

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 UNO
DOCUMENTO BASE

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



Esta publicación ha sido traducida por la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, de la Dirección General de Salud Pública Consumo y 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.
- 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. Subdirección General de Tecnologías de la Información.

Tratamiento de textos: M^a Jesús Corrochano Trujillo.

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 one. Core document



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 sólo ha realizado esta recopilación de evidencias (La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Parte II), 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 es el que ahora se presenta, y que ayudará mucho a acercar estas posiciones, facilitando a los decisores políticos los argumentos suficientes para apoyar la promoción de la salud de manera decidida, respetando sus características.

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
Directora General de Salud Pública y Consumo

Indice

La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud – Configurando la salud pública en una Nueva Europa	<i>p1</i>
Capítulo 1 Promoción de la salud – un papel a desempeñar en el marco de salud pública de la Nueva Europa.....	<i>p4</i>
Capítulo 2 Tomándole el pulso a la promoción de la salud.....	<i>p9</i>
Capítulo 3 Salvando las distancias	<i>p21</i>
Capítulo 4 Recorriendo el camino	<i>p26</i>
Clave de los símbolos e información de copyright.....	<i>p29</i>

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 Hagard, 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 las Enfermedades 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.

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 DGV de la Comisión Europea

¿Qué es este Informe y a quién va dirigido?

Este informe en dos partes es el producto de 12 meses de investigación y estudio de la eficacia de aquello que se conoce con el nombre de 'promoción de la salud'.

Se pidió a prestigiosos académicos que realizasen una investigación relacionada con la evidencia conocida de la promoción de la salud y las estrategias y programas de prevención de la enfermedad de los últimos 20 años. No se les pidió que llevasen a cabo una investigación nueva u original, sino que utilizarasen su conocimiento experto para comentar sus hallazgos.

Cuando los primeros hallazgos de la investigación comenzaron a emerger, se invitó a otros testigos expertos de los sectores político, económico, social y sanitario a entablar un debate con la comunidad de promoción de la salud y a comentar dichos hallazgos. Se celebraron reuniones internacionales en Bruselas y París. El objetivo consistió en encontrar medios de salvar las distancias de comprensión entre las audiencias políticas constituidas por los responsables de la toma de decisiones y los asesores, por un lado, y por los profesionales académicos y científicos de promoción de la salud, por el otro. El punto central del debate fue el siguiente: ¿Cuál es la evidencia de que la promoción de la salud funciona y constituye una estrategia eficaz en la salud pública?

La **Parte Uno** de este informe tiene por objeto materializar la evidencia, al tiempo que emite recomendaciones para la acción. Ha sido diseñada a modo de guía destinada a los responsables de tomar las decisiones.

La **Parte Dos** del informe presenta en detalle la Evidencia. Ha sido diseñada para que la utilicen los asesores de política pública que deseen estudiar en mayor profundidad cuestiones generales o determinados temas específicos. Incluye también un historial internacional de la promoción de la salud en Canadá, y describe cómo un marco estructural de promoción de la salud desempeñó un papel en la elección de la orientación de los servicios sanitarios de dicho país y en su revitalización.

Este informe no tiene por objeto 'educar' a los lectores en el arte de la promoción de la salud. Busca en cambio concentrarse en aquello que realiza actualmente la promoción de la salud. Cada capítulo del Libro de Evidencia (Parte Dos) examina los impactos sanitarios, sociales, económicos y políticos de las estrategias, al igual que las conclusiones de sus autores.

El objetivo perseguido consiste en estimular el debate a medida que Europa avanza hacia la estructuración de su nuevo Marco de Salud Pública.

Capítulo Uno

Promoción de la salud – un papel a desempeñar en el Marco de Salud Pública de la Nueva Europa

‘Por ello, amigos míos, os insto a todos, sin escatimar tiempo, dinero o trabajo, a que os embarquéis con todas vuestras fuerzas en este saludable arte, el de preservar la vida humana’.

Marsilio Ficino, Estadista, Filósofo, Sacerdote y ‘Promotor de la salud’, 1433-1499

En realidad, la promoción de la salud ha estado con nosotros desde siempre.

Históricamente, era el territorio de los filósofos, que establecían una estrecha relación entre el cuerpo, la mente y el alma, y proponían remedios. La salud del alma, decían, y la vitalidad de la mente, tenían un efecto directo en el estado del cuerpo. La evidencia de la eficacia, decían, se obtenía en virtud de la observación.

Después de 20 años de actividad profesional en el campo de la promoción de la salud, y de evolución de su aceptación internacional e infraestructura de apoyo, [» Véase Una breve guía de la promoción de la salud, página 2](#), este informe trata de reunir la evidencia de su eficacia, y de formular su significado de cara a la superación de los desafíos para la salud de Europa. La comunidad de promoción de la salud comprende con claridad que los responsables de confeccionar las políticas deben saber esto antes de proporcionar recursos adicionales, o de desviar una mayor cantidad de los existentes hacia las políticas y estrategias de promoción de la salud.

El proceso de generación de este informe ha permitido que la audiencia política pusiese a los promotores de la salud al tanto de aquello que buscan. En primer lugar, existe la necesidad de saber que la promoción de la salud hace un uso razonable, seguro y eficiente de los recursos públicos. En segundo lugar, existe la necesidad de saber que la promoción de la salud generará una salud mejor para las personas y una mejor calidad de vida.

Este informe debe actuar como catalizador de un nuevo debate; un debate en el cual las audiencias políticas y los promotores de la salud aúnen sus fuerzas como aliados naturales en la búsqueda conjunta de medios que permitan hacer frente – a nivel político, social, económico y sanitario, a las evoluciones de ‘La Nueva Europa’.



La ‘Nueva Europa’

Cuando se finaliza este informe, el terrible espectáculo de la mayor migración forzosa de los pueblos europeos desde la Segunda Guerra Mundial aparece todas las noches ante nuestros ojos. Escuchamos tremendas historias que hablan de cientos de miles de refugiados que, hasta que los indeseables carniceros de las tropas enemigas invadieron sus hogares, eran en cierta medida responsables de su salud y bienestar y del de sus familias.

Ahora se han convertido en un problema político, social y sanitario para el conjunto de Europa. Las desigualdades en salud se han incrementado de forma espectacular, estando previsto que incidan tanto dentro la Unión Europea, como en todos sus vecinos próximos, algunos de los cuales desean convertirse en miembros de dicha Unión en cuanto les sea posible.

Alrededor de 120 millones de personas de toda Europa, incluidos los países de la Confederación de Estados Independientes (CIS), viven ya por debajo del umbral de la pobreza, definido en 4 dólares americanos diarios. En 10 países europeos, la esperanza media de vida presentaba en los noventa una variación de 15,3 años - entre Islandia (79,3 años) y Turkmenistán (64 años). (Fuente: WHO 'Health 21').

Todo esto se verá exacerbado por los últimos acontecimientos de los Balcanes. Con todo, a pesar de que las incertidumbres abundan, existen también cuestiones importantes que los responsables de planificar las políticas ya conocen, y para las cuales se están preparando. Éstas incluyen:



Un mapa político redefinido que abarcará a muchos estados de Europa Central y Oriental en una Unión Europea ampliada, creando uno de los mayores bloques políticos, económicos y comerciales del mundo, con una población que acaso llegue a superar los 500 millones de personas.

Esta Unión contendrá un mayor número de personas de edad avanzada que cualquier otra región del mundo, y un número menor de personas disponibles para trabajar, que se verán obligadas a generar un rendimiento económico que permita sustentar, mantener y proporcionar medios de vida al mayor número de personas, nunca visto en la historia moderna.

Al mismo tiempo, esta nueva Unión ampliada tendrá que hacer frente no solamente a las amenazas que plantean nuevas enfermedades, sino también al resurgimiento de enfermedades que todos considerábamos eliminadas, como la TB (tuberculosis). En medio de todo ello, nuestros sistemas políticos y sanitarios tendrán que abordar un problema que ha estado siempre presente, pero que solamente ahora ha sido reconocido por lo que es: la carga de la enfermedad mental. Uno de cada cinco adolescentes sufren en la actualidad alguna clase de dolencia mental. Estos adolescentes serán personas maduras dentro del calendario operacional del nuevo marco de salud pública. El problema no está desapareciendo.

Otras cuestiones como el desempleo, la drogadicción, el estrés y el alcoholismo crecientes, a las que se suma el elevado y continuo número de fumadores, plantearán retos extraordinarios a aquellos que tomen las decisiones en los próximos 25 años. La violencia, sobre todo aquella dirigida contra las mujeres, está en alza en todas partes. En los países industrializados, se notifica que los malos tratos domésticos causan más daño a las mujeres que los accidentes de tráfico, las violaciones y los asaltos con robo juntos.

Las preguntas que este informe trata de abordar son las siguientes:

- ▶ ¿Qué importancia reviste la promoción de la salud a la hora de abordar estas cuestiones?
- ▶ ¿Qué niveles de recursos se necesitan?
- ▶ ¿Qué estrategias funcionan?
- ▶ ¿Es la evidencia suficientemente sólida para que aquellos que deciden las políticas apoyen plenamente y con auténtica confianza, los procesos de promoción de la salud, en el desarrollo de una variedad de políticas de salud pública, y aporten los recursos necesarios para que esto sea posible con una eficacia que se pueda medir?



Superando la prueba

La medición de la eficacia de la promoción de la salud no es una actividad que se asemeje a la toma de la temperatura de un paciente.

La medición de la eficacia de la promoción de la salud se parece más a esperar que los cultivos de primavera crezcan después de preparar la tierra en otoño e invierno. Siempre debe transcurrir un tiempo antes de que los efectos de un entramado de estrategias y procesos de promoción de la salud coherentes y relacionados comiencen a mostrar resultados que se puedan medir.

Don Nutbeam, Profesor de Salud Pública de la Universidad de Sydney, y autoridad internacional en el campo de la eficacia de la promoción de la salud, insta a las audiencias políticas y expertas a que lean este libro y vean más allá del ‘proceso de los ensayos clínicos aleatorios’. » Véase *El Libro de Evidencia, Cap. 1*. ‘A corto plazo, el resultado exitoso de la cirugía de bypass coronario es diferente al resultado que se puede esperar de la aplicación de un programa educativo destinado a ayudar a una persona a mejorar su conocimiento y habilidades para adoptar un estilo de vida saludable. A largo plazo, ambos tienen por objeto reducir el impacto de la enfermedad cardíaca coronaria’, dice.

