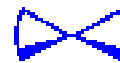

Los resultados globales reflejan un peso notable de la evidencia indicativo de un efecto positivo de los programas de WHP en la concienciación individual sobre la salud y en la conducta, así como resultados de salud y sociales a largo plazo.



Puesto de Trabajo y Diseño Organizativo Promotores de Salud

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

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

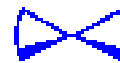
Diversas disciplinas han contribuido a nuestro conocimiento actual del impacto de las condiciones de trabajo en la mala salud y el bienestar: la ergonomía, la sociología y la psicología industrial y de la organización, la salud laboral y seguridad, la psicología medioambiental y la epidemiología social^{6,21-28}.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

El Impacto Social

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

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

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

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

El Impacto Económico

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

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

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

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

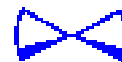


La amplia mayoría de las revisiones de los resultados económicos de la WHP se basan en estudios estadounidenses relacionados con el estilo de vida.

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

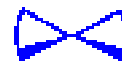
Según Kaman, en los costes de atención sanitaria pueden influir los programas de promoción de la salud, aunque la situación actual de la investigación no puede diferenciar con precisión los resultados de estos programas y otros factores de influencia⁴⁷. Se observan resultados económicos positivos en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

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



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

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



En contraste con las evaluaciones económicas de las intervenciones conductuales, solamente unos cuantos estudios han examinado el impacto de la normativa obligatoria de salud y seguridad^{142,50,51,52}.

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

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

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

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

El Impacto Político

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 9.2: Áreas de intervención

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

Tabla 9.3: Tipo de intervención

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

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

Referencias

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

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

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

Capítulo Diez

Escenarios 2

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

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

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

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

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

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

Los Centros de Enseñanza como Lugares de Promoción de la Salud

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

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

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

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

Límites de la eficacia de las intervenciones de Salud Escolar

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

El contenido de las intervenciones de Salud Escolar

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

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

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

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



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

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

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

Plan de estudios

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

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

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

Entorno

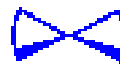
Existe un volumen considerable de evidencia que indica que el entorno escolar es un factor de la mayor importancia en la promoción de la salud escolar. El entorno tiene tres componentes principales:

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

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

Servicios de salud

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



Colaboraciones

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

Políticas sanitarias escolares

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



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

Qué no funciona

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

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

El impacto sanitario de las intervenciones en los centros de enseñanza

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

Nutrición

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



Actividad física

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



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

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

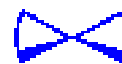


Sexualidad

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

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

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



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

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

Drogas

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

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

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

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

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

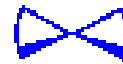
Las intervenciones de promoción de la salud bien diseñadas e implantadas en el campo de las drogas alcanzarán sus objetivos educativos, (p.e. conocimiento, concienciación, adquisición de habilidades, si bien, por lo general, apenas si tendrán un efecto modesto en objetivos conductuales),

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

El Impacto Social

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

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



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

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



El Impacto Económico

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

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



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

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

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

El Impacto Político

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

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

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

Notas Finales

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

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

Referencias

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

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

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

Capítulo Once

Escenarios 3

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

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

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

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

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

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

Este capítulo examina el impacto potencial de las actividades de promoción de la salud en el escenario de la atención sanitaria. Existe evidencia considerable de que las intervenciones breves

destinadas a fomentar el abandono del tabaco y a abordar el problema de la bebida son eficaces. Sin embargo, por lo que se refiere a la mayor parte de las demás intervenciones, esta evidencia no existe o es poco concluyente.

Se ha demostrado que el asesoramiento destinado al abandono del tabaco es mucho más rentable que las intervenciones terapéuticas que tienen por objeto abordar factores de riesgo importantes.

Los escenarios de atención sanitaria pueden llegar a ser entornos saludables y esto favorece una actitud vital de la promoción de la salud. Los profesionales de atención sanitaria pueden contribuir al desarrollo de la comunidad o jugar un papel de abogacía en los medios de comunicación. El sector de atención sanitaria puede asimismo promover la salud en virtud de su papel de gran empresario.



Las intervenciones de promoción de la salud en el sector de atención sanitaria debieran formar parte de estrategias más amplias dado que, por sí mismas, tienen potencial para incrementar las desigualdades en salud dado que sus beneficiarios principales son las personas que ya disfrutan de ventajas.

El impacto político prioritario de este enfoque reside en que, a efectos de su eficacia máxima, deben existir estructuras y procesos que apoyen la comunicación entre los que practican la promoción de la salud y aquellos que practican la atención sanitaria. Si bien esto aporta otros beneficios, como medio de promover una atención sanitaria basada en evidencia, supone asimismo un cuestionamiento de la autonomía tradicional de la profesión médica.

Este capítulo abarca las actividades que realizan los médicos, la enfermería y otros profesionales sanitarios con el fin de promover estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad. Examina la prevención tanto primaria como secundaria. La prevención primaria incluye las intervenciones dirigidas a las personas sanas con vistas a reducir el riesgo de que desarrollen una enfermedad. La prevención secundaria está dirigida a aquellos que ya muestran evidencia de enfermedad, como las personas hipertensas o que padecen un cáncer precoz, con la intención de prevenir la muerte o una enfermedad más grave. También examinamos aquí, brevemente, la evidencia de que el sector de atención sanitaria y los profesionales de atención sanitaria pueden representar un papel más amplio en la acción comunitaria destinada a abordar los determinantes de la salud.

A pesar de que no lo tratemos aquí, es importante reconocer que actualmente existe evidencia creciente de que, al menos desde los setenta, las intervenciones terapéuticas en los países industrializados desempeñan un papel importante en la promoción de la salud y la reducción de la muerte prematura. Esta evidencia es revisada en detalle en otro documento¹, pero basta con apuntar que es contraria a la opinión ampliamente generalizada de que el tratamiento contribuye poco a la pauta global de mortalidad de una población, siendo ésta una opinión basada en evidencia que data en su mayoría del período transcurrido entre mediados del siglo XIX y los sesenta².


La evidencia citada se limita casi en su mayoría a hallazgos de investigación reunidos de manera sistemática y crítica. Una fuente clave es la US Preventive Services Task Force Guide to Clinical Preventive Services³. Se añadieron también búsquedas realizadas en bases de datos ampliamente utilizadas, como Medline⁴, Cochrane Library⁵ y el UK National Health Service Centre for Reviews and Dissemination⁶.

El Impacto Sanitario

Prevención primaria

Tabaco


Los profesionales sanitarios pueden desempeñar un papel importante en la promoción del abandono del tabaco. Una amplia revisión de la investigación llevada a cabo sobre la atención primaria llegó a la conclusión de que por cada 37 pacientes a quienes un médico aconseje brevemente que dejen de fumar, dejará el tabaco uno más que si este consejo no hubiese sido impartido⁷. Se obtiene un éxito aún mayor entre aquellos que corren un riesgo más elevado de padecer enfermedades relacionadas con el tabaco, potenciándose aún más el efecto cuando se ofrece una cita de seguimiento para supervisar el progreso.

Por lo que se sabe de los numerosos beneficios del abandono del tabaco, se puede esperar que produzcan efectos beneficiosos importantes para la salud, a pesar de que otros muchos factores que intervienen dificultan la medición de cualquier efecto de este tipo. El único estudio que ha examinado esta cuestión ha llegado a la conclusión de que a lo largo de un período de 20 años, aquellos que recibieron asesoramiento para abandonar el tabaco tenían un 7% menos de probabilidad de morir por cualquier causa, un 13% menos probabilidad de morir de ECC (Enfermedad Cardíaca Coronaria) y un 11% menos de probabilidad de morir de  cáncer de pulmón⁸. Sin embargo, estas diferencias no eran significativas desde el punto de vista estadístico, lo que refleja el escaso número de sujetos implicados.

Otra revisión examinó específicamente la eficacia de los programas de abandono del tabaco dirigidos a las mujeres embarazadas⁹. Se incluyeron once ensayos, ocho de las cuales implicaron asesoramiento personal. Todos incluyeron material de apoyo. Dos incluyeron visitas de seguimiento. Las mujeres que recibieron asesoramiento tenían al menos el doble de oportunidades de dejar de fumar en comparación con aquellas que no lo habían recibido. Cuatro de los estudios examinaron igualmente el efecto en el resultado de los nacimientos, encontrando, como era de esperar, que las mayores tasas de abandono del tabaco estaban asociadas a un menor riesgo de bajo peso al nacer. Se puede esperar una reducción del riesgo de resultados obstétricos adversos.

Alcohol

Además del tabaco, los investigadores han examinado la eficacia de las intervenciones breves promotoras de un consumo razonable de alcohol. Una revisión de amplio alcance incluyó once ensayos de intervención breves dirigidas a personas con problemas de bebida llevados a cabo por una variedad de profesionales sanitarios¹⁰. Estas intervenciones breves incluyeron valoración y educación de los pacientes, asesoramiento, fijación de objetivos y supervisión de los niveles de enzimas.

Cinco de diez estudios que incluyeron varones mostraron descensos del consumo de alcohol considerablemente inferiores en los grupos de intervención en comparación con los controles. De cuatro estudios que incluyeron mujeres, en solamente uno se produjo una reducción significativa en el consumo tanto de bebida como en los niveles de enzimas. Los autores llegaron a la conclusión de que la evidencia apoyaba el uso de intervenciones breves en pacientes con problemas de bebida, pero observaron la necesidad de investigación adicional para identificar qué sujetos tenían más probabilidades de beneficiarse de intervenciones de intensidad óptima, así como cuál era la eficacia de las intervenciones dirigidas a las mujeres. 

