 - 28 Craig, P. A *Different Role: Health Visiting in a Community Project*. Glasgow, Drumchapel Community Health Project, 1993.
 - 29 Citizens Advice Bureaux in Primary Care: A review of available information. Bournemouth: Institute of Health and Community Studies. 1998.
 - 30 Action for Women's Health: Making changes through organisations.