De allí que parte de lo que presenta El Libro de Evidencia pueda no parecer tan ‘puro’ como le gustaría a algunos ‘científicos’, ni tan ‘científico’ como les gustaría a algunos ‘puristas’. Inevitablemente, abarca una amplia gama de disciplinas y métodos de estudio, que incluyen desde análisis económicos internacionales que dependen de la estadística, hasta proyectos de demostración comunitaria que dependen de métodos cualitativos. Algunas de las respuestas que las audiencias políticas desearían oír no se pueden dar, porque, en los últimos 20 años, o bien no se han planteado las preguntas, o no han sido planteadas cómo lo exigen ahora los gestores de los presupuestos de los ministerios de finanzas de los gobiernos. Sin embargo, la investigación es honrada y fidedigna.

Después de 20 años de prácticas profesionales, se ofrece un conjunto de evidencias de amplio alcance que apoya el argumento de que la promoción de la salud es eficaz y debe tener su lugar confirmado como un aspecto integral de la variedad de políticas de salud pública.

Siendo esto así, la respuesta política racional debería consistir en dedicar recursos financieros y humanos adecuados a la promoción de la salud y a los procesos de prevención de la enfermedad.



Inclinando la balanza

En un momento en el que los presupuestos de atención sanitaria están siendo sometidos a un meticuloso examen, y en el que se están buscando medios políticamente aceptables que permitan reducir los porcentajes presupuestarios dedicados a la atención sanitaria, se necesitan argumentos sólidos que justifiquen la asignación de una cantidad mayor de recursos a la promoción de la salud. A grandes rasgos, los protagonistas (incluidos algunos pertenecientes a la comunidad médica) defenderían que 100 Euros invertidos en nuevos medicamentos producirían un ‘mayor impacto político y sanitario’ que una cantidad similar invertida en asesoramiento dietético destinada a la tercera edad, y sería realmente fácil, llegar a un compromiso político (forzado por la presión electoral) en apoyo a dicho planteamiento.

Esto explica que este informe no plantee demandas extravagantes de nuevos recursos. No obstante, sí pide una comprensión mucho mejor, y una visión más amplia, de los impactos que ejerce en las personas y en sus entornos el entramado de actividades interrelacionadas de

la promoción de la salud. Dicha comprensión vendría acompañada de una apreciación de cómo, en términos sanitarios, la promoción de la salud puede con frecuencia inclinar la balanza hacia el logro tanto de una mejor calidad de vida, como de una disponibilidad de recursos humanos más saludables y productivos, que potencien el bienestar de la sociedad y desempeñen un papel social y político decisivo en la eliminación de las desigualdades de la sociedad.

La salud es un derecho humano fundamental. La promoción de la salud no es entonces la respuesta a las peticiones de recortes presupuestarios. El dinero que se gasta por este concepto recorre un largo camino durante mucho tiempo. Es un gasto de bajo riesgo y un dinero bien empleado.

Los políticos que estén convencidos de que vale la pena desarrollar la promoción de la salud deberían formular preguntas a sus colegas de finanzas y otros ministerios del gobierno, como las siguientes:

- ▶ ¿Qué gastos van a ser necesarios para hacer frente a la creciente población de edad avanzada de la Nueva Europa; a cuánto ascenderán los costes directos de atención sanitaria; y los costes indirectos? Si la promoción de la salud puede contribuir a mantener a las personas más sanas y a que éstas realicen una aportación más activa a la sociedad durante más tiempo, ¿no vale la pena respaldarla?
- ▶ ¿Qué impacto político y social tendrá, y cuánto costará, mantener seguros en la comunidad a millones de personas jóvenes que padecen enfermedades mentales? ¿Si la promoción de la salud puede reducir la incidencia de la enfermedad mental, si puede reducir el estrés y contribuir a la reincorporación laboral rápida de las personas psicológicamente afectadas por haber perdido sus puestos de trabajo, no vale la pena apoyarla?
- ▶ Dado que es posible mantener a la fuerza productiva de la sociedad sana y trabajando, si la legislación prohíbe fumar en los lugares públicos, o si se previenen las lesiones exigiendo el uso de cascos, o si se mantiene a los niños en buen estado físico y más sanos por medio de una nutrición mejor, ¿por qué no se dedica más atención política a estas cuestiones? ¿No deberían éstas y otras cuestiones convertirse en una prioridad en todas las áreas del gobierno?



En resumen, ¿pueden los gobiernos permitirse NO gastar más en promoción de la salud?

Desarrollando un marco


Si los responsables de decidir políticas se convencen de que la promoción de la salud desempeña un papel importante, y eligen desviar recursos adicionales hacia programas y estrategias de eficacia conocida, ¿dónde se podría ejercer el mayor impacto? ¿Cuáles son los primeros pasos que habría que dar?

Ya está en marcha un marco estructural de progreso y desarrollo. La revisión del marco de salud pública que realiza actualmente la Comisión Europea está orientada al hecho de que ocho de los programas de salud pública existentes llegarán a su fin el año que viene. A la luz de las nuevas amenazas para la salud, de las presiones presupuestarias y del proceso de ampliación, y ahora a la luz también de la creciente crisis de los refugiados en Europa Oriental, ¿es el marco actual satisfactorio, o debe cambiar?



Tres líneas de actuación han surgido hasta el momento: mejorar la información para el desarrollo de la salud pública; reaccionar con rapidez a las amenazas sanitarias; y abordar los determinantes de la salud por medio de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La plataforma que puede servir de base a la Comisión, y que puede inspirar a los gobiernos de los Estados miembros de la Unión Europea a actuar, es el Artículo 152 del Tratado de Ámsterdam. Este Tratado amplía como nunca antes el campo de acción por medio de la promoción de la salud. El Artículo 152 garantiza un alto nivel de protección de la salud humana en la definición e implantación de todas las áreas políticas. En otras palabras, hay que sopesar los beneficios de estas políticas frente a sus consecuencias para la salud, a todos los niveles.

El líder internacional en materia de experiencia en promoción de la salud es Canadá. El inspirado liderazgo del Ministerio de Sanidad canadiense ha sido eficaz  debido a la sólida base conceptual de actuación que aportó la Carta de Ottawa, al igual que al precoz e importante compromiso financiero del gobierno federal, que trajo consigo el compromiso regional y local. Otro factor en opinión de algunos, el principal fue la preocupación política por la subida de los costes de la atención sanitaria, y la necesidad de una reforma de esta última. Los paralelos en Europa están claros hoy. Las lecciones para la ‘Nueva Europa’ de mañana podrían ser igualmente claras.

La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud debe someterse a examen a la luz de estas dinámicas.

Capítulo Dos

Tomándole el Pulso a la Promoción de la Salud

Introducción de la evidencia

Expertos internacionales en diversas disciplinas de promoción de la salud fueron invitados a examinar la literatura y la documentación de investigación publicada en relación con numerosas intervenciones en todo el mundo. No se les pidió que llevaran a cabo nueva investigación. Su cometido consistía en analizar, críticamente, y dentro de los límites de la tolerancia científica, qué había funcionado y qué no había funcionado.

Se les pidió entonces que se adentraran en terreno desconocido. Con el fin de tender un puente entre la disciplina de promoción de la salud y la comunidad política, se pidió a nuestro panel de profesores internacionales, académicos y líderes mundiales de prestigio reconocido en la práctica de la promoción de la salud que formularan una serie de Valoraciones de los Impactos. En su opinión, en calidad de expertos, ¿qué impactos sanitarios, sociales, económicos y políticos alcanzaban las intervenciones consideradas? *» Estos impactos se analizan en el Capítulo Tres de esta Parte; cada uno de los capítulos del Libro de Evidencia incluye valoraciones sobre temas específicos.*

Tradicionalmente, las intervenciones en el campo de la promoción de la salud han estado dirigidas a objetivos situados dentro de escenarios definidos (como centros de enseñanza, lugares de trabajo, ciudades), o a grupos de población identificados (como la tercera edad o los jóvenes). Inevitablemente, los programas y estrategias atraviesan las fronteras. Con el fin de arrojar más luz sobre el trabajo de diversas estrategias e ilustrarlo, decidimos informar sobre temas de relevancia política, al igual que desde el punto de vista social y de atención sanitaria. Algunos se basan en escenarios; otros en poblaciones; y otros en ambos. El informe, y especialmente el *Libro de Evidencia* de la Parte Dos, no ha sido diseñado como un manual exhaustivo de prácticas óptimas, sino como un análisis rotundo de la eficacia de la promoción de la salud, que demuestra dónde y cómo es relevante para aquellos que toman las decisiones.

En consecuencia, pedimos a nuestro equipo de investigación que estudiara los desafíos políticos importantes de la Nueva Europa: el *envejecimiento*, la *salud mental* y el desafío de hacer frente a las necesidades de los grupos situados fuera del sistema, como la *juventud fuera del ámbito escolar*. Pedimos a otros que estudiaran temas de salud importantes, como la *salud cardíaca* y el impacto del *tabaco*, el *alcohol* y la *drogadicción*. Investigamos las áreas donde la promoción de la salud ha adquirido considerable notoriedad pública, como la *nutrición* y los *temas de seguridad*. Examinamos dos escenarios clave donde la actividad de promoción de la salud ejerce un impacto social y económico especialmente importante – el *lugar de trabajo* y los *centros de enseñanza*. Solicitamos un historial de la *salud oral*, cuestión a menudo ignorada en muchos países, pero donde se han obtenido grandes mejoras sanitarias. Y preguntamos por la promoción de la salud en el propio *sector de atención sanitaria*: ¿qué papel pueden desempeñar los médicos, la enfermería y otros profesionales del sector sanitario en la promoción de una salud mejor?


Para terminar, echamos un vistazo a la debatida cuestión de la *Equidad*. En términos sencillos, la salud de los grupos menos favorecidos económica y socialmente es considerablemente más precaria que en los grupos más favorecidos a lo largo y ancho de Europa. La pobreza viene acompañada de enfermedad. La escasez de educación, vivienda y

estabilidad familiar viene acompañada de violencia, abuso de sustancias que producen adicción, enfermedad mental, enfermedad cardíaca y de un incremento de la morbilidad y la mortalidad. La evidencia demuestra que la desigualdad de condiciones sociales y económicas es un determinante clave del bienestar sanitario y humano.

Los políticos desean establecer una diferencia. Nuestra evidencia concluye, por tanto, con el historial de *Canadá*, líder en la práctica internacional de la promoción de la salud, donde han sido estructurados marcos federales, regionales y locales para ofrecer una salud mejor. » *Véase Lecciones de Canadá – Libro de Evidencia, Cap. 12*. Las lecciones son claras y ofrecen una guía importante a la hora de estructurar el desarrollo de la promoción de la salud en todas partes.