Foxcroft et al. revisaron una serie de intervenciones destinadas a prevenir el comienzo del consumo de alcohol o a minimizar los daños que produce entre los jóvenes, pero encontraron que la calidad metodológica de la mayoría de los estudios era pobre, y que no se podía llegar a la conclusión de que alguna de las intervenciones era eficaz¹¹.

Ejercicio

El US Preventive Task Force recomienda que los profesionales sanitarios alienten a los pacientes a que hagan ejercicio, solo por la evidencia de los beneficios del ejercicio³. Ellos observan que la eficacia del asesoramiento médico en la promoción del ejercicio no está establecida.

Nutrición

Si bien existe amplia evidencia de la eficacia de un cambio en la dieta destinado a limitar el consumo de grasas y a aumentar la ingesta de fibra, fruta y verdura, el US Preventive Task Force llegó a la conclusión de que no existe evidencia suficiente para recomendar que los médicos ofrezcan asesoramiento nutricional, en comparación con los dietistas o las intervenciones comunitarias. Proponen que el personal clínico que carezca de tiempo o de las habilidades para elaborar una historia dietética completa, abordar las barreras al cambio y ofrecer orientación específica en materia de planificación de comidas, selección y preparación de alimentos, remita a los pacientes a alguien que pueda hacerlo³.

Lesiones accidentales

Una revisión reunió 18 estudios de intervenciones que tenían por objeto reducir la incidencia de las caídas en la tercera edad¹². Nueve de ellos incluían una visita de valoración seguida de una intervención orientada a una serie de factores de riesgo, mientras que cinco ofrecían datos que permitían una utilización consolidada. El énfasis puesto en distintos factores de riesgo, personales o del entorno, variaba considerablemente. Un estudio encontró que este tipo de intervención aumentaba en realidad las caídas, ya que era posible que al alentar a las personas mayores a hacer más ejercicio, las colocasen en situaciones de mayor riesgo¹³. Sin embargo, todos los estudios combinados sugieren que la valoración de las personas mayores por parte de profesionales sanitarios formados para identificar factores de riesgo intrínsecos y del entorno está asociada a aproximadamente un 20% de reducción del riesgo de caídas.

El US Preventive Task Force apuntó que existe evidencia suficiente para recomendar el asesoramiento sobre el uso del cinturón de seguridad y los asientos de seguridad para niños en los coches, y para informar a los padres sobre medidas que les permitan reducir el riesgo de lesiones domiciliarias no intencionales³. ▶ *Véase Desafíos 2, Cap. 8.*

Odontología

Kay y Locker revisaron la evidencia de la eficacia de una serie de intervenciones educativas para la salud odontológica¹⁴. Los 14 estudios relativos a la educación para la salud odontológica reflejaron un efecto positivo en el conocimiento y las actitudes. Quince estudios de intervenciones destinadas a reducir la placa y mejorar la salud gingival indicaron un efecto con frecuencia beneficioso, pero habitualmente de poca duración. Las intervenciones que tenían por objeto reducir las caries no exhibieron efecto alguno, mientras que aquellas destinadas a modificar la dieta no fueron concluyentes.

Prevención secundaria

Screening

La realización de *screening* con el fin de detectar factores de riesgo o una enfermedad precoz se justifica solamente si se reúnen determinados criterios, que incluyen la existencia de un test de screening adecuado que sea aceptable para aquellos a quienes esté destinado el programa, un estadio latente o sintomático precoz de la dolencia y disponibilidad de un tratamiento eficaz¹⁵.

Como ejemplos de dolencias en las cuales el *screening* ha demostrado ser eficaz, podemos citar el cáncer de mama realizando una mamografía en las mujeres de más de 50 años¹⁶, el cáncer de cuello de útero realizando frotis cervicales¹⁷ y el cáncer colorrectal realizando pruebas de sangre oculta en heces¹⁸. El *screening* en las mujeres menores de 50 años realizando una mamografía sigue siendo discutible¹⁹.

Sin embargo, ofrecer un screening no es demasiado sencillo. Se alcanzará la eficacia máxima solamente si este método se utiliza como programa gestionado, garantizando la consecución de una alta aceptación, que la calidad del proceso se pueda supervisar continuamente y que a los detectados se les ofrezcan intervenciones eficaces²⁰.



Asma

En una revisión de 22 ensayos, Gibson et al. encontraron que un modelo mejorado de autogestión, que incluía autosupervisión en asociación con un plan escrito y autoajuste de la medicación, era eficaz y ofrecía una reducción del 40-50% de la hospitalización, las visitas no concertadas al médico, los días de no asistencia al trabajo o al centro de enseñanza y el asma nocturna²¹.

Intervenciones relativas a múltiples factores de riesgo

Ebrahim y Dave Smith revisaron la evidencia de nueve ensayos, que incluían a 903.000 sujetos, destinados a reducir el riesgo de ECC abordando más de una de seis posibles intervenciones²² – abandono del tabaco, ejercicio, asesoramiento dietético, control de peso, medicamentos antihipertensivos y medicamentos reductores del colesterol. Cuando los resultados de los estudios se consolidaron, el impacto en la mortalidad por ECC total no demostró ser significativo. Los autores llegaron a la conclusión que la implantación de intervenciones que utilizan métodos estándar de educación para la salud tenían eficacia limitada, siendo posible que la promoción de la salud saliese más beneficiada con la aplicación de medidas fiscales y legislativas.

Cómo crear entornos saludables

La creación de entornos saludables en el sector de la atención sanitaria es la base del proyecto de 'Hospitales Promotores de la Salud' de la Organización Mundial de la Salud. Éste es un medio de aumentar la participación de los pacientes y otras personas ajenas al hospital en las actividades de promoción de la salud, mejorando la comunicación y, en general, reorientando los hospitales hacia la promoción de la salud, con un énfasis en el aprendizaje basado en la experiencia²³. Pese a que existe poca evidencia empírica que se pueda medir del impacto sanitario de dichas políticas, el mensaje que se transmite puede probablemente reforzar el carácter de la promoción de la salud y facilitar la introducción de intervenciones específicas.

Muchas personas entran en contacto con las instalaciones de atención sanitaria, ya sea en calidad de pacientes o de personal sanitario, lo que ofrece una importante oportunidad para que



el sector de atención sanitaria demuestre que apoya las políticas promotoras de salud. Estas políticas incluyen la prohibición de fumar – lo cual indica con claridad cuán importante es reducir el impacto en la salud del humo ambiental del tabaco²⁴, y la oferta de aparcamientos para bicicletas, gimnasios y duchas - demostrando así que se apoya la práctica del ejercicio. Deben asimismo garantizar que las instalaciones de comedor ofrezcan opciones dietéticas sanas²⁵.

Por el contrario, el mensaje implícito que se transmite cuando no se prohíbe fumar o no se promueven opciones de alimentación sana, es que la promoción de la salud no se toma en serio. En tales escenarios, es posible que el conflicto obvio entre el consejo que se imparte a los pacientes y la cultura de la organización dificulte el cambio conductual.

Acción comunitaria

Los profesionales de atención sanitaria pueden jugar un papel en la movilización de las comunidades para la promoción de la salud, basándose en su conocimiento de los determinantes de la salud y en su poder como formadores de opinión. Su papel es doble: el primero es la movilización de las comunidades locales para crear entornos saludables. El proyecto de 'Ciudades Saludables' de la OMS ofrece muchos ejemplos²⁶.

El segundo papel es la abogacía en los medios de comunicación donde los profesionales de la atención sanitaria aportan su experiencia supervisando y respondiendo a los mensajes equívocos de los intereses creados, como los de la industria tabaquera. A esto se añade que apoyan la difusión de los mensajes sanitarios. En algunos países, la profesión médica ha desempeñado un papel importante al llamar la atención sobre los efectos del tabaco en la salud²⁷. Chapman y Lupton muestran cómo los profesionales sanitarios han triunfado en una amplia gama de temas por medio de una actuación coordinada e informada²⁸.

Desigualdades en salud

Es probable que las intervenciones antes analizadas ejerzan un impacto importante en las desigualdades en salud. Irónicamente, esto se debe a que aquellas intervenciones que tienen lugar a través del sector de atención sanitaria pueden beneficiar sobre todo a personas de por sí ya relativamente más favorecidas. Por ejemplo, una revisión de las iniciativas destinadas a reducir los accidentes entre los niños encontró que éstas eran menos acertadas entre las clases sociales más bajas²⁹. En la eficacia de las intervenciones basadas en material escrito influyen los diferentes niveles de alfabetización³⁰.

En particular, en algunos países, existe la preocupación de que las poblaciones compuestas por minorías étnicas, que puedan tener factores de riesgo específicos, resulten aún más desfavorecidas³¹. Esto se acentúa en aquellas comunidades donde los trabajadores emigrantes y los inmigrantes ilegales están excluidos del sistema sanitario público. No está claro todavía si esta desventaja se puede superar utilizando trabajadores de atención sanitaria pertenecientes a las comunidades afectadas^{32,33}.

Por estas razones, las intervenciones en el sector de atención sanitaria debieran normalmente formar parte de un paquete más amplio. Varias revisiones han llegado a la conclusión de que las estrategias basadas en el cambio social y estructural son más eficaces que aquellas basadas en intervenciones individuales³⁴.

El sector de atención sanitaria como empresario

A pesar de que la investigación inicial era conflictiva y estaba sujeta a una controversia

metodológica, los efectos adversos del desempleo en la salud no han sido bien documentados³⁵. Un factor importante es que el mayor impacto en la salud se deriva del temor o las perspectivas de desempleo, con la inseguridad financiera que esto conlleva³⁶.

El sector de atención sanitaria es un empresario de primer orden en los países industrializados. En algunos países, las estrategias de contención de costes aplicadas al sector de atención sanitaria durante los ochenta y los noventa tuvieron un impacto considerable en los niveles globales de desempleo. Algunos gobiernos están reconociendo ahora la contribución al empleo de la inversión en atención sanitaria. Esto se expresó en el Programa de Actuación Especial de Ámsterdam (Ámsterdam Special Action Programme), desarrollado por el Banco de Inversión Europeo, que tiene previsto invertir 10.000 millones de Ecus en proyectos de creación de empleo, incluida la atención sanitaria, entre 1997 y 2000³⁷.

El Impacto Económico

Pocos estudios facilitan la información necesaria para estimar la rentabilidad de las intervenciones de promoción de la salud³⁸. La información suele ser específica a la población, el país y el periodo de tiempo implicados, debiendo ser extrapolada a otras situaciones con precaución³⁹. Los factores que hay que tener en cuenta incluyen la incidencia de la enfermedad que se previene en la población implicada y el coste de factores como los salarios de los profesionales, los efectos de la inflación y la elección de los tipos de cambio.

Sin embargo, con precaución, es posible comparar el coste de diferentes estrategias destinadas a alcanzar un objetivo concreto. En 1997, la Agencia Americana de Política e Investigación de Atención Sanitaria examinó 15 tipos diferentes de intervenciones destinadas a promover el abandono del tabaco⁴⁰. Teniendo en cuenta todas las intervenciones, el coste medio por cada persona que había dejado de fumar era de 3.779 dólares de 1995, siendo 2.587 dólares la cifra correspondiente a los años de vida ganados. Sin embargo, los costes variaban considerablemente. Intervenciones más intensivas, como aquellas que utilizaban parches de nicotina, eran más rentables, siendo la intervención más rentable aquella en la cual se impartía asesoramiento intensivo en grupos. No obstante, solamente el 5% mostraba deseos de embarcarse en este tipo de intervención.

Un estudio español, publicado en 1998, arrojó resultados similares. En dicho estudio, se compararon una gama de intervenciones destinadas a reducir la enfermedad cardiovascular, demostrándose que el abandono del tabaco era la intervención más rentable⁴¹ (Tabla 11.1).

Tabla 11.1 Coste por año de vida ganado de las intervenciones destinadas a reducir la enfermedad cardiovascular: España, 1998

Intervención	Hombres	Mujeres
Abandono del tabaco	2.608 – 3.738\$	4.482 – 5.756\$
Tratamiento de la hipertensión moderada y severa	8.564 – 38.678\$	9.585 – 57.983\$
Tratamiento de la hipertensión leve	11.906 – 59.840\$	15.248 – 86.075\$
Tratamiento dietético	16.143 – 20.158\$	57.175 – 62.154\$
Tratamiento medicinal de la hipercolesterolemia	33.850 – 81.010\$	104.100 – 259.150\$

Fuente: Plans-Rubio, 1998

Un ensayo de intervención en hospitales de los Estados Unidos publicado en 1998, arrojó cifras comparables en relación con el abandono del tabaco⁴². Esta intervención consistía en una

sesión de asesoramiento de 20 minutos a la cabecera del enfermo, un vídeo corto, materiales de autoayuda y una o dos visitas de seguimiento. El coste por cada año de vida ganado oscilaba entre 1.691 y 7.444 dólares americanos, coste éste, que según los autores, era bastante inferior al de la mayoría de los procedimientos médicos. Además, los autores aducían que, asumiendo un escenario realista de aplicación, los costes totales de las intervenciones se reducirían considerablemente, descendiendo el coste por año de vida ganado hasta un 90%, llegando a situarse en aproximadamente 380 dólares americanos.

A pesar de que los datos comparativos de rentabilidad puedan indicar la clara superioridad de un tipo de intervención sobre otro, ésta se debiera interpretar en el contexto de poblaciones objetivo. Por ejemplo, un estudio holandés encontró que las intervenciones basadas en autoayuda parecían ser mucho más rentables que aquellas que utilizaban grupos, si bien las poblaciones atraídas por ambos tipos de intervención diferían considerablemente. Depender de un solo enfoque significaría perder a muchas personas que se hubiesen beneficiado⁴³.

Existe bastante menos evidencia sobre la rentabilidad de otras intervenciones. Nicholl et al. examinaron los costes y beneficios del ejercicio desde la perspectiva de los costes correspondientes al sector de atención sanitaria⁴⁴. Llegaron a la conclusión de que el impacto del tratamiento de las lesiones y otros efectos adversos del ejercicio suponía que los costes pesasen más que los beneficios en las personas menores de 45 años, si bien sucedía lo contrario en las personas mayores de 45 años.

Wonderling et al. revisaron la evidencia de la rentabilidad de intervenciones con factores de riesgos múltiples para prevenir la ECC⁴⁵ (Enfermedad Cardíaca Coronaria). Las evaluaciones económicas publicadas han ofrecido estimaciones muy variables del coste de la vida ganada, con un amplio rango de beneficios, que demuestran que la rentabilidad depende esencialmente del conocimiento de la duración del efecto, que es con frecuencia incompleto.

El Impacto Político

Son tres las implicaciones políticas de estos hallazgos. En primer lugar, el grado en que la promoción de la salud en el sector de atención sanitaria puede, por sí sola, ofrecer mayores mejoras de la salud es limitado. En consecuencia, una política de promoción de la salud que dependa de la reforma del sector de atención sanitaria para alcanzar sus objetivos no funcionará. La estrategia de promoción de la salud debe combinar la participación del sector sanitario con una serie de medidas fiscales y legislativas.

En segundo lugar, hay algunas intervenciones, como aquellas que tienen como fin el abandono del tabaco, dentro del sector de atención sanitaria, que pueden ser altamente rentables si forman parte de una estrategia más amplia de promoción de la salud.

En tercer lugar, si los profesionales de atención sanitaria se pueden reorientar para que se conviertan en abogados de la salud, en lugar de limitarse a formar parte de un servicio de reparación, dichos profesionales podrían llegar a convertirse en poderosos aliados de aquellos cuyo deseo es promover la salud.

Las intervenciones promotoras del abandono del tabaco constituyen un ejemplo de los desafíos que afrontamos. En muchos países, dicho asesoramiento se imparte en contadas ocasiones⁴⁶, mientras que en otros, se ve entorpecido por el alto porcentaje de médicos que fuman⁴⁷. Tenemos entonces que es esencial comprender de qué modo podríamos cambiar esta situación.

Una revisión sistemática⁴⁸ de nueve estudios llegó a la conclusión de que, si bien era más probable que personal formado lograra convencer a los fumadores para que dejaran de fumar, el beneficio adicional era relativamente escaso. La creación de un sistema en el cual se ofreciese a los

pacientes una cita por separado para fijar un plazo para dejar de fumar, además de una secuencia de citas de seguimiento relacionadas con un pago al médico, era más eficaz⁴⁹. La formación por sí sola produce un rendimiento relativamente pobre de la inversión, debiendo dirigirse los esfuerzos a cambios organizativos que faciliten esfuerzos sostenidos.

La investigación sobre la prevención secundaria plantea un tema similar. Los países que tienen establecidos programas gestionados de *screening* de cuello del útero han reducido con mucho más éxito las tasas de muerte que aquellos que no disponen de ellos¹⁷. Esto supone la necesidad de una coordinación estrecha entre los responsables de la salud de la población y aquellos que prestan los servicios de *screening*.

La necesidad de abordar los cambios organizativos crea el impacto político. Es necesario que los políticos se comuniquen con los profesionales sanitarios y los responsables de la salud pública. En el Reino Unido y los países escandinavos, estos vínculos ya existen, estando basados en las autoridades sanitarias locales. En otros países, especialmente en aquellos cuya financiación se basa en la seguridad social y en una fuerte tradición de profesionales independientes, esto es más difícil.

Un sistema de estas características aportaría importantes beneficios. Uno de ellos sería un ámbito de apoyo al liderazgo de la salud, por medio del cual los integrantes del sector de atención sanitaria podrían desempeñar un papel en la identificación proactiva de los desafíos sanitarios, movilizándolo la implicación de numerosos sectores. Otro sería la creación de nuevas estructuras y procesos que actuarían como vehículo promotor de un mayor uso de una atención basada en la evidencia, que promoviese la salud de la población, con independencia de que las intervenciones implicadas fuesen preventivas o curativas.

Este proceso está en marcha. En Francia, el 'schéma régional d'organisation sanitaire' está desarrollando mecanismos para coordinar las prioridades regionales con los planes de los proveedores de atención sanitaria⁵⁰. En Alemania, los institutos de investigación de los fondos de enfermedad están comenzando a estudiar formas de adoptar un papel más proactivo en la promoción de la salud⁵¹. Sin embargo, en otros países, suceden muchas menos cosas⁵².

Otras cuestiones, que incluyen el papel que desempeña el equipo de atención sanitaria, deben ser abordadas⁵³. En particular, es necesario fortalecer el papel de la enfermería en aquellos países donde sigue estando relativamente poco desarrollado. Existe asimismo la necesidad, en muchos países, de reorientar la formación de los médicos y la enfermería para generar un mayor énfasis en la prevención. Con todo, hay que reconocer que dichos cambios podrían cuestionar la autonomía tradicional de la profesión médica en algunos países.