Puntos destacados de la evidencia

Desafíos políticos 1: La cuestión del envejecimiento

- 1 La discapacidad en la tercera edad representa alrededor del 50% de los costes de atención sanitaria en los países de la UE. El reto al que se enfrenta la Europa del nuevo milenio consiste en captar la energía y la experiencia de este importante sector de la sociedad, en mantenerlo sano y activo, y en permitir que estas personas sigan contribuyendo al desarrollo y bienestar de las comunidades donde viven. Un volumen importante de investigación corrobora el hecho de que así lo desea la tercera edad. Numerosos programas de promoción de la salud dirigidos específicamente a este grupo muestran con claridad no solamente el beneficio sanitario positivo en las personas afectadas, sino también el efecto contributivo positivo a la sociedad derivado del hecho de que dichas personas sigan manteniendo un estilo de vida saludable durante más tiempo. En lugar de considerar a este creciente grupo de población como una ‘carga’, se podrían formular políticas e iniciativas que reconociesen, valorasen y potenciasen sus muchos papeles sociales y económicos formales y informales. 
- 2 El Comité Económico y Social de la UE, el Parlamento Europeo y la Comisión identifican como prioridad el desarrollo de prácticas óptimas que permitan gestionar una fuerza laboral que envejece. Los datos de un estudio paneuropeo sobre la población de 60-69 años, coordinado por OMS-EURO, indican un empeoramiento significativo del estado de salud a lo largo de un período de 10 años en relación con los accidentes, traumas y enfermedades crónicas que afectan la vida diaria, la capacidad auditiva, el uso de fármacos, el uso de pastillas para dormir y la capacidad funcional.
- 3 La verdadera clave de un envejecimiento sano consiste en iniciar la promoción de la salud en una fase temprana, y en incorporar sus mensajes clave a la vida diaria durante toda la vida. Sin embargo, existe evidencia de que los 50 años marcan el comienzo de un período de la vida durante el cual los beneficios de los programas de actividad física son más importantes. La evidencia demuestra que la práctica regular de ejercicio físico ayuda a regular los niveles de glucosa en sangre, mejora la calidad del sueño, mejora el funcionamiento cardiovascular, ayuda a mantener la independencia en la vejez, potencia el control y el rendimiento motrices, reduce el riesgo de caídas y potencia la función cognitiva y la salud mental. El impacto en la sociedad se observa manteniendo a la tercera edad activa y, por consiguiente, productiva, durante más tiempo, y reduciendo los costes de la atención sanitaria y social. Las políticas deberían garantizar que la tercera edad se pueda mantener activa, que aquellos que deseen seguir dando su aportación a la sociedad, puedan hacerlo, y que se cree y mantenga una imagen positiva y activa del envejecimiento.


-
- 4 Una población que envejece sin salud constituirá una pérdida de recursos. La evidencia demuestra que el mantenimiento de estilos de vida saludables en la tercera edad está directamente asociado a la ganancia de salud. Hay asimismo evidencia clara de que existe un margen considerable de mejora de la experiencia de mala salud y discapacidad en la tercera edad si se aplican políticas sanitarias y sociales adecuadas.
 - 5 A las personas que están envejeciendo se les debería ofrecer la oportunidad de elegir realmente si desean llevar una vida saludable, lo cual reduciría, los costes de discapacidad. Para ello, se las deberían dotar de pensiones adecuadas. Existe también evidencia de que las prestaciones de servicios sanitarios y sociales comunitarios mejoran la calidad de vida de este grupo, mitigan la minusvalía y reducen la necesidad de vivir en instituciones. Es necesario especificar un grupo básico de servicios mínimos, siendo también necesarias políticas que permitan su prestación.
 - 6 Comer bien a esta edad proporciona asimismo importantes ganancias de salud. Sin embargo, las personas con bajos ingresos, los ancianos, las personas que padecen enfermedades crónicas y los varones de la tercera edad corren especialmente el riesgo de sufrir deficiencias nutricionales. Ésta es una prioridad de intervención.
 - 7 Se ha demostrado que el *screening* de cáncer de mama es rentable en las mujeres hasta la edad de los 74 años.
 - 8 Se deberían fijar objetivos de hábitos dietéticos, niveles de actividad y niveles de discapacidad en la tercera edad, debiendo éstos ser supervisados por medio de encuestas de estilo de vida.



Desafíos políticos 2: Eliminando las sombras de la enfermedad mental


- 1 Muchas de las más importantes causas de morbilidad en Europa, y en el mundo, se asocian a una precaria salud mental. Ésta abarca desde formas leves de depresión hasta desórdenes psiquiátricos complejos. La evidencia demuestra que entre el 15% y el 20% de los adultos sufren alguna forma de desorden mental. Entre el 17% y el 22% de los adolescentes menores de 18 años padecen problemas de desarrollo, emocionales y de conducta, y menos de uno de cada cinco de estos jóvenes reciben actualmente tratamiento adecuado.
- 2 Las consecuencias de una precaria salud mental se pueden ver en el abuso del alcohol y las drogas, la violencia interpersonal y las lesiones autoinflingidas, incluido el suicidio. Las sombras que la salud mental y sus consecuencias proyectan sobre la sociedad se entienden y reconocen mejor ahora. La gestión de esta cuestión hará necesaria una mejora en la detección y el tratamiento de los problemas más graves, pero la promoción de la salud mental ha demostrado que puede desempeñar un papel importante en la reducción de los costes personales, sociales y económicos de la mala salud mental. La salud mental debería recibir más ayuda para desempeñar dicho papel más ampliamente.
- 3 Existe evidencia considerable que demuestra que las estrategias de promoción de la salud mental han reducido la depresión, las tasas de suicidios y los problemas de conducta. Las intervenciones dirigidas a ayudar a la familia se han traducido en un número menor de agresiones domésticas y problemas de aprendizaje de los niños pequeños y, en general, en entornos más positivos donde crecer y asumir una ciudadanía activa y responsable. Existe evidencia de que han tenido lugar reducciones considerables tanto del abuso de menores (de hasta el 50%), como del número de casos inscritos para la protección de menores (41%).




-
- 4 Otros programas de promoción de la salud mental han demostrado que existen también beneficios sociales y sanitarios complementarios, incluidos descensos de los embarazos entre las adolescentes, del contagio del VIH y el SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). También se han registrado impactos clínicos. Los proyectos prenatales han tenido como resultado reducciones de hasta el 75% de los partos prematuros, y disminuciones del número de bebés nacidos con poco peso (eliminando así los problemas de salud consecuentes, en una etapa posterior de la vida) y de bebés nacidos con lesiones cerebrales.
 - 5 El suicidio es un resultado corriente de la enfermedad mental. Constituye una fuente de desesperación para las familias, los compañeros y los colegas del suicida, y un desperdicio trágico de potencial humano. Las estrategias de promoción de la salud han resultado ser eficaces. El Programa Educativo Sueco (Swedish Educational Programme) (los países nórdicos exhiben un récord bastante positivo y progresivo de promoción de la salud acertada en muchas áreas) redujo las tasas de suicidio de 19,7 casos por 100.000 habitantes, a 7,1 casos en sólo tres años. Un efecto secundario económico importante reside en que este programa redujo el número de días de hospitalización destinados a tratar a los suicidas en un 70%, mientras que otros programas han reducido la cantidad de tranquilizantes y antidepresivos prescritos.
 - 6 Los responsables de elaborar las políticas son seguramente conscientes de los altos costes de tratamiento de la enfermedad mental. Estos costes están en alza, y se prevé que sigan subiendo vertiginosamente, dado que los países se dan cuenta de que muchas de las políticas que aplicaban la década pasada, incluida la atención comunitaria, no han sido suficientemente holísticas para los pacientes, o suficientemente seguras para el resto de la comunidad. Tampoco se debería subestimar la dinámica social implicada en la salud mental, existiendo evidencia que indica que los programas dirigidos a grupos específicos de la comunidad son eficaces.
 - 7 Los programas escolares de promoción de una mejor salud mental muestran una evidencia clara del logro de mayores niveles de alfabetización y  reducciones de las tasas de abandono de los estudios; existen beneficios sanitarios adicionales medidos con éxito en el abandono del tabaco y en la reducción del abuso de sustancias que producen adicción y de las consecuencias del embarazo entre las adolescentes y de las prácticas sexuales inseguras. Los programas de salud mental basados en el trabajo muestran también un éxito que se puede medir. Las revisiones han demostrado no solo avances en las medidas ‘blandas’, tal como una mejor satisfacción laboral y reducciones de los niveles de estrés, también hay evidencia clara de que cierto número de programas han ayudado a los desempleados a reincorporarse con mayor rapidez al mundo laboral, habiendo reducido la cantidad de permisos por enfermedad de las fuerzas laborales.
 - 8 Los programas eficaces de promoción de la salud mental deben propagarse por toda Europa, y deben establecerse directrices que permitan su gestión eficaz.


Desafíos políticos 3: Llegando a las personas situadas fuera del sistema.

- 1 Fuera de los centros de enseñanza, los jóvenes representan un tremendo desafío para los responsables de decidir las políticas. Son con frecuencia vulnerables a la enfermedad y a las conductas de alto riesgo, y es notablemente difícil llegar a ellos a través de los medios educativos convencionales. A menudo, les dejan fríos los mensajes sanitarios tradicionales o no conectan con ellos, en especial si los presentan figuras de ‘autoridad’.

-
- 2 El tabaco, el alcohol y la drogadicción, las ETS (enfermedades de transmisión sexual), el suicidio, los desórdenes alimentarios y la violencia se encuentran entre los muchos riesgos sanitarios a los se enfrenta un grupo que a menudo se considera a sí mismo olvidado por el resto de la sociedad o socialmente desubicado.
 - 3 Existe evidencia de que los programas de formación educativa impartida por otros jóvenes, las campañas mediáticas focalizadas y la distribución focalizada de información, productos y servicios (con frecuencia, controvertidos elementos como los condones femeninos y masculinos, las jeringuillas desechables y la metadona), todos han ayudado a ofrecer a los adolescentes mejores elecciones y un acceso a nuevas opciones de salud. 
 - 4 Lograr que este grupo se comprometa con el desarrollo de los programas de promoción de la salud ha sido clave para el éxito. Existe evidencia de que el uso del condón ha aumentado, y de que la drogadicción ha disminuido. La conducta sexual es menos arriesgada. Socialmente, existe evidencia de un restablecimiento del diálogo generacional, sintiendo los jóvenes que se les valora. Algunos de los programas constituyen por sí mismos una fuente de ingresos, siendo posible identificar ahorros de costes para otros servicios sanitarios. Puede que, sobre todo, el trabajo de promoción de la salud en esta área haya contribuido a que este importante grupo social vuelva a ser incluido en la agenda política.