La evidencia que presentamos aquí requiere estructuras que aborden la relación entre los implicados en la promoción de la salud y los proveedores de atención sanitaria, con el fin de establecer el mejor medio para que la promoción de la salud se convierta en un elemento decisivo de la consulta de atención sanitaria, y que los profesionales de atención sanitaria puedan contribuir a abordar determinantes más amplios de la salud.

Referencias

- 1 McKee M. For debate - does health care save lives? *Croatian Med J.* (in press)
- 2 McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Oxford: Blackwell, 1979.
- 3 US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services.* Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.
- 4 <http://www.nlm.nih.gov>
- 5 <http://update.cochrane.co.uk/info>
- 6 <http://www.york.ac.uk/inst/crd/dissemin.htm>


-
- 7 Silagy C, Ketteridge S. *Physician advice for smoking cessation*. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
 - 8 Rose G, Colwell L. Randomised controlled trial of anti-smoking advice: final (20 year) results. *J Epidemiol Comm Health*. 1992; 46: 75-77.
 - 9 Dolan-Mullen P, Ramirez G, Groff JY. A meta-analysis of randomized trials of prenatal smoking cessation interventions. *Am J Obstetr Gyn*. 1994; 171: 1328-34.
 - 10 Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Can Med Assoc J*. 1995; 152: 851-9.
 - 11 Foxcroft DR, Lister-Sharp D, Lowe G. Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction*. 1997; 92: 531-537.
 - 12 Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. *Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly*. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
 - 13 Vetter NJ, Lewis PA, Ford D. Can health visitors prevent fractures in elderly people? *Br Medj*. 1992; 304: 888-90.
 - 14 Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Comm Dentistry Oral Epidemiol*. 1996; 24: 231-5.
 - 15 Wilson JMG, Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: WHO, 1968.
 - 16 Wald N, Chamberlain J, Hackshaw A. Report of the European Society of Mastology Breast Cancer Screening Evaluation Committee. *Breast*. 1993; 2: 209-16.
 - 17 Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet*. 1987; 1: 1247-9.
 - 18 Towler BP, Irwig L, Glasziou P, Weller D, Kewenter J. *Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Haemoccult*. (Cochrane Review). In: the Cochrane Library, Issue 3, 1998. Oxford: Update Software.
 - 19 Smart CR, Hendrick RE, Rutledge JH, Smith RA. Benefit of mammography screening in women aged 40-49 years: current evidence from randomized controlled trials. *Cancer*. 1995; 75: 1619-1626.
 - 20 Miller AB, Chamberlain J, Day NE, Hakama M, Prorok PC (eds). *Cancer screening*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
 - 21 Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, Bauman A, Walters EH. *The effects of limited (information only) patient education programs on the health outcomes of adults with asthma*. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
 - 22 Ebrahim S, Davey Smith G. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *Br Med J*. 1997; 314: 1666-74.
 - 23 URL: <http://www.who.dk/tech/hs/recom.htm>
 - 24 Catford JC, Nutbeam D. Smoking in hospitals. *Lancet*. 1983; 2: 94-6
 - 25 Clarkson J, Nutbeam D. Introducing healthy catering practice into hospitals: a case study from Wales. *Nutr Health*. 1991; 7: 101-10.
 - 26 Ashton J. The Healthy Cities Project: a challenge for health education. *Health Educ Q*. 1991; 18: 39-48.
 - 27 Duncan N. *The BMAs campaign against the tobacco industry*. In: BMA. Smoking out the barons. London: BMA, 1986.
 - 28 Chapman S, Lupton D. The fight for public health. London: *BR MED J*. 1994.
 - 29 Downing C. *Evaluation of the impact and penetration of a childrens traffic club*. Paper to Second International Conference on Road Safety. Groningen, 1987.
 - 30 Hibbard BM, Robinson JO, Pearson JF, Rosen M, Taylor A. The effectiveness of antenatal education. *Health Educ J*. 1979; 38: 39-46.
 - 31 McKeigue P, Chaturvedi N. *Epidemiology and control of cardiovascular disease in south Asians and Afro-Caribbeans*. In: Ahmad W, Sheldon TA, Stuart O (eds). Ethnicity and health: Reviews of literatura and guidance for purchasers in the areas of cardiovascular disease, mental health and haemoglobinopathies. CRD Report 5. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 1966.
 - 32 McAvoy BR, Raza R. Can health education increase the uptake of cervical smear testing among Asian women? *Br Medj*. 1991; 302: 333-336.
 - 33 Hoare T, Thomas C, Biggs A, Booth M, Bradley S, Friedman E. Can the uptake of breast screening in Asian women be increased: a randomized controlled trial of a linkworker intervention. *J Publ Health Med*. 1994; 16: 179-85.
 - 34 Holland J, Arnold S, Fullerton D, Oakley A, Hart G. *Review of effectiveness of health promotion interventions for men who have sex with men*. London: Social Science Research Unit, 1994.
-

-
- 35 Bartley M. Unemployment and ill-health. understanding the relationship. *J Epidemiol Comm Health.* 1994; 48: 333-7.
- 36 Ferrie JE, Shipley Mj, Marmot MG, Stansfield S, Davey Smith G. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *Br Med J.* 1995; 311: 1264-9.
- 37 URL: http://www.eib.org/pub/news/asap_ir.htm
- 38 Rigby K, Silagy C, Crockett A. Can resource use be extracted from randomized controlled trials to calculate costs? A review of smoking cessation interventions in general practice. *Int J Technol Assess Health Care.* 1996; 12: 714-20.
- 39 Sassi F, McKee M, Roberts J. Economic evaluation of diagnostic technology: methodological challenges and viable solutions. *Int J Technol Assess Health Care.* 1997; 13: 613-30.
- 40 Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA.* 1997; 278: 1759-66.
- 41 Plans-Rubio P. Cost-effectiveness of cardiovascular prevention programs in Spain. *Int J Technol Assess Health Care.* 1998; 14: 320-30.
- 42 Meenan RT, Stevens VJ, Hornbrook MC, La Chance PA, Glasgow RE, Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. *Med Care.* 1998; 36: 670-8.
- 43 Mudde AN, de Vries H, Strecher Vj. Cost-effectiveness of smoking cessation modalities: comparing apples with oranges? *Prev Med.* 1996; 25: 708-16.
- 44 Nicholl JP, Coleman P, Brazier JE. Health and healthcare costs and benefits of exercise. *Pharmacoeconomics.* 1994; 5: 109-22.
- 45 Wonderling D, Langham S, Buxton M, Normand C, McDermott C. What can be concluded from the Oxcheck and British family heart studies: commentary on cost effectiveness analyses. *Br Med J.* 1996; 312: 1274-8.
- 46 Silagy C, Muir J, Coulter A, Thorogood M, Yudkin P, Roe L. Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. *Br Med J.* 1992; 305: 871-4.
- 47 Audet B. When it comes to smoking, Japanese MDs do not set a good example for their patients. *Can Med Assoc J.* 1994; 150: 1673-4.
- 48 Lancaster T, Silagy C, Fowler G, Spiers I. *Training health professionals in smoking cessation.* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
- 49 Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Wilims DG, Singer J. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA.* 1988; 260: 1570-4.
- 50 Bach S. Managing a pluralist health system: the case of health care reform in France. *Int J Health Serv.* 1994; 24: 593-606.
- 51 Graaf von der Schulenburg JM. Forming and reforming the market for third party purchasing of health care: A German perspective. *Soc Sci Med.* 1994; 39: 1473-81.
- 52 Nonneman W, van Doorslaer E. The role of the sickness funds in the Belgian health care market. *Soc Sci Med.* 1994; 39: 1483-95.
- 53 Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, Stevens VJ, Biglan A. Nurse-assisted counselling for smokers in primary care. *Ann Intern Med.* 1993; 118: 521-5.

Capítulo Doce

Lecciones de Canadá

El tema: El estudio de un caso de desarrollo de infraestructura

Canadá se ha establecido por derecho propio como uno de los líderes de la práctica de la promoción de la salud en el mundo. En 1997, durante la celebración de la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de la OMS, se presentó un caso que describía el desarrollo de la promoción de la salud en Canadá. Los enfoques, y las lecciones, son importantes para los responsables de confeccionar las políticas europeas. 

Esta sinopsis del estudio de dicho caso se centra principalmente en el desarrollo de infraestructuras relevantes que permitieron que los conceptos se transformasen en una política eficaz y en programas de promoción de la salud.

A la IUHPE le gustaría dar las gracias a aquellos que participaron en el *desarrollo del Estudio del Caso* original, del cual se obtuvieron estos extractos, y especialmente al Dr. Trevor Hancock y al Dr. Ron Labonte, que dirigieron la investigación original y desarrollaron la documentación de base.

El Comienzo

El liderazgo internacional de Canadá en la promoción de la salud moderna se inició en 1974 con la publicación de *A New Perspective on the Health of Canadians (Una Nueva Perspectiva de la Salud de los Canadienses)*, bajo el liderazgo de Marc Lalonde, Ministro de Sanidad y Bienestar Social, en ese momento. Era la primera vez que un gobierno importante reconocía públicamente que la medicina y el sistema de atención sanitaria representan un papel limitado en la determinación del estado de salud. Era asimismo el primer documento que sugería la utilización de la 'promoción de la salud' como estrategia clave de mejora de la salud. Este informe proponía que la interacción entre la biología humana, la organización de la atención sanitaria, el entorno y el estilo de vida determinaba la salud.

El Establecimiento de Nuevas Infraestructuras

A New Perspective on the Health of Canadians arrojó tres resultados, a saber:

- ▶ La creación de la Dirección de Promoción de la Salud Federal, perteneciente al Ministerio Nacional de Sanidad y Bienestar Social, en 1978
- ▶ El rápido crecimiento de programas orientados al estilo de vida y basados en campañas de marketing social y educación para la salud

-
- ▶ Un refinamiento de la práctica de promoción de la salud en las comunidades y esfuerzos de base popular en todo el país

La Dirección de Promoción de la Salud fue el fruto de la fusión de varias unidades independientes que trabajaban en las áreas de alcohol, tabaco y drogas, nutrición y temas de salud infantil. La labor emprendida se clasificó en líneas generales en las categorías siguientes:

- ▶ Marketing social (educación pública e información)
- ▶ Apoyo a la acción comunitaria (programas de financiación)
- ▶ Desarrollo de políticas y programas
- ▶ Desarrollo de conocimientos

Por medio de su liderazgo conceptual y sus programas de financiación, la Dirección de Promoción de la Salud contribuyó a establecer con firmeza el concepto de promoción de la salud dentro de Canadá, a apoyar su práctica a nivel nacional e internacional y a avanzar en el desarrollo de nuevos modelos de práctica.

También se pusieron en marcha iniciativas provinciales / territoriales, y con la llegada de *A New Perspective on the Health of Canadians*, muchas provincias / territorios ampliaron sus perspectivas y establecieron dentro de sus estructuras áreas que permitiesen ampliar los esfuerzos de promoción de la salud. Tuvo lugar asimismo un despliegue creciente de actividad a nivel municipal. A finales de los setenta, la Secretaría de Salud de Toronto, al igual que otros departamentos de salud pública de Canadá, comenzaron a desarrollar enfoques de la promoción de la salud más críticos desde el punto de vista social, que ponían de relieve los determinantes estructurales, el desarrollo de la comunidad y las estrategias de abogacía para la salud.

En 1984, la Junta de Salud de Toronto, la Asociación Canadiense de Salud Pública y Health and Welfare Canadá patrocinaron conjuntamente una conferencia internacional, *Beyond Health Care*. En dicha conferencia, nacieron dos ideas clave de promoción de la salud: el concepto de una 'política pública saludable' y la idea de una 'Ciudad saludable'.

Avanzando

La Carta de Ottawa y 'Consiguiendo Salud para Todos'

La primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se celebró en Ottawa en 1986, organizada conjuntamente por Health and Welfare Canadá, la Asociación Canadiense de Salud Pública y la Organización Mundial de la Salud. Un resultado trascendental de esta Conferencia fue la adopción de la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, documento que desde entonces ha sido traducido a 50 idiomas, habiéndose convertido en guía de la promoción de la salud en todo el mundo. La Carta de Ottawa identificaba cinco estrategias relativas a la práctica de la promoción de la salud y a la 'nueva salud pública', en los términos siguientes:

- ▶ Construcción de una política pública saludable
- ▶ Creación de entornos que apoyen la salud
- ▶ Fortalecimiento de la acción comunitaria
- ▶ Desarrollo de habilidades personales
- ▶ Reorientación de los servicios sanitarios

En esta misma Conferencia, el Gobierno Federal dio a conocer *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion* (Consiguiendo Salud para Todos: Un Marco de Promoción de la Salud), documento que describía una matriz de los desafíos, los mecanismos y estrategias de promoción de la salud, dando mayor importancia a los determinantes más amplios de la salud. Este documento contribuyó eficazmente al desarrollo del conocimiento en materia de promoción de la salud, y estableció una agenda de investigación.

El impacto de ambos documentos consistió en posicionar la promoción de la salud como eje central conceptual de la aceleración de los esfuerzos federales y provinciales / territoriales destinados a reformar y reestructurar los cada vez más costosos sistemas de atención sanitaria. Y un factor más importante, se considera que ambos documentos, y principalmente la Carta, han sido los principales responsables de un cambio de rumbo de la práctica de la promoción de la salud, en el cual las condiciones de trabajo, o los requisitos indispensables para la salud, recibieron atención adicional. Los cinco años siguientes a la difusión de estos documentos se caracterizaron por avances importantes en el campo de la promoción de la salud, a saber:

- ▶ El establecimiento de estrategias federales a gran escala dirigidas a grupos o a temas específicos
- ▶ El fortalecimiento de los programas de promoción de la salud provinciales / territoriales
- ▶ El establecimiento de consejos de salud provinciales / territoriales destinados a guiar la reforma de la atención sanitaria
- ▶ La creación de 'Comunidades saludables' nacionales y provinciales / territoriales y de proyectos de 'Fortalecimiento de la salud de la comunidad'
- ▶ El desarrollo de conocimiento e investigación en el campo de la promoción de la salud

Programas del Gobierno Federal

A mediados de los ochenta, existía una preocupación creciente porque la orientación de la promoción de la salud estaba basada en gran medida en el estilo de vida. Se aducía que la salud de las personas que vivían en circunstancias relativamente desfavorecidas estaba también determinada por condiciones estructurales, como la pobreza, el desempleo, la discriminación social, la falta de derechos, la mala vivienda y la contaminación, entre muchas otras. Se afirmaba que los estilos de vida personales no eran determinados libremente mediante una elección individual, sino que existían más bien dentro de estructuras sociales y culturales que condicionaban y limitaban la conducta.

En 1987, el presupuesto de la Dirección de Promoción de la Salud llegó casi a triplicarse con la puesta en funcionamiento de estrategias nacionales en las áreas de las drogas, el tabaco, la conducción de alto riesgo y el SIDA. Se desplegaron esfuerzos para desarrollar una actuación intersectorial, investigación cualitativa y métodos de evaluación. Las campañas de marketing social pusieron más énfasis en los mensajes positivos, mientras que los programas de financiación hacían posible una mayor autonomía en la definición de las cuestiones sanitarias locales. Las iniciativas basadas en la comunidad recibieron apoyo considerable de las oficinas regionales de la Dirección de Promoción de la Salud.

El enfoque basado en escenarios se adoptó como estrategia importante de promoción de la salud. Este enfoque reúne todos los elementos de la promoción de la salud, integrándolos en escenarios que tengan un significado para las personas – hogar, centro de enseñanza, lugar de trabajo, hospital y comunidad. La investigación, el desarrollo del conocimiento y las infraestructuras afines recibieron asimismo un apoyo activo.

Programas Provinciales / Territoriales

A principios de los ochenta, la mayoría de los gobiernos provinciales y territoriales habían establecido secciones, oficinas o departamentos de promoción de la salud. Muchas de estas áreas aumentaron considerablemente su tamaño y presupuesto a lo largo de los ochenta. Sin embargo, estas actividades conservaron una marcada orientación a la comunicación, el marketing social y la acción comunitaria, con cierta implicación en el desarrollo de la política pública. En Columbia Británica, por ejemplo, el desarrollo de la 'Red de Comunidades Saludables' recibió apoyo y subvenciones destinadas a la planificación sanitaria a nivel de la comunidad. En Ontario, fue creado un 'Consejo de Estrategia de Salud' (comité intersectorial presidido por el Primer Ministro). En el resto del país, los funcionarios sanitarios regionales actuaban en calidad de consultores de desarrollo y planificación de políticas.

Impulso al Desarrollo de Infraestructuras

En los años posteriores a la promulgación de la Carta y el documento *Achieving Health for All*, la mayor parte de las provincias / territorios establecieron comisiones o consejos de salud, cuyo objeto consistía en recomendar estrategias de reforma sanitaria. En estos órganos intersectoriales, influyó la filosofía de promoción de la salud, incorporando la mayoría de ellos investigación y desarrollo en el campo de las políticas relativas a los determinantes más amplios de la salud (p.e. redistribución de los ingresos, vivienda, protección del entorno, ajustes del mercado de trabajo y readaptación profesional, equidad, etc.). En la mayoría de los casos, la promoción de la salud era considerada un medio de actuar sobre los determinantes más amplios de la salud, reduciendo el gasto en atención sanitaria y haciendo avanzar la reforma de la atención sanitaria.

El ampliamente reconocido movimiento 'Ciudades / Comunidades saludables' tuvo su origen en Canadá, siendo implantado por la OMS en Europa en 1986, tras consultar con Health and Welfare Canadá. Entre 1988 y 1991, el proyecto 'Comunidades saludables canadienses' publicó varios boletines y una guía, prestó servicio de consultoría e impartió seminarios en numerosas comunidades, y organizó una conferencia nacional.

Al mismo tiempo, fueron lanzados varios proyectos provinciales 'Comunidades saludables', estableciéndose redes en varios territorios. A finales de 1991, la red implantada en Québec había crecido hasta abarcar a más de 600 miembros representantes de más de 300 organizaciones diferentes, incluidas más de 150 municipalidades. En Columbia Británica, los gobiernos locales participantes aprobaron decisiones que ratificaban la adopción de los principios de 'Comunidad saludable', recibiendo las municipalidades subvenciones para el desarrollo de proyectos. En 1991, la mayoría de los 38 proyectos financiados tenían establecidos enfoques multisectoriales de la salud, que implicaban a más de tres sectores en sus comités directivos y a más de 45.000 personas en sus actividades. En Ontario, 15 asociaciones provinciales de los sectores sanitario, social, medioambiental y de planificación urbana buscaban activamente financiación.