Desafíos sanitarios 1: El azote de los estilos de vida: la enfermedad cardiaca

- 1 La enfermedad cardiovascular (ECV) es la causa número uno de muerte y discapacidad en Europa. La mitad de las muertes del mundo industrializado son resultado de la ECV. Al contrario de lo que se suele creer, la ECV no es algo que ataque solamente a las personas de edad avanzada. Buena parte de esta carga afecta a las personas de mediana edad, a las mujeres y a integrantes de los grupos socioeconómicos menos favorecidos. Estamos hablando de una enfermedad que contribuye en gran medida a la desigualdad en salud.
- 2 Los problemas a los que se enfrentan los responsables de tomar las decisiones en una Europa que ya está siendo testigo de una reducción (debido a causas demográficas) de su población laboral disponible, son en primer lugar, la temprana pérdida del tan necesario talento humano de la fuerza laboral y, en segundo lugar, el coste del tratamiento cuando la ECV crea discapacidad, pero no mata. Los costes para los servicios sanitarios son enormes. 
- 3 Las causas principales de la ECV son bien conocidas y han sido bien documentadas: el tabaco, los malos hábitos alimenticios, la falta de ejercicio y el colesterol alto. La capacidad de las personas para discriminar y realizar elecciones positivas para la salud influye en gran medida en los efectos de estas enfermedades. Se ha demostrado, sin duda, que las estrategias de promoción de la salud aplicadas durante los últimos 20 años representan una diferencia importante a la hora de abordar aquellas enfermedades y dolencias que se ven más considerablemente afectadas por el modo en que las personas eligen vivir.
- 4 Una de las intervenciones más cuidadosamente documentada ha tenido lugar en Carelia del Norte, Finlandia, donde la mortalidad cardiovascular ha experimentado un descenso del 73% desde 1972, mientras que la mortalidad por todas las causas se ha reducido en un 50% en la población en edad de trabajar durante el mismo período.

-
- 5 Como sucede tan a menudo, los cambios de estilo de vida introducidos para hacer frente a las amenazas que plantea la ECV tienen un beneficio positivo  también en otras áreas sanitarias. La experiencia de Carelia del Norte registró reducciones de la mortalidad por cáncer de pulmón del 71% y de la mortalidad por cáncer (por otras causas) de alrededor del 44%.
 - 6 Los resultados espectaculares del ejemplo de Finlandia, no son únicos. Otros estudios demuestran que los programas destinados a cambiar los hábitos del estilo de vida han aportado beneficios sanitarios altamente positivos. En Bélgica, un proyecto de prevención de la ECV en el lugar de trabajo, en el cual ha colaborado la OMS, ha tenido como resultado una reducción del 25% de la mortalidad por ECV. Los programas destinados a reducir el colesterol sérico por medio de dietas más saludables en los centros escolares han producido una reducción media de los niveles del 15%, con enormes implicaciones sanitarias positivas.

Desafíos Sanitarios 2: “Fumar mata”

– tabaco, alcohol y drogas-

- 1 Entre los factores de riesgo más importantes a tener en cuenta en la ECV y otras enfermedades, como las enfermedades respiratorias, el cáncer de pulmón y algunos otros cánceres, está el tabaco. El examen de este tema se puede considerar también como el estudio de un caso particular relativo a la eficacia de un enfoque exhaustivo basado en líneas múltiples de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. ¿Deja un fumador el tabaco porque el precio sube, porque en el trabajo le han prohibido fumar, porque en un periódico leyó un artículo o porque su médico le informó sobre las consecuencias de no dejarlo? En realidad, puede que lo deje por todas estas razones. La mejor promoción de la salud tiene lugar cuando se reúnen varias líneas que transmiten un único mensaje.
- 2 El Banco Mundial estima que la carga económica del tabaco, incluidos los costes sanitarios y la pérdida de capacidad productiva por discapacidad o muerte, se sitúan en torno a los 200.000 millones de dólares anuales. La OMS indica que 3 millones de personas mueren anualmente a causa del tabaco. El cincuenta por ciento de todos los fumadores regulares de cigarrillos morirán por esta causa, la mitad de ellos en la mediana edad, produciéndose una pérdida media de 20 años en la esperanza de vida. Los fumadores cavan su propia tumba y, lo que es peor, están contribuyendo a la enfermedad de los miembros de su propia familia al contaminar la atmósfera de sus hogares y los lugares públicos.
- 3 Existe evidencia de que un incremento del 10% del precio de los cigarrillos (por medio de los impuestos) conduce en promedio a una disminución del 5% de la cantidad de cigarrillos fumados por toda la población, y a un descenso de hasta el 15% de la cantidad de cigarrillos fumados por los jóvenes. 
- 4 Las restricciones legislativas impuestas sobre el consumo de tabaco en el lugar de trabajo en Finlandia condujeron a que el 2,4% de los fumadores dejaran el tabaco, el 2,6% dejaran de fumar durante el trabajo y el 14,3% redujesen el consumo de tabaco. 
- 5 Desde los setenta, los centros de enseñanza han sido escenario de programas de lucha contra el tabaco. Algunos programas, principalmente aquellos que implican grupos de iguales, apuntan a una reducción del 30-50% del número de fumadores incluidos en los grupos de intervención en comparación con los controles. Sin embargo, existe asimismo evidencia que demuestra que estas tasas no se mantienen sin un seguimiento determinado con líneas de acción múltiple.




-
- 6 Los profesionales sanitarios contribuyen eficazmente a los programas de abandono del tabaco. Existe evidencia de que, durante el período de 20 años que nos ocupa, de las personas que recibieron asesoramiento médico para dejar de fumar, el 13% tenía menos probabilidades de morir de enfermedad cardíaca coronaria (ECC), mientras que el 11% tenía menos probabilidades de morir de cáncer de pulmón, como consecuencia de dejar de fumar. Once ensayos en los que participaron mujeres embarazadas mostraron mayores tasas de abandono del tabaco (de hasta un 50%), reduciendo el riesgo de bajo peso al nacer de los bebés y los resultados obstétricos adversos.
 - 7 Los programas de abandono del tabaco forman parte de prácticamente todas las iniciativas de promoción de la salud o prevención de la enfermedad en el lugar de trabajo, en el sector juvenil que ha abandonado los estudios y en la tercera edad. El año pasado, se inició en España una comparación de una gama de intervenciones destinadas a reducir la ECV. El abandono del tabaco ha sido la más rentable. El coste por año de vida ganado como consecuencia de estos programas oscila entre 2.600 y 5.700 dólares, mientras que los costes por año de vida ganado como consecuencia del tratamiento de una hipertensión moderada se sitúan en los 86.000 dólares. Los costes con un tratamiento farmacológico usual, por año de vida ganado llegan a más del doble.

*Desafíos sociales 1: Alimentando a nuestras familias
– el impacto de la nutrición*

- 1 Se ha demostrado que el impacto del control dietético adecuado en la tercera edad – en especial en la salud cardíaca – es enorme. Esta cuestión toca, como es de suponer, la fibra sensible de los políticos: ¿podemos vivir en una democracia y que nos digan, o incluso que nos recomienden, qué debemos comer? Un papel clave de la promoción de la salud consiste en incrementar, por medio de la información y otros medios, la comprensión de los temas sanitarios, y ayudar en la medida de lo posible a que las personas realicen elecciones positivas para la salud. La nutrición es uno de estos temas.
- 2 En los últimos años, las dietas de la mayoría de los países europeos han aumentado su contenido de proteína animal y grasas saturadas, mientras que el consumo de proteína vegetal, carbohidratos complejos y fibra dietética ha disminuido. Existe evidencia clara que asocia el incremento de la incidencia de la ECC, la diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer a estos cambios dietéticos. Existe asimismo una relación causal entre la dieta, la obesidad y los problemas de desarrollo óseo.
- 3 Un panel de expertos del Fondo Mundial de Investigación Oncológica ha llegado a la conclusión de que seguir la pauta recomendada de cinco raciones de fruta y verdura cada día podría reducir las tasas de cáncer en más de un 20%. Estos expertos informan asimismo que el seguimiento de las recomendaciones dietéticas y de actividad física, además del mantenimiento de un peso corporal saludable, podría reducir el riesgo de cáncer en un 30-40%. Existe abundante evidencia que corrobora los beneficiosos efectos de las dietas ricas en vegetales y relativamente bajas en alcohol y alimentos de origen animal.
- 4 Una y otra vez, las revisiones de la promoción de la salud eficaz apuntan con claridad hacia la desigualdad que existe en la prestación de los servicios sanitarios. Los pobres son siempre los más perjudicados. Está estadísticamente probado que padecen tasas de mortalidad superiores y una discapacidad mayor que las personas con una posición socioeconómica más alta.


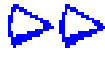
-
- 5 En cuanto a la cuestión de la dieta, por ejemplo, las familias más pobres reciben un aporte energético más barato a partir de alimentos como la carne, las grasas, los azúcares, las conservas y las patatas, pero tienen una ingesta relativamente escasa de verduras, fruta y pan integral de trigo. La relación entre esto y la prevalencia de la ECV en los grupos de menores ingresos es directa.
 - 6 En Holanda, la campaña 'Fat Watch' (Vigila la Grasa), lanzada en asociación con los supermercados y otros aliados del sector privado, produjo cambios favorables en el consumo de las grasas saturadas (desde el 16,4% al 14,1% de ingesta de energía durante un período de cinco años). Debido principalmente a dichos cambios en la ingesta de grasa, la prevalencia de la hipercolesterolemia descendió en un 6%. La reducción del 1% del colesterol sérico alcanzada gracias al conocimiento dietético redundaría en una reducción del 2-3% de la ECC. Este ejemplo muestra, entre otras cosas, la importancia de invitar a nuevos colaboradores a que participen en la promoción de la salud, tema que cuenta ahora con el apoyo activo de la OMS, habiendo sido ratificado en la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud.

Desafíos sociales 2: Manteniéndose a salvo

- 1 Las lesiones constituyen una amenaza sanitaria creciente y se producen a cualquier edad. En la actualidad, una de cada siete muertes prematuras está relacionada con una lesión; se prevé que esta cifra aumente hasta una de cada cinco para el 2020. Las estrategias de promoción de la salud dirigidas a prevenir las lesiones están infrautilizadas.
- 2 Existen muchas líneas exitosas de promoción de la salud y la seguridad, pero los investigadores informan que los mejores efectos tienen lugar cuando los avances legislativos se añaden a campañas de información con un objetivo bien elegido.
- 3 En Victoria, Australia, las campañas destinadas a mejorar el uso de los cascos para ciclistas aumentaron su uso del 5% al 83%, produciendo esto un descenso de las lesiones de cabeza en un 70%. En Estados Unidos, las campañas que promovían el uso de los sistemas de seguridad para niños en los vehículos han reducido la probabilidad de una lesión mortal en un 69% para los neonatos y en un 47% para los niños menores de dos años. Aquello que se describe como programas comunitarios SAFE 'de gran alcance' en los países nórdicos ha producido descensos de hasta un 30% en el número de lesiones. 
- 4 La legislación en este campo puede ser una estrategia clave. En el estado de Washington (EEUU), una ley relativa a la temperatura del agua del grifo redujo el número de admisiones hospitalarias por quemaduras por esta causa en un 50%. Una Ley de Embalaje de Prevención de Intoxicación (Poison Prevention Packaging Act), destinada a reducir la incidencia de la intoxicación con aspirina, logró una reducción del 45-55% de las intoxicaciones. Los responsables de elaborar las políticas deberían observar con atención el beneficioso efecto positivo de la legislación relacionada con la promoción de la salud, estratégicamente posicionada; al igual que el impacto añadido que la legislación conlleva cuando guarda relación con programas educativos bien formulados. 
- 5 El Artículo 152 del Tratado de Ámsterdam brinda probablemente una mayor oportunidad para actuar que la que ha existido en los últimos 20 años. Por ejemplo, en el campo de la política de transporte, existe evidencia clara de que las políticas de limitación de la velocidad y las iniciativas de reducción de la conducción 

agresiva - que, en conjunto, podrían factiblemente recibir el nombre de promoción de la salud – han producido el cambio ambiental promotor de salud más rentable en las áreas de circulación de vehículos. A esto se añade que la legislación y las campañas comunitarias de información relativas a los dispositivos de seguridad – detectores de humo, guardafuegos, barreras en las escaleras, cierres de envases a prueba de niños, control por termostato del agua del grifo – han demostrado ser extremadamente eficaces y rentables. La evaluación de un Programa de Prevención de Accidentes (Accident Prevention Programme) sueco en el ámbito de toda la comunidad redujo los accidentes domésticos en un 27%, los accidentes en el lugar de trabajo en un 28% y los accidentes relacionados con la circulación en un 28%. En Noruega, un programa similar relacionado con el tráfico redujo las lesiones de los ciclistas en un 37% y las de los peatones en un 54%, mientras que las tasas de accidentes en una comunidad de referencia situada a cientos de kilómetros de distancia aumentaron de hecho durante el mismo período.

Escenarios 1: Promoción de la salud eficaz en el lugar de trabajo

- 1 Se vaticina que el ‘Desajuste de la Capacidad Productiva’ – es decir, la diferencia entre la población laboral disponible y el número de personas que ésta tiene que sustentar – va a crecer considerablemente en las próximas décadas. En el Reino Unido, esta diferencia experimentará un incremento del 40% entre ahora y el 2025. 
- 2 Una cuestión clave a la que todos los gobiernos e instituciones políticas europeas se enfrentan consiste en garantizar que la fuerza laboral de Europa se mantenga sana y productiva, y que la población de personas de edad avanzada ‘dependientes’ se mantenga en buen estado físico, activa y sana durante más tiempo, con capacidad para contribuir a la sociedad y no ser considerada una carga. 
- 3 Durante los últimos años, muchos países europeos se han embarcado en un creciente número de programas de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (Workplace Health Promotion – WHP). Hay evidencia de que dichos programas, combinados con prácticas de salud laboral y de seguridad, mejoran la productividad, el producto y la calidad de proceso, y mantienen los costes de mano de obra bajo control, mejorando así la competitividad.
- 4 Diez revisiones importantes realizadas entre 1968 y 1995 produjeron un volumen de evidencia que indicaba el efecto positivo de los programas WHP en la conducta y en los conocimientos sobre la salud laboral. Esto es importante en el sentido de que encuestas recientes en la UE han demostrado que hasta 42 millones de empleados de toda Europa creen que su salud y seguridad en el lugar de trabajo está en peligro. Dicho riesgo se deriva de un trabajo físico duro (25%), la presión del tiempo (20%), la escasa libertad de decisión (35%) y la monotonía (60%).
- 5 Los costes de las dolencias relacionadas con el trabajo son altos. El Instituto Federal Alemán de Salud y Seguridad Laboral ha calculado costes por valor de 89.000 millones de marcos alemanes debidos exclusivamente a la incapacidad de las personas para trabajar. La proporción relacionada con el trabajo de las dolencias comunes generalizadas se estima en un 33% para los desórdenes musculoesqueléticos, un 20% para la ECV, y un 45% para las enfermedades de la piel. La evidencia demuestra que se producen ahorros importantes de costes derivados de los programas de control de la hipertensión, prevención de las lesiones de la espalda y atención prenatal. Gracias a la experiencia y a la evidencia, las prácticas de salud laboral y seguridad se basan ahora en un conocimiento ergonómico

bien establecido del diseño del lugar de trabajo. Parte de esto ha sido incluido en las normas y directivas nacionales y europeas. Los resultados han sido positivos. En el área de los problemas musculoesqueléticos, por ejemplo, la mayoría de los estudios notifican una reducción de entre el 20% y el 50% de los desórdenes.

Escenarios 2: Promoción de la salud eficaz en los centros de enseñanza

- 1 Existe un volumen considerable de evidencia que demuestra que la mala salud inhibe el aprendizaje. Adicionalmente, los estudios han llegado a la conclusión de que existe una estrecha relación entre la conducta orientada hacia la salud y los resultados educativos (p.e. el rendimiento en los cursos y en las aulas), las conductas educativas (asistencia a clase, cuestiones disciplinarias) y las actitudes de los estudiantes.
- 2 Las intervenciones de promoción de la salud en los centros de enseñanza pueden ser eficaces al transmitir conocimiento, desarrollar habilidades y apoyar la realización de elecciones positivas para la salud. Con todo, la evidencia indica que se consigue un mayor grado de eficiencia cuando los programas son de máximo alcance y ‘holísticos’, relacionando a los centros escolares con los organismos públicos y los sectores encargados de la salud, y cuando se desarrollan durante varios años. Hay que prestar atención especial a la formación de los profesores en promoción de la salud.
- 3 El concepto de ‘escuela promotora de salud’ ha emergido en la última década en Europa, habiéndose propagado al resto del mundo como mecanismo que combina una variedad de elementos, con el fin de alcanzar el éxito máximo en la búsqueda de resultados educativos y de salud. Está claro que el centro de enseñanza, junto con la familia, es uno de los lugares clave donde tiene lugar el desarrollo individual y social.
- 4 Los centros de enseñanza han demostrado ser lugares rentables para las intervenciones de promoción de la salud. La eficacia y sostenibilidad de las intervenciones de salud en estos centros se rigen por su estrecha relación tanto con las intervenciones de promoción de la salud, como con la tarea principal de dichos centros, en el desarrollo de las habilidades educativas y conocimientos de base en los jóvenes. La evidencia demuestra que estos programas deberían estar orientados principalmente al logro de resultados cognitivos y sociales, en lugar de concentrarse en alcanzar resultados específicos de conducta.
- 5 La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud opera en 38 países. Si bien su potencial es magnífico como modelo de desarrollo de programas, existe evidencia que indica claramente que 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 actuación en el campo de la salud pública.

Escenarios 3: Promoción de la salud eficaz en el sector de atención sanitaria

- 1 ¿Qué papel puede desempeñar el sector de atención sanitaria en la promoción de la salud? ¿Es un embajador eficaz de la promoción de la salud? ¿Deben los gobiernos desviar recursos hacia el sector de atención sanitaria y esperar que sus profesionales puedan cumplir el cometido de promotores de la salud?
- 2 La evidencia demuestra el éxito del sector sanitario en sus intervenciones destinadas a promover el abandono del tabaco y a abordar los problemas de abuso del alcohol. Otra evidencia es poco concluyente en relación con la eficacia del equipo de atención sanitaria en la provisión de programas y mensajes de promoción de la salud. Sin embargo, según

reconocen la OMS y su Declaración de Yakarta, es evidente que el sector de atención sanitaria es un colaborador esencial en la creación de condiciones sanitarias correctas en la sociedad y tiene un importante papel de liderazgo que desempeñar en la sociedad.

- 3 Este papel de liderazgo se puede ejercer ofreciendo ejemplos de aquello que se puede hacer para conseguir un entorno saludable, como defensor de políticas públicas saludables o como fuente de asesoramiento individual a las personas en relación con conductas saludables.
- 4 En general, se reconoce que el sector sanitario solo no puede aportar grandes cambios a las conductas orientadas a la salud, y depende de la acción coordinada con otros sectores.
- 5 Esto supone que una política de promoción de la salud que dependa de una reforma del sector de atención sanitaria para alcanzar sus metas no funciona. Si los profesionales de atención sanitaria pueden ser reorientados con el fin de que se conviertan en abogados de la salud, en lugar de limitarse a formar parte de un servicio de reparación, podrían llegar a convertirse en poderosos aliados de aquellos cuyo objetivo consiste en promover la salud. No obstante, las intervenciones destinadas a erradicar el consumo de tabaco son un ejemplo de los desafíos que hay que afrontar. A pesar de su indudable eficacia, en contadas ocasiones recomiendan los médicos a un paciente que deje de fumar. En algunos países, el elevado número de médicos fumadores redundan en perjuicio de este objetivo.





Salud oral: El estudio de un caso de eficacia

- 1 Las enfermedades orales son con frecuencia pasadas por alto, a pesar de constituir un aspecto importante del problema de salud pública. Su prevalencia es alta, los costes de tratamiento pueden ser elevados, y a menudo hay un trauma personal asociado. Los desórdenes dentales ocupan el tercer lugar en cuanto a coste de tratamiento entre todas las enfermedades, siendo superados solamente por los costes asociados a las enfermedades cardiovasculares y los desórdenes mentales.
- 2 La fluoración del agua es el método más rentable de prevención, pero es una controvertida cuestión que exige compromiso político. La evidencia demuestra que desde los setenta, se han producido descensos espectaculares de los niveles medios de dientes permanentes cariados, extraídos o empastados en la población infantil: de 5 y 10 a menos de 1.
- 3 La razón que suele aducirse al explicar este descenso es el impacto del uso generalizado de las pastas dentales fluoradas. Éste es un ejemplo de cómo la industria y la salud pública pueden trabajar juntas en la promoción de la salud.
- 4 Los estudios muestran que las estrategias tradicionales actuales orientadas a la curación para mejorar la salud oral son relativamente ineficaces y muy caras. La promoción de la salud oral debería estar dirigida a un uso racional de los productos con azúcar, la fluoración de la boca, una higiene bucal eficaz, reducciones del consumo de tabaco y alcohol, la prevención del trauma y un uso adecuado de la atención dental.
- 5 Está bastante claro que cierto número de enfermedades crónicas, como la enfermedad cardíaca, el cáncer, el ictus, los accidentes y las enfermedades orales, tienen algunos factores de riesgo importantes en común. Las estrategias de promoción de la salud guardan entonces relación con más de un área de enfermedad o cuestión. Es probable que las estrategias orientadas a factores de riesgo, y no a enfermedades específicas, sean más inclusivas y, en consecuencia, más rentables.