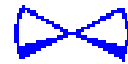
El Proyecto ‘Fortaleciendo la Salud de la Comunidad’ (Stenghtening Community Health) fue creado también en 1988 por la Asociación Canadiense de Salud Pública (Canadian Public Health Association – CPHA), con financiación de la Dirección de Promoción de la Salud. Este proyecto se convirtió en catalizador de la agrupación de numerosos organismos y organizaciones diferentes, cuyo objetivo consistía en crear nuevas asociaciones para la salud. El énfasis residía en la acción de colaboración, el desarrollo de la agenda sanitaria de la comunidad y en fortalecer la capacidad de los miembros de la comunidad en los temas de salud.

La Dirección de Promoción de la Salud llevó a cabo asimismo dos encuestas nacionales importantes de promoción de la salud en 1985 y en 1990. Estas encuestas han dejado un legado importante. Hoy, la National Population Health Survey, que realiza cada dos años “Statistics Canada”, incorpora parte del trabajo de las encuestas de promoción de la salud.



La Dirección celebró una serie de simposios sobre conocimiento en todo el país junto con el National Health Research and Development Programme, cuyo comité de promoción de la salud se embarcó en 1990 en una competición especial relacionada con la investigación en el campo de la promoción de la salud. La promoción de la salud fue objeto de una aceptación especial dentro de la comunidad académica a finales de los ochenta y principios de los noventa. La Primera Conferencia Nacional de Investigación sobre Promoción de la Salud se celebró en Toronto en 1990.

Otro avance importante en materia de desarrollo de infraestructura, a principios de los noventa fue la creación de más de 12 Centros de Investigación en Promoción de la Salud, distribuidos por todo el país. Todos estos centros se dedican al desarrollo y evaluación del conocimiento en materia de promoción de la salud, habiendo la mayoría de ellos desarrollado fuertes relaciones de trabajo con la comunidad de esta práctica, al tiempo que patrocinan prestigiosas escuelas de verano. En 1996, 13 de los centros formalizaron sus colaboraciones creando un Consorcio apoyado por Health Canada.



Las décadas de los ochenta y los noventa fueron testigo del inicio en numerosas universidades y colegios universitarios de cursos de titulación, licenciatura y postgrado en promoción de la salud. Los puestos de trabajo relacionados con la promoción de la salud aumentaron considerablemente en los departamentos de salud pública, los centros de salud de la comunidad, los hospitales, los gobiernos locales y las agencias de servicio social.

El sector del voluntariado de salud ha jugado asimismo un papel importante, ofreciendo a los canadienses programas y servicios de manera única y eficaz, desempeñando una importante función de abogacía y reuniendo una cantidad considerable de fondos para apoyar las actividades de investigación y los programas.

De qué manera configuraron los Factores Externos la Promoción de la Salud

A principios de los noventa, la influencia de la promoción de la salud descendió en cierta medida a todos los niveles del gobierno, debido a una variedad de factores, que incluyeron un compromiso con la reducción del déficit, una erosión de la ‘red de seguridad’ social y los intentos de configurar nuevos roles y responsabilidades entre el gobierno y otros sectores. Asimismo, un nuevo concepto de ‘salud de la población’ comenzó a contar con el favor de los responsables de confeccionar las políticas.

A nivel federal, la Dirección de Promoción de la Salud continuó activa en política y en el campo del desarrollo y la implantación de programas, especialmente en el desarrollo de

conocimiento, el marketing social, la educación pública y la información, al tiempo que apoyaba la acción comunitaria. Una proporción considerable de la financiación era asignada a grandes estrategias, mientras que el Health Promotion Contribution Programme apoyaba más de 350 proyectos comunitarios.

Los esfuerzos del gobierno destinados a abordar el déficit tuvieron un impacto en los recursos asignados a la programación, al igual que en los programas de todos los sectores del gobierno. En segundo lugar, la reconstrucción de la nueva Health Promotion and Programmes Branch se tradujo en un cambio de responsabilidad en la administración de los programas de promoción de la salud. Y como elemento importante, el gobierno federal adoptó el paradigma ‘Salud de la Población’ como modo de pensar y actuar con respecto a la salud. Este paradigma refuerza la importancia de la promoción de la salud, y consolida su legado subrayando la importancia tanto de una política pública saludable, como de la acción intersectorial y el desarrollo de herramientas y mecanismos que permitan valorar los impactos en la salud de los programas y las políticas federales a lo largo de toda la gama de sus actividades.

La promoción de la salud y la salud de la población tienen mucho en común. No obstante, funcionan a partir de bases teóricas y supuestos de investigación en cierta medida diferentes. En 1996, en un esfuerzo por consolidar la complementariedad de estos dos enfoques, Health Canadá produjo un modelo de síntesis: ‘promoción de la salud de la población’, que combinaba las estrategias de la Carta de Ottawa y una lista de determinantes importantes de la salud y grupos de población. Este modelo ha sido bien recibido entre los promotores de la salud de todo Canadá, habiéndose disipado buena parte de la inquietud inicial que suscitaron los enfoques sobre la salud de la población. La frase ‘promoción de la salud de la población’ es de uso cada vez más generalizado, siendo posible que se convierta en el **nuevo concepto unificado**.

Reforma de la Atención Sanitaria

A mediados de los ochenta, era indudable que el sistema de atención sanitaria había llegado a una encrucijada. El sistema estaba realizando un esfuerzo financiero excesivo y necesitaba una reforma. En líneas generales, los gobiernos provinciales / territoriales llegaron a la conclusión de que era necesario:

- ▶ Concentrarse en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el estado de salud de la población
- ▶ Dar mayor énfasis a la atención basada en la comunidad en vez de la atención institucional
- ▶ Descentralizar y regionalizar el sistema de atención sanitaria
- ▶ Destacar la importancia de la atención primaria y dejar de lado las estructuras de pago por servicio
- ▶ Poner un mayor énfasis en el autocuidado y en la responsabilidad personal con respecto al mantenimiento de la salud

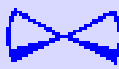
Las propuestas de reforma sanitaria dentro de las provincias / territorios incluían por lo general un enfoque sobre la salud y sus determinantes, el desarrollo de metas de salud, un compromiso con los principios de promoción de la salud, la creación de nuevas infraestructuras para planificar una política pública saludable y una redefinición del papel de los departamentos de salud provinciales / territoriales.

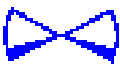
En 1996, la mayor parte de las provincias / territorios habían establecido alguna forma de sistema de salud regional responsable de gestionar la atención hospitalaria, la atención domiciliaria, la salud pública y otros servicios, a pesar de que ninguno de ellos recibió el mandato de gestionar los servicios de los médicos. El impacto neto de estas iniciativas sigue sin estar claro.

Valoración de los Impactos de la Promoción de la Salud

Una corta historia nos permite realizar un breve análisis de los impactos de la promoción de la salud en Canadá.

Desde casi cualquier punto de vista, el estado de salud de los canadienses ha mejorado en general en las dos últimas décadas en que la promoción de la salud ha alcanzado la mayoría de edad. Acorde con muchos indicadores del estado de salud, como la esperanza de vida y las tasas de mortalidad infantil, Canadá ocupa uno de los primeros lugares en el mundo. El Informe sobre la Salud de los Canadienses (Report on the Health of Canadians. 1996), elaborado por el Comité Consultivo Federal / Provincial / Territorial sobre Salud de la Población presenta los datos siguientes:

- ▶ La esperanza de vida de los varones al nacer aumentó de 70 años de 1971 a 74,3 años en 1991, mientras que la esperanza de vida de las mujeres aumentó de 77 años a 80,8 años. 
- ▶ La tasa de mortalidad infantil descendió de 15 por mil nacimientos en 1974 a 6,3 por mil nacimientos en 1993

En 1990, casi 10 millones de canadienses notificaron mejoras de sus prácticas personales orientadas a la salud, tales como una reducción del consumo de alcohol, mejores hábitos de alimentación y un incremento de la actividad física. El 67% de los canadienses atribuían estas mejoras al aumento de sus conocimientos sobre los riesgos para la salud. 


Con respecto a otros factores de riesgo, parecían existir algunas tendencias positivas en las áreas del uso del cinturón de seguridad y la lactancia. Sin embargo, existían tendencias variables en el área del consumo de tabaco y, más recientemente, tendencias negativas en el área de la actividad física.


A este respecto, podría ser razonable suponer que las medidas de promoción de la salud destinadas a la reducción del consumo de tabaco son responsables de parte del descenso de la enfermedad cardíaca y el cáncer de pulmón masculino. Está igualmente claro que la promoción de la salud ha tenido menos éxito al abordar la conducta femenina sobre el tabaco. El sorprendente descenso de la mortalidad cardiovascular es posiblemente atribuible a una combinación de un menor consumo de tabaco, una mejora de la dieta, una mayor dosis de ejercicio y una mejor atención médica. A la promoción de la salud se le puede atribuir también en cierta medida una reducción de la mortalidad por accidentes (especialmente en el caso de los automóviles); sin embargo, el fracaso ha sido evidente en el capítulo del suicidio.

Otros Impactos


La valoración de la promoción de la salud frente a los objetivos de la Carta de Ottawa indica asimismo diversas áreas de progreso.

En términos de creación de una política pública saludable, se han producido progresos variables a todos los niveles del gobierno en relación con el establecimiento de políticas, programas y

mecanismos destinados a abordar los determinantes de la salud de la población canadiense. Con todo, se ha producido un progreso considerable en algunos frentes como las iniciativas dirigidas a potenciar el desarrollo de la salud infantil y eliminar la pobreza infantil. 

Se pueden citar algunos ejemplos de iniciativas más focalizadas que favorecen una política pública saludable dirigidas por el gobierno en áreas como el control del tabaco, la bebida y la conducción, la nutrición, la violencia doméstica y la prevención de las lesiones. Varias provincias han alcanzado también un éxito limitado en sus intentos por integrar y coordinar la política de salud pública a todos los niveles gubernamentales. Cada provincia / territorio de Canadá ha desarrollado metas de salud. 


Ha habido una amplia gama de iniciativas relacionadas con la creación de entornos de apoyo. El establecimiento de la relación entre los entornos saludables y las personas saludables ha constituido una estrategia eficaz de promoción de la salud. Parte de dicha experiencia incluye lo siguiente:

- ▶ Iniciativas relacionadas con la calidad física de la vivienda y los edificios 
- ▶ Estímulo de la adopción de prácticas saludables y a la vez respetuosas con el entorno
- ▶ El programa 'Active Living / Go for Green' a diversos niveles del gobierno, que destacó la importancia de los vínculos entre los entornos saludables y una vida activa, al tiempo que apoyaba un transporte sostenible
- ▶ Una salud escolar integral orientada a la creación de políticas sociales y ambientales saludables en los centros de enseñanza y sus comunidades

Una estrategia importante en el fortalecimiento de la acción comunitaria ha sido el enfoque 'Comunidades saludables'. La experiencia ha demostrado que su valor radica en su capacidad para implicar a colaboradores múltiples en la comunidad con el fin de crear una visión compartida, buscar un consenso y adoptar una acción que aborde las inquietudes locales.

El desarrollo de habilidades personales sigue siendo un elemento importante de la promoción de la salud. La gama de habilidades personales que han recibido apoyo se ha ampliado más allá de aquellas relacionadas con las conductas orientadas a la salud, para incluir programas y proyectos basados en la alfabetización, el apoyo mutuo, la autoayuda y las habilidades de organización / lobbying. Se considera que estas habilidades constituyen la base sobre la cual se construye la capacidad individual y comunitaria de actuar con el fin de mejorar la salud.

El Foro Nacional de la Salud

Otro impacto de dos décadas de trabajo se hizo evidente en octubre de 1994, cuando el Gobierno Federal estableció un Foro Nacional de la Salud 'para implicar e informar a los canadienses, y para recomendar al Gobierno Federal medios innovadores para mejorar nuestro sistema sanitario y la salud de la población canadiense'. Presidido por el Primer Ministro, y con el Ministro de Salud Federal como Vicepresidente, este Foro contaba con 24 miembros voluntarios con dilatada experiencia en el sistema de salud. 

Al abordar los factores no médicos que incidían en la salud, el Foro puso de relieve que el trabajo sobre los determinantes de la salud y la promoción de la salud había modificado la orientación de las políticas del gobierno, que no se concentraban ya en los estilos de vida elegibles, sino en el 'nivel social, yendo más allá de factores que se encuentran bajo el control de la persona,

los profesionales y las comunidades'. El Foro puso un énfasis particular en los determinantes sociales y económicos de la salud (es decir, en el impacto de la pobreza, el desempleo y los recortes de las ayudas sociales en la salud de las personas, los grupos y las comunidades). Subrayó asimismo que 'hay que encontrar un equilibrio mejor entre los imperativos económicos a corto plazo y la salud y el bienestar a largo plazo de los canadienses'. Entre sus recomendaciones, el Foro sugirió la creación de un Instituto Nacional de Salud de la Población (National Population Health Institute), que tuviese por objeto fortalecer la recopilación de datos, informar sobre el estado de salud de la nación y el rendimiento del sistema y actuar como recurso de cara al desarrollo y la evaluación de iniciativas en materia de política pública.

Las Lecciones Canadienses

¿Cuáles son las lecciones principales que la experiencia canadiense puede enseñar a los europeos? Algunos factores que intervienen en el desarrollo de la promoción de la salud sirvieron para darle un impulso especial; otros han limitado su potencial.

1 Una Base Conceptual de Acción

Tomando como base la publicación de *A New Perspective on the Health of Canadians, la Carta de Ottawa y Achieving Health For All: A Framework for Health Promotion*, se estableció un sólido legado conceptual, que ha guiado las agendas y actuaciones de promoción de la salud. Dicho legado ha tenido como complemento una ambiciosa agenda e infraestructuras de investigación.

2 Un Liderazgo Firme y Bien Informado

Dos acontecimientos permitieron legitimar la promoción de la salud y desarrollar su capacidad profesional e institucional. El primero fue la creación de la Dirección de Promoción de la Salud en 1978. El segundo fue la aprobación por parte del Consejo de Ministros de una política y un programa de promoción de la salud. Este nuevo programa se configuró selectivamente sobre la base de la experiencia derivada de los programas de la Dirección, principalmente de la Dirección de Fármacos de Uso No Médico (Non-Medical Use of Drugs Directorate), con su enfoque de programación centrado en un intenso desarrollo de la comunidad, y la amplitud de miras del primer Director General. Este activo se reforzó con el nombramiento de varios nuevos altos cargos directivos, cuya misión consistía en apoyar con firmeza la promoción de la salud hasta el nivel del Viceministro. Esto culminó en 1984 con el nombramiento de un Ministro con un interés especial en la promoción de la salud.

3 Traducción de los Conceptos en Acción

Con la publicación del marco *Achieving Health for All* en 1985, el Ministro de Salud declaró su intención de entablar un diálogo nacional entre los canadienses. A continuación, vino un período de consultas y marketing del documento, anuncios relativos al programa y una serie de iniciativas de desarrollo de conocimiento e investigación.

Otro incentivo que favoreció la aplicación de los conceptos y estrategias de promoción de la salud vino de la mano del proceso permanente de reforma del sistema de salud.

4 Influencia de la Reforma del Sistema de Salud

Está claro que la fuerza motriz de *A New Perspective on the Health of Canadians* en 1974 fue la preocupación política por los costes crecientes de la atención sanitaria. Como resultado de la adopción en 1977 de la financiación colectiva de la salud, en detrimento de los costes compartidos, los ministerios de salud federales y provinciales / territoriales identificaron la promoción de la salud como prioridad de acción conjunta. La promoción de la salud fue incluida en el preámbulo de la nueva Ley de Sanidad de Canadá de 1984, que ponía el énfasis en sus importantes apuntalamientos de un sistema de salud más amplio.

La reforma de la atención sanitaria estuvo en las agendas a lo largo de los ochenta y los noventa. Buena parte del 'lenguaje, los conceptos y las estrategias de promoción de la salud están siendo adoptados en los planes de reforma'.

5 Colaboraciones con Vistas a la Sostenibilidad

Una base de firme colaboración entre las partes interesadas ya ha representado un papel importante al agrupar a los gobiernos federales y provinciales / territoriales, las organizaciones de voluntarios y profesionales y el sector privado, debiendo servir de cimiento sólido para construir las futuras opciones de dirección.

Perspectivas de Futuro

La experiencia canadiense ha señalado varios factores importantes que debemos tener en cuenta si deseamos que la promoción de la salud haga realidad todo su potencial.

Es imprescindible que se produzca un cambio de mentalidad. Debemos dejar de considerar que la atención sanitaria es el determinante principal de la salud, para reconocer los determinantes ambientales, socioeconómicos, políticos y culturales más amplios de la salud como factores prioritarios que debemos abordar.

El liderazgo federal ha contribuido materialmente al desarrollo de la promoción de la salud en Canadá como elemento esencial de un sistema de salud eficaz. También es imprescindible un firme apoyo provincial y territorial a la promoción de la salud.

El compromiso del gobierno y la colaboración intersectorial son esenciales para el desarrollo de una política pública saludable que tenga por objeto el desarrollo humano sostenible.

El desarrollo de políticas públicas saludables exige asimismo estructuras que apoyen tanto la adopción de enfoques de amplio alcance dentro de los Ministerios, como una capacidad para coordinar enfoques intersectoriales entre los Departamentos ministeriales

La actuación de la promoción de la salud tiene lugar donde las personas viven, trabajan, juegan y aman: en las comunidades. Por lo tanto, la promoción de la salud a nivel local debe recibir apoyo a largo plazo del nivel nacional y provincial. Para ello, es necesario que tenga lugar la oportuna devolución de poder y recursos al nivel local, eficazmente equilibrada



mediante el liderazgo continuado y la actividad financiera y de fijación de normas por parte de los gobiernos federales y provinciales / territoriales.

Si bien la promoción de la salud no puede por sí sola crear un futuro ideal, sí puede contribuir a reorientar el tema, a todos los niveles desde lo global a lo local, centrándolo en el desarrollo humano y no meramente en el económico. Aunando sus fuerzas con movimientos sociales afines y contribuyendo a los mismos, la promoción de la salud puede ayudarnos a avanzar hacia un futuro más humano, justo y sostenible.

Capítulo Trece

Obteniendo Ganancias de Salud

El tema: El estudio de un caso eficaz de salud oral

Las enfermedades orales constituyen un problema de salud pública importante, aunque con frecuencia subestimado debido a su elevada prevalencia, al coste del tratamiento y a su impacto tanto en las personas a título individual, como en la sociedad en su conjunto.

Se trata de un área donde se han realizado grandes ganancias de salud – que pueden continuar. Sin embargo, para seguir progresando, es necesario liderazgo político y sanitario.

Existe evidencia considerable que demuestra que los esfuerzos de promoción de la salud han logrado producir un descenso de las caries dentales y las enfermedades periodontales, pero dicho éxito se centra en aquellos países que han introducido políticas y prácticas eficaces de promoción de la salud oral.