Equidad en salud: Un derecho humano fundamental

- 1 La equidad en salud es el objetivo fundamental de casi todas las estrategias de promoción de la salud. El término *Equidad*, tal como lo describe la OMS, se centra en el ideal de que todas las personas disfruten de una igualdad de oportunidades que les permita llevar una vida sana en todo su potencial. NO significa que todo el mundo tenga el mismo estado de salud. Como indica el bien conocido Informe Black sobre las Desigualdades en Salud (1982), un objetivo realista debería ser 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.
- 2 Existe un volumen importante de evidencia que indica que las condiciones socioeconómicas relacionadas con los ingresos, la educación y el empleo son el origen de buena parte de la mala salud. En 1993, se estimó que más de 57 millones europeos vivían en cerca de 23 millones de hogares pobres. Incluso en los países más ricos de Europa, las personas que disfrutaban de los mejores recursos viven varios años más y padecen menos dolencias y discapacidad que las personas más pobres. 
- 3 La evidencia indica 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 vivir en la pobreza aplastante de algunas otras regiones del mundo. La privación relativa puede tener muchas caras: educación deficiente, mayor desempleo, menor capacidad para procesar la información y falta de recursos materiales, entre otras cosas. Existe una sólida evidencia de que la privación relativa en estas áreas guarda una estrecha relación con una salud más precaria.
- 4 La comprensión fundamental de esta evidencia es que para que la promoción de la salud mejore la equidad en salud, debe ocurrir dentro del contexto del desarrollo económico, social y humano.
- 5 Muchas 'intervenciones en equidad' en el campo de la salud tienen su impacto más importante a nivel de la comunidad. La evidencia demuestra que las personas adquieren una mayor capacidad para definir los problemas locales y resolverlos, y que en cada fase, la participación o implicación de la comunidad local es un factor clave del éxito.
- 6 *Ciudades Saludables*, un componente de la estrategia *Salud para Todos* de la OMS, iniciativa en la que participan cientos de comunidades, proporciona un sólido marco multiagencial y un modelo filosófico de apoyo al desarrollo de la comunidad y los enfoques de salud en Europa. Los programas en este campo han ofrecido evidencia de eficacia, incluida la generación de ingresos por medio de oportunidades de trabajo, un mejor apoyo comunitario mediante la prestación de servicios de asesoramiento, una mayor implicación comunitaria, relaciones más estrechas con los servicios profesionales y una mayor colaboración interagencial.
- 7 Los datos indican asimismo que la salud y la educación se cuentan entre las fuerzas más poderosas de la salud económica. En los países más pobres, las inversiones básicas en salud y educación pueden dar lugar a resultados económicos positivos. Fuera de Europa, en países como Trinidad, Cuba, Chile y Costa Rica, esta forma de inversión es altamente prioritaria; en estos países, la pobreza afecta a menos del 10% de la población. Con todo, en Europa, sigue existiendo una disparidad importante, a nivel tanto de la inversión para la salud, como de la vitalidad económica. Esta disparidad podría seguir aumentando como resultado de los inminentes problemas que plantean los refugiados producidos por la crisis de los Balcanes. 

-
- 8 La mayoría de los países europeos son signatarios del programa *Salud para Todos* de la OMS, recientemente actualizado como *Salud para Todos en el Siglo XXI*. Con la equidad en salud como punto de mira, este programa fija prioridades globales para las dos primeras décadas del nuevo milenio, además de 10 objetivos para crear mas altos y factibles niveles de salud. Esto ha llevado a la creación de marcos de actuación a nivel nacional. Numerosos países europeos han establecido políticas sanitarias destinadas a alcanzar los objetivos de *Salud para Todos*.
 - 9 Queda un largo camino por recorrer antes de que Europa disfrute de un grado de equidad en salud que marque el éxito, a pesar del progreso recientemente alcanzado. Existen buenas razones sanitarias, económicas y políticas para reducir la falta de equidad en salud.
 - 10 Todas estas razones están además sostenidas por el hecho de que la buena salud es un derecho humano fundamental.

Capítulo Tres

Salvando las Distancias

Cuando los promotores de salud se reunieron con los representantes de la comunidad política durante un total de cuatro días en Bruselas y París, como parte del innovador proceso de desarrollo que produjo este informe, varias cosas se vieron con claridad.


En primer lugar, que el lenguaje utilizado por cada una de las partes era diferente. Un promotor de salud defendería más probablemente una solución sanitaria primero, para preocuparse por el coste después; comprensiblemente, el político tendría una perspectiva completamente opuesta.

A continuación, a medida que el diálogo se desarrollaba, diversos conjuntos de prioridades se hicieron patentes en ambos bandos, hasta que finalmente, y esto es lo más importante, comenzó a emerger una base de acuerdo. La comunidad promotora de la salud reconoció la necesidad de demostrar a las audiencias que no estaban familiarizadas con la ‘jerga’ o terminología de la promoción de la salud la clara relevancia en términos sanitarios, sociales, económicos y políticos de lo que realmente hacen. Cada sección del Libro de Evidencia explica detalladamente cómo, en opinión del autor, una disciplina concreta de promoción de la salud ha sido política, social y económicamente relevante.



El diálogo ha comenzado. Se está construyendo un puente destinado a salvar las distancias de comprensión entre ambas partes.

Este capítulo resume algunos de los puntos clave que se plantearon durante el diálogo entablado entre los promotores de la salud y la audiencia política. El capítulo siguiente ofrece algunas recomendaciones iniciales de actuación política.

Los impactos sanitarios

- 1 Europa se enfrenta a desafíos sanitarios nunca vistos desde la Segunda Guerra Mundial. El énfasis que se necesita para superar estos desafíos se debe poner en la salud, y no en la enfermedad. Se necesitan servicios sanitarios eficaces, no solamente servicios de reparación.
- 2 La evidencia demuestra que la promoción de la salud constituye un elemento esencial de la prestación de los servicios sanitarios. Una sólida experiencia, soportada por un firme marco de apoyo a todos los niveles, permite que la promoción de la salud ofrezca resultados que se pueden medir.
- 3 Al abordar la cuestión de la creciente proporción de la población que envejece en Europa, está claro que las intervenciones de promoción de la salud pueden  sostener una calidad de vida más activa y considerablemente mejorada para millones de personas. Está igualmente claro que la promoción de la salud es una cuestión de ciclo de vida: el trabajo realizado con y para los niños, tanto en los hogares como en los centros de enseñanza, puede demostrar un impacto a corto plazo, pero sólo cuando este trabajo se sostiene a lo largo de la vida útil y hasta la vejez, los beneficios sanitarios pueden ser enormes.
- 4 Está claro que las intervenciones destinadas a hacer frente a la epidemia de problemas de salud mental, disminuyen la depresión, el suicidio, el estrés y la ansiedad. La evidencia

demuestra reducciones del abuso y la desatención infantil, la desatención infantil, las dificultades del aprendizaje y otros problemas de conducta. Los programas demuestran que existen posibilidades de incrementar la satisfacción en la vida y la satisfacción sexual, al tiempo que se alcanza un funcionamiento óptimo en el campo psicológico. Algunos proyectos ayudan a las personas a reincorporarse a un puesto de trabajo con mayor rapidez después de sufrir el trauma del desempleo; otros pueden mostrar los beneficios de un menor número de embarazos entre las adolescentes y reducciones importantes de los partos prematuros.

- 5 Los programas de promoción de la salud pueden llegar a los grupos situados fuera del sistema, contribuyendo a incrementar su percepción de las conductas de riesgo y, en algunos casos, a reducir la drogadicción. El trabajo en los centros de enseñanza puede producir ganancias de salud en el campo de la nutrición y el sexo seguro, además de reducciones del consumo de tabaco, indicando la evidencia además, otras ganancias, como un rendimiento académico mejor derivado de una actividad física regular.
- 6 El Libro de Evidencia detalla otros impactos sanitarios. Sin embargo, algo que está claro, y que fue objeto de amplio acuerdo en las reuniones conjuntas, es la necesidad de sostenibilidad. Las ganancias de salud alcanzadas mediante la promoción de la salud no se consiguen rápidamente, mientras que para reparar un daño a la salud si hay que actuar de inmediato.
- 7 El debate reconoció, fundamentalmente, que la promoción de la salud es clínicamente segura y éticamente no perjudicial.
- 8 Se reconoció asimismo que la promoción de la salud eficaz actúa sobre los determinantes de la salud, es decir, sobre las causas, y no solamente sobre los efectos. Se trata de un entramado de acciones y reacciones, pero todas orientadas a ofrecer una calidad de vida mejor, y a sostener el bienestar de las personas como miembros productivos y contributivos de la sociedad. Las personas tienen la responsabilidad de elegir mejores opciones de salud, pero la sociedad tiene la responsabilidad de ayudarlas a hacerlo proporcionándoles recursos adecuados, oportunos y bien orientados por medio de una promoción de la salud bien financiada.
- 9 Hay evidencia creciente en todo el mundo, y dicha evidencia seguirá creciendo, de la necesidad de que la promoción de la salud desempeñe un papel cada vez más importante en el conjunto de políticas de salud pública. Los promotores de la salud fueron vehementes a la hora de subrayar que no era necesario pedir demasiado: la estrategia de promoción de la salud no es la única respuesta a las cuestiones prioritarias. Sin embargo, después de 20 años de experiencia, merece una prioridad mayor que aquella que los gobiernos y los responsables de la toma de decisiones le conceden actualmente. 
- 10 Ambas partes reconocieron que una supervisión regular de las prácticas óptimas en todo el mundo podría ser muy útil. Este reconocimiento contó con un amplio apoyo. 

Los impactos sociales

- 1 Los promotores de la salud siempre han relacionado estrechamente las desigualdades sociales con las desigualdades en salud. La salud es un derecho humano fundamental, y dicho concepto se establece con determinación firme. Existe evidencia que indica que la pobreza, la falta de un hogar, la falta de trabajo, la falta de instalaciones sanitarias adecuadas





y diversos fracasos sociales, incluida la unidad familiar, son factores que influyen en gran medida en una mala salud. Todas éstas son cuestiones que revisten una gran importancia política y social.

- 2 Se reconoció que la promoción de la salud puede desempeñar un papel llegado el momento de abordar algunas de las crisis sociales de nuestras sociedades. Tiene potencial para contribuir a la reducción de estas desigualdades, estando entre sus muchos métodos el ‘empoderamiento’ de las personas y los grupos comunitarios. La promoción de la salud brinda gran apoyo a la democracia local, constituyendo un medio de ayudar a desarrollar comunidades fuertes y unidas.
- 3 El debate indicó asimismo la necesidad de permanecer vigilantes para que la promoción de la salud no aumente la desigualdad de oportunidades de salud. Contaron con cierto apoyo las intervenciones que debían ser sometidas a un análisis de impactos en materia de equidad. Existe evidencia clara de que las personas que pertenecen a grupos socioeconómicos menos favorecidos presentan tasas de mortalidad relativamente más altas, al igual que una mayor discapacidad, que aquellos que disfrutaban de una posición socioeconómica mejor.
- 4 Algunos programas de promoción de la salud han ayudado a los beneficiarios a asumir sus obligaciones y a reprogramar sus deudas; otros han ayudado a grupos o a personas vulnerables y socialmente aislados a reinsertarse, a mejorar su autoestima, su motivación y sus habilidades para la vida; en su mayoría, estos programas han mejorado la calidad de vida.
- 5 Existe evidencia igualmente clara de que la mala vivienda, los bajos ingresos, los hogares uniparentales, el desempleo y la falta de un hogar, están asociados a altas tasas de consumo de tabaco y a bajas tasas de abandono de este hábito. Las políticas que regulan la disponibilidad y la demanda de tabaco y alcohol no tendrán éxito a largo plazo si no se abordan los factores sociales que determinan su uso. El amplio marco de política económica y social debe entonces apoyar una política eficaz de uso de sustancias que producen adicción.
- 6 La colaboración entre los diferentes sectores sociales, es un punto dinámico de crecimiento de la promoción de la salud. La promoción de la salud es un factor que contribuye a abordar las cuestiones sociales; sin embargo, a menudo, otros colaboradores tendrán que tomar la iniciativa. En áreas como la nutrición, por ejemplo, la cooperación entre los sectores público y privado puede redundar en ganancias sociales y de salud.
- 7 No obstante, como ha indicado con claridad el trabajo realizado en el campo de la nutrición, los grupos menos favorecidos son a menudo los menos alfabetizados y con menores habilidades cognitivas y de comunicación. En consecuencia, es necesario apoyar los programas de promoción de la salud con una estructura y un marco correctos. Vale la pena examinar la experiencia del gobierno canadiense a este respecto, que ha marcado la pauta durante los setenta.

Los impactos económicos




- 1 Los promotores de la salud sospechan cuando los políticos recurren a ellos con el fin de solucionar el problema del gasto sanitario excesivo con recortes de costes; y la audiencia política sospecha de los promotores de la salud si se sugiere la necesidad de un gasto

adicional importante destinado a maximizar el impacto de las intervenciones. Fue necesario un debate en torno a esta cuestión para alcanzar un consenso.

- 2 Quedó claro que la promoción de la salud no es un parche barato que resuelve el problema de los desbordados presupuestos sanitarios; los programas más eficaces exigen financiación adecuada, a lo largo de períodos sostenidos. Sin embargo, el debate indicó también con claridad que un nivel correcto de dotación de recursos podría producir tanto ventajas económicas considerables para los gobiernos, las sociedades y las personas en el ámbito individual, como ganancias de salud. 
- 3 Mientras que se reconoce que falta un trabajo de análisis de coste-beneficio tradicional que apoye muchos de los argumentos de promoción de la salud (un área que tanto los políticos como los promotores de la salud reconocen que necesita rectificación), podría aducirse que existe evidencia que indica con claridad que la inversión para la salud da beneficios. 
- 4 La cuestión del envejecimiento ya ha sido tratada; pero además está la cuestión del ‘desajuste de la capacidad productiva’. La demografía es clara en este sentido. En los próximos 30 años, la población activa europea tendrá que sustentar a un número de personas dependientes mayor que en cualquier otra época anterior. Por consiguiente, es económicamente ridículo perder a uno de cada dos fumadores de mediana edad, recortando en 20 años su ciclo de vida productiva. De igual manera, el hecho de que hombres y mujeres de mediana edad estén inválidos a causa de enfermedades cardiovasculares, da lugar no solo a una pérdida de productividad, sino a una carga de costosos gastos asistenciales durante muchos años que constituye un completo despilfarro, especialmente cuando existe evidencia clara de que la promoción de la salud eficaz puede representar una enorme diferencia. 
- 5 La capacidad productiva en Europa se ve asimismo amenazada por los accidentes, siendo la seguridad una cuestión en alza. Si se cumple la predicción de que una de cada cinco muertes prematuras será debida a lesiones en el año 2020, estamos hablando nuevamente de un fenómeno que las estrategias de promoción de la salud pueden abordar directamente.
- 6 Se alcanzó amplio consenso en el sentido de que el impacto económico de la promoción de la salud no se limita a la faceta de ‘ahorro de costes’; existe un beneficio económico positivo considerable que se podría alcanzar si se aumenta la inversión en promoción de la salud.
- 7 Inevitablemente, la cuestión de los ‘servicios públicos versus la responsabilidad personal’ estuvo rodeada de controversia. Por ejemplo, ¿deberían los fumadores exigir por derecho una atención médica continuada a pesar de que la enfermedad que padecen es autoinflingida? y, por otra parte, si se puede demostrar con claridad que los beneficios nutricionales son positivos para la salud, ¿deberían los gobiernos adoptar una postura más firme a la hora de legislar el contenido de las comidas escolares, las dietas hospitalarias y otras cuestiones? Este debate no ha hecho más que empezar y debe proseguir. 
- 8 Sin embargo, allí donde emergieron medidas de acuerdo, fue evidente una comprensión creciente de que incluso cantidades limitadas de inversión en promoción de la salud podrían redundar en una ventaja positiva - en términos tanto económicos, como sanitarios. En lugar de analizar las intervenciones con el tradicional análisis de coste-eficacia o coste-beneficio, se manifestó cierto interés por el desarrollo de una metodología de coste-utilidad.
» Véase *Promoción de la salud eficaz en el lugar de trabajo. Libro de Evidencia, Cap. 9.*

-
- 9 Se hicieron llamamientos para que se prestase una mayor atención a la eliminación de los factores de riesgo para la salud que también suponen un grave coste para la sociedad, como el consumo de tabaco. Con frecuencia, los gobiernos pueden obtener grandes ganancias económicas y de salud consiguiendo que la promoción de la salud avance por medio del proceso legislativo, por ejemplo, prohibiendo fumar en los lugares públicos o poniendo fin a la publicidad y a la promoción del tabaco.
 - 10 A través de la Nueva Europa, existe una enorme disparidad entre las economías desarrolladas y las que están en vías de desarrollo. Para que la promoción de la salud arroje resultados económicos máximos, existe la necesidad clara de una infraestructura de apoyo que permita la difusión de prácticas óptimas a través de las fronteras.

Los impactos políticos

- 1 El examen de los impactos políticos de las prácticas de promoción de la salud constituyó una experiencia sin precedentes para muchos de los promotores de la salud. Con todo, la falta de familiaridad con la estructuración de argumentos políticos se podría superar con un diálogo abierto entre todos los interlocutores.
- 2 Es ‘políticamente seguro’ dotar de un nivel adecuado de recursos a la promoción de la salud. Los principales dilemas éticos a los que se enfrentan los gobiernos en relación con cuestiones como la clonación y la ingeniería genética no forman parte del argumento fundamental de la promoción de la salud.
- 3 La promoción de la salud, adecuadamente dotada de recursos y sostenida,  goza también de aceptación considerable entre una amplia variedad de grupos de población, que la consideran sencillamente ‘sentido común’. Proporciona a los gobiernos un enfoque eficaz y práctico que les permite abordar cuestiones sociales importantes.
- 4 La experiencia canadiense demuestra cómo los conceptos de promoción de la salud se pueden traducir en planes de actuación políticamente eficaces. La promoción de la salud puede demostrar que los gobiernos están ‘haciendo’ algo.
- 5 La promoción de la salud puede tener efecto en el mayor y uno de los más  influyentes grupos de población, la tercera edad, que constituye un grupo importante de electores políticos.
- 6 La promoción de la salud puede asimismo proporcionar respuestas prácticas y desempeñar un papel a la hora de abordar otros problemas políticos prioritarios. Las intervenciones pueden ayudar a los desempleados a recuperar la autoestima y energía necesarias para buscar otro trabajo; los programas pueden reducir los impactos psicológicos del estrés y mitigar la ansiedad y la depresión; las estrategias pueden garantizar una mayor excelencia académica de la escolarización y una mayor productividad en el lugar de trabajo.
- 7 El diálogo entre los representantes políticos y los promotores de la salud estuvo de acuerdo en que a medida que Europa afronta el nuevo milenio, debería instarse a aquellos que toman las decisiones en la Unión Europea y en los gobiernos de los Estados miembros a volver a examinar el caso de la promoción de la salud, y a dedicar recursos adecuados y sostenibles a aquellas iniciativas  que la evidencia haya demostrado que funcionan.

Capítulo Cuatro

Recorriendo el Camino




Recomendaciones de actuación política

El proceso de estudio analítico de la eficacia de la promoción de la salud, y el diálogo político entre los representantes de las comunidades política y de promoción de la salud, ha permitido que el ‘grupo de expertos’ dé una respuesta creativa y dinámica a una variedad de cuestiones importantes de salud pública.

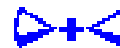
Ninguna de las ideas presentadas a continuación ha sido plenamente desarrollada o sometida a una valoración de costes; tampoco representan necesariamente las opiniones de los participantes en el proceso. Estas ideas no han sido diseñadas a modo de ‘proclama’ de la IUHPE. Han emergido en el proceso de elaboración de este informe, proporcionando un catalizador a aquellos responsables de la toma de decisiones que deseen incrementar la notoriedad de la promoción de la salud en la agenda de salud pública.

Algunas de estas ideas son iniciativas en relación con las cuales ya existe competencia europea. A otras se puede añadir valor sanitario adoptando políticas o prácticas a nivel de toda la Comunidad. E incluso otras exigirían una actuación concertada en la cual participasen todos los Estados miembros de la Unión y todos sus futuros miembros potenciales. La mayoría de las recomendaciones relativas a cuestiones específicas se abordan más detalladamente en el Libro de Evidencia.

Recomendaciones generales

- 1 A semejanza de la experiencia del gobierno canadiense, se insta a la Comisión a que considere el marco e infraestructura adecuados para el desarrollo de programas acertados de promoción de la salud en áreas identificadas. De manera especial, se insta a la Comisión a que estudie niveles de apoyo financiero y práctico destinados a su propia dirección de promoción de la salud y a su perfil dentro de la DGV. (La IUHPE ha desarrollado ya una ardua labor en relación con la cuestión de la infraestructura; ha celebrado un seminario global y ha desarrollado un conjunto de recomendaciones y conclusiones). 
- 2 Existe en la actualidad un volumen impresionante de evidencia relativa a prácticas óptimas de promoción de la salud, que es necesario comunicar y actualizar con regularidad, de modo sistemático y autorizado, entre los gobiernos de todos los Estados miembros. Se insta a la Comisión a que examine cuál de los organismos existentes a nivel europeo estaría en mejor posición para asumir este papel y si debería crearse una autoridad supervisora específica e independiente de la promoción de la salud. 
- 3 Se insta a la Comisión a que considere la conveniencia de desarrollar y apoyar una ‘Clasificación europea’ como instrumento de medición y gestión del progreso a nivel de la comunidad en la adopción de prácticas eficaces de promoción de la salud. Ya está en marcha cierto trabajo preliminar, particularmente la Iniciativa Verona Benchmark de la OMS relativa a la inversión para la salud. Las ‘Auditorías’ de promoción de la salud podrían ofrecer ventajas políticas y sanitarias considerables. 








-
- 4 Este enfoque de doble vía, que consiste en recoger y promover las mejores prácticas, así como en poner indicadores de resultados en una tabla de clasificación, constituiría un medio barato pero eficaz de mejorar el estado de salud de los europeos.
 - 5 La Comisión debería tratar de utilizar la considerable influencia que ejerce en otras organizaciones internacionales, así como en los gobiernos de los Estados miembros y en los candidatos a ingresar en la Unión, para asumir un papel de abogacía en el desarrollo de la promoción de la salud. El Artículo 152 del Tratado de Ámsterdam, que ofrece un ‘test de salud’ de todas las áreas políticas, constituye una plataforma que puede servir de base. La Comisión podría dar ejemplo creando sistemas que permitiesen una supervisión pública de su propio rendimiento en materia de promoción de la salud.



Recomendaciones relativas a cuestiones específicas

- 1 Queda muchísimo camino por recorrer en la lucha contra el consumo de *tabaco* y otras formas de sustancias que crean adicción. Es necesario seguir actuando con el fin de promover una prohibición total de la publicidad del tabaco y el patrocinio de eventos públicos, servicios y productos, que favorecen especialmente aquellas iniciativas de marketing destinadas a los jóvenes. También existe evidencia clara de que el aumento del precio de los productos del tabaco reduce ciertamente la demanda y el uso; una subida del precio del 10% produciría una reducción del 15% de la cantidad de tabaco consumido por los jóvenes.
Se insta a los gobiernos miembros y a los aspirantes a ingresar en la Unión a que suban los impuestos que gravan el consumo de los productos del tabaco, especialmente de los cigarrillos.
También se insta a los gobiernos de los Estados miembros y a la Comisión a que eliminen las incoherencias en las políticas que con frecuencia muestran simpatía por la promoción de la salud, pero por otra parte, también muestran apoyo activo a la industria de producción y fabricación de tabaco.
- 2 Una clave del envejecimiento saludable reside en una dotación adecuada de *pensiones* que garanticen entornos de vida y elecciones de estilos de vida saludables, además de un acceso a la atención sanitaria y social. Ésta es una acción que va bastante más allá de la promoción de la salud, si bien es necesario que el debate aborde plenamente la dimensión sanitaria.
- 3 Se alienta a los gobiernos a que trabajen con la industria *alimentaria* con el fin de mejorar la dieta de la tercera edad, por ejemplo, por medio de un mejor etiquetado y embalaje, una reducción del contenido de sal (especialmente de los platos preparados), la oferta de porciones pequeñas y el desarrollo y promoción de productos con poca grasa.
Dado que la evidencia indica que la promoción de la salud en la *nutrición* redonda en ganancias de salud a un coste bastante menor que el tratamiento médico, ya sea de grupos o de pacientes de alto riesgo, ésta se recomienda como campo de atención política. Se insta a los gobiernos a que desarrollen alianzas intersectoriales entre sus propios ministerios (principalmente los de agricultura, sanidad, finanzas y asuntos sociales), el gobierno local y los fabricantes, distribuidores y detallistas de productos alimenticios.



-
- 4 Las políticas de *transporte* inciden en la salud de diversos modos – especialmente en la tercera edad y en los jóvenes – por la influencia que ejercen en las oportunidades de hacer ejercicio y de acceder a las instalaciones sociales, las tiendas y la atención sanitaria. La falta de un transporte público asequible constituye una clara desventaja, y tiene un impacto sanitario en la tercera edad, los pobres y las poblaciones rurales. Un examen minucioso de la dimensión sanitaria de las políticas de transporte, ya sea en el marco del Artículo 152, o de forma independiente, por parte de los gobiernos de los Estados miembros, podría ejercer un impacto positivo en la superación de las desigualdades. 
- 5 También se insta a los gobiernos a que presten una mayor atención a la *seguridad*. Buena parte de las muertes previsibles, así como la pérdida de capacidad productiva resultante de las mismas, se pueden evitar. Una vez más, se necesita la colaboración intersectorial entre los gobiernos y en el seno de los mismos. 
- 6 En el *lugar de trabajo*, es necesario alentar a la Unión Europea para que se embarque en la implantación de las recomendaciones clave en el campo de la promoción de la salud incluidas en su Libro Verde *Partnership for a New Organisation of Work*. Hay que subrayar especialmente la necesidad de garantizar condiciones laborales promotoras de salud, sobre todo en aquellos sectores de la industria que dependen de empleados motivados y altamente cualificados. 
- 7 Los centros de enseñanza son también lugares rentables donde se puede emprender una acción de promoción de la salud, y que atraen con frecuencia el apoyo político. Sin embargo, la eficacia de estas intervenciones guarda estrecha relación con el desarrollo de las habilidades educativas y la base de conocimiento general de los jóvenes. Los políticos no deberían esperar que los centros de enseñanza solucionasen los problemas sanitarios y sociales aisladamente, sin tener en cuenta otras formas de actuación en el campo de la salud pública. Sin embargo, debería apoyarse el Programa de Escuelas Promotoras de Salud, emprendido conjuntamente por la OMS-UE-Consejo de Europa. 
- 8 También se hace un llamamiento para que los políticos sean conscientes del problema de los jóvenes no escolarizados. La inclusión de este grupo en las agendas políticas como audiencia, y no como problema, constituye un objetivo clave. Se necesita un reconocimiento pragmático de las necesidades de este grupo ampliamente desprovisto de derechos. Parte de esta iniciativa consistiría en iniciar un debate relativo a la formación, la vivienda, el bienestar y el suministro de productos y servicios de salud sexual, al igual que de jeringuillas seguras o alternativas a las sustancias que crean adicción, como la metadona. 
- 9 Dado que uno de cada cinco adultos padece ya alguna forma de alteración *mental*, y dado que uno de cada cinco jóvenes mentalmente enfermos no reciben tratamiento adecuado, es necesario que toda la cuestión del bienestar en esta área salga de las sombras políticas. Es evidente que la promoción de la salud en esta área funciona.
- Hay que difundir por toda Europa los programas que tengan un modelo eficaz, emprendiendo un análisis de los posibles resultados posteriores a su implantación a largo plazo. También hay que establecer directrices de gestión de efectos e indicadores de calidad, debiendo la Comisión ponerse a la cabeza de este trabajo. 
- Es posible que, por encima de todo, sea necesario crear una plataforma de política convenientemente dotada de recursos que ofrezca una respuesta coordinada a este enorme problema sanitario y social. 
-

-
- 10 Los gobiernos de Europa y aquellos que ingresen en la Unión deberán actuar de acuerdo con el compromiso del Artículo 152 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que afirma que la salud es un *derecho humano fundamental*. De este compromiso se deriva la responsabilidad de trabajar con determinación con el fin de abordar los determinantes de la salud y permitir que prevalezca la equidad en salud. Esto supone adoptar una política exigente para la lucha contra la pobreza, la falta de hogar, la higiene y la multitud de temas sociales que crean la mala salud.



Es necesario que los gobiernos reconozcan que las inversiones para la salud son un factor que contribuye positivamente al desarrollo social y económico.

» Aquellos lectores que deseen profundizar en estos argumentos pueden remitirse al Libro de Evidencia, que forma la parte 2 de este informe.

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 lo 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.

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.

Versión original.-© 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

La PARTE DOS de este informe ofrece la documentación completa de toda la Evidencia a la que hace referencia el Documento Base.

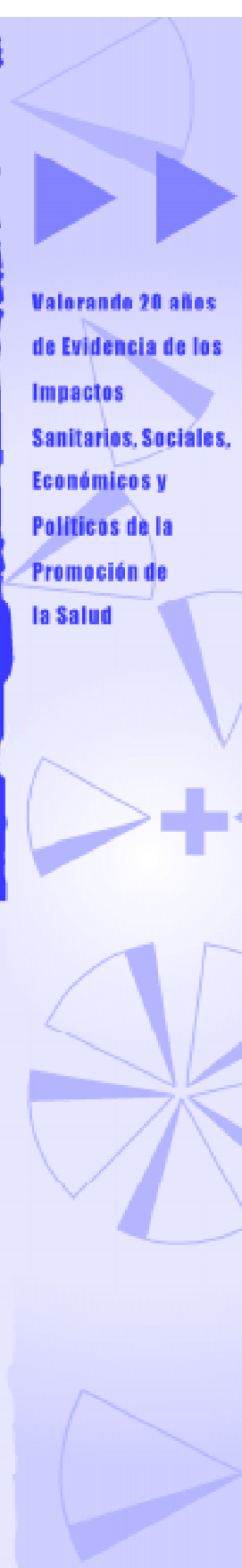
La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud

*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 Hagard, 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 Hagendoorn
NIGZ
PO Box 500
3440 AM Woerden
The Netherlands
Tel: 31 348 43 76 01
Fax: 31 348 43 76 66
e-mail: jhagendoorn@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@imagnet.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 Garcia
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
Représentation 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@publicpolicycm.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: obyrd@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: curopean.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

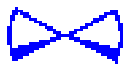
Capítulo 1	Eficacia de la Promoción de la Salud - Las preguntas que debemos responder	p1
Capítulo 2	Desafíos Políticos 1 - La cuestión del envejecimiento	p12
Capítulo 3	Desafíos Políticos 2 - Salud mental	p30
Capítulo 4	Desafíos Políticos 3 - Juventud desescolarizada	p43
Capítulo 5	Desafíos Sanitarios 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 siguientes:



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 problema 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. 