La evidencia indica asimismo la eficacia de la adopción de un enfoque centrado en los factores de riesgos comunes, que en la salud oral requiere una política alimentaria y sanitaria de reducción de consumo de azúcar, un enfoque comunitario que favorezca una mejor higiene corporal y oral en general, y políticas que apoyen el abandono del tabaco. Se necesita sobre todo el apoyo de la comunidad, y un apoyo político más amplio, de cara a la fluoración del agua y un mejor uso de las pastas dentales fluoradas.

Los autores: Un equipo dirigido por Eino Honkala, Profesor, Facultad de Odontología, Universidad de Kuwait. El Profesor Honkala ha trabajado en odontología preventiva durante 25 años, en importantes universidades y como Director de International Institutes of Oral Health, Kuopio y Helsinki. Ha contado con la ayuda de:

Aubrey Sheiman, Profesor, University College de Londres; Eeva Widström, Profesor Asociado y Director de Odontología, Centro Nacional de Investigación y Desarrollo de Bienestar Social y Salud de Finlandia; Richard Watt, Catedrático, University College de Londres; Sisko Kuusela, Investigador, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Jyväskylä (Finlandia); Lone Schou, Profesor Asociado, Escuela de Higiene Dental, Copenhague (Dinamarca); Walter Mautsch, Profesor Asociado, Instituto de Odontología, Universidad de Aachen (Alemania).

Eficacia de la Promoción de la Salud Oral

Las enfermedades orales son problemas de salud pública importantes en razón de su elevada prevalencia y del impacto tanto en las personas individualmente, como en la sociedad, en términos

de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional, así como de su efecto en la calidad de vida.

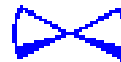
Los problemas dentales son caros para las personas a título individual y para la comunidad, ocupando el tercer lugar en relación con el coste del tratamiento entre todas las enfermedades. Este coste es superado solamente por los costes relacionados con las enfermedades cardiovasculares y los desórdenes mentales.

La educación tradicional en materia de salud oral, que utiliza profesionales sanitarios, es relativamente costosa, pudiendo ser acertadamente incorporada en rutinas y prácticas establecidas dentro de otros sectores (profesores, asistentes sociales). La atención sanitaria oral debería estar más integrada con el resto de la atención sanitaria, y la promoción de la salud oral también debería estarlo con el resto de la promoción de la salud.

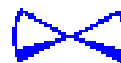
La fluoración del agua es el método más rentable de prevención, a pesar de ser una cuestión controvertida que requiere el compromiso político de aquellos que toman las decisiones. Desde los setenta, se han producido descensos espectaculares. Los niveles medios han descendido de entre 5 y 10 a menos de 1 diente permanente cariado, extraído o obturado en los niños (Índice CAOD). Estas mejoras demuestran que la enfermedad oral es evitable, pudiendo ser enormemente reducida incluso en el plazo de una década. La razón que suele esgrimirse con respecto a este descenso es el impacto del uso a gran escala de las pastas fluoradas. Éste es un buen ejemplo de cómo la industria y la salud pública pueden trabajar juntas en la promoción de la salud.



Las estrategias tradicionales actuales de promoción de la salud oral orientadas a la curación son relativamente poco eficaces y muy caras. La promoción de la salud oral debiera fijarse los objetivos siguientes: uso racional de los productos con azúcar, fluoración de la boca, higiene oral eficaz, reducciones del consumo de tabaco y alcohol, prevención del trauma y uso adecuado de la atención dental.



Las causas de las dos enfermedades dentales principales (caries y enfermedad periodontal) son la dieta, la suciedad y el tabaco. Las lesiones de la mucosa oral, la disfunción articular temporomandibular y el dolor están asociados al tabaco, al alcohol y al estrés. El trauma dental está en su mayoría relacionado con los accidentes. Dado que estas causas son comunes a diversas enfermedades crónicas e impactos en la salud, es racional utilizar un enfoque centrado en los factores de riesgo comunes para la promoción de la salud. Algunas enfermedades crónicas, como la enfermedad cardíaca, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, los accidentes y las enfermedades orales, tienen factores de riesgo comunes, muchos de los cuales guardan relación con más de una enfermedad crónica. Las estrategias orientadas a dichos factores de riesgo son más inclusivas y rentables que aquellas dirigidas a enfermedades específicas.



El impacto Sanitario

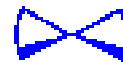
Las enfermedades orales son las más comunes de todas las enfermedades de las sociedades industriales, estando en alza en los países del Tercer Mundo. Una característica de las enfermedades dentales es la disponibilidad de métodos de salud pública sencillos y baratos que contribuyen a la prevención y a desarrollar el control. Conocemos las causas: dieta, suciedad, tabaco, alcohol y trauma. La salud oral es una dentición cómoda y funcional que permite a las personas seguir desempeñando el papel que desean en la sociedad¹. Sin embargo, las cavidades orales no pueden estar sanas o enfermas, solamente lo están las personas. La promoción de la salud oral debiera, por consiguiente, formar parte de la promoción de la salud en general y dejar de ser una actividad separada. Las enfermedades orales principales son las caries dentales, las enfermedades periodontales, el trauma oral y el cáncer oral.

Las caries dentales constituyen la enfermedad que más afecta a la humanidad. Se deben al consumo frecuente de azúcares extrínsecos no lácteos. Desde los setenta, la promoción de la salud ha producido descensos sorprendentes de las caries, las extracciones y las obturaciones infantiles (Índice CAOD). Los países nórdicos, Holanda y el Reino Unido tienen actualmente los niveles más bajos de caries de Europa, situándose las cifras en un diente cariado a los 12 años, en comparación con los niveles de 5 y más que se registraban en los sesenta². No existe evidencia científica concluyente del papel relativo que desempeñan los factores individuales en este descenso, pudiendo esto tener su explicación en el éxito de actividades de promoción de la salud oral. Las mejoras de la salud oral demuestran que la enfermedad oral es evitable, siendo posible reducirla enormemente en el plazo de una década.



Por lo general, la creencia general es que este descenso se debe principalmente al uso a gran escala del fluoruro, en especial de las pastas dentales fluoradas³. Los descensos se deben en gran medida a factores externos a la odontología, considerándose, como dato decepcionante, que los servicios dentales han contribuido poco a la mejora: 3% de variación de los niveles de caries a los 12 años en 18 países industrializados, mientras que factores socioeconómicos amplios (incluidas o excluidas las pastas dentales fluoradas) explicarían el 65%.

La educación orientada a la salud y las medidas preventivas individualizadas no han tenido un efecto apreciable en el descenso⁴⁻⁷. Las estrategias actuales de mejora de la salud oral orientadas a la curación son relativamente poco eficaces y muy caras y, por lo tanto, inadecuadas en la mayoría de los países industrializados, siendo poco pertinentes en los países en vías de desarrollo. Su gasto y dependencia de la tecnología impide que millones de personas tengan acceso a un tratamiento dental. El gasto creciente en la atención dental tradicional tiene apenas un efecto marginal en el estado de salud oral de la población. Sin embargo, el hecho es que existen métodos de salud pública sencillos y baratos, pero eficaces.



La gingivitis y las enfermedades periodontales tienen su origen en la acumulación de placa. El medio más importante de reducir la placa consiste en cepillarse los dientes dos veces al día^{8,9}. Se ha producido una reducción de la prevalencia de las enfermedades periodontales, que tiene su explicación principalmente en la mejora de la higiene oral, las reducciones del consumo de tabaco y una mejora en las condiciones medias de vida y vivienda.

El trauma dental es producido por caídas, peleas, deportes de contacto, intimidaciones físicas y accidentes. La prevalencia del trauma dental es alto. Uno de cada cinco niños europeos tiene dientes rotos.

El cáncer oral es la enfermedad más mortífera de todas las enfermedades orales. Los factores de riesgo relacionados con el cáncer oral incluyen el consumo de tabaco, alcohol y el tabaco mascado¹⁰.

El Impacto Social

La salud oral ejerce un impacto social importante, especialmente en relación con el dolor y el funcionamiento social e intelectual.

El impacto social y psicosocial de las enfermedades dentales ha sido medido en función de las restricciones alimentarias, las restricciones de comunicación, el dolor, el malestar y la insatisfacción estética¹¹. Uno de cada cuatro ingleses notifican haber padecido un dolor de muelas en los 12 meses anteriores¹². El dolor crónico incide especialmente en la calidad de vida, causando a menudo una buena dosis de estrés emocional, físico y económico¹³. Las dificultades para alimentarse y masticar son un problema grave, notificando el 41% de los afectados que les lleva más tiempo que a las demás personas terminar una comida, mientras que el 9% se siente molesto cuando come en

presencia de otras personas. El 13% notifica turbación durante los contactos sociales atribuida a la exhibición de los dientes o dentadura postiza, o a la caída de la dentadura postiza al hablar. Los problemas para alimentarse (37%) y de comunicación (19%) son comunes¹².

La salud oral varía con la clase social. Las actividades de educación orientada a la salud no han logrado reducir estas diferencias. Algunos programas de educación para la salud han estado dirigidos a los grupos menos favorecidos. También los programas dirigidos al conjunto de la población tienden a no reducir las desigualdades¹⁵.

El Impacto Económico

Los trastornos dentales son caros para las personas y para la comunidad, ocupando el tercer lugar entre todas las enfermedades. Sólo son superados por los costes relacionados con las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales¹⁶. En el Reino Unido, 1.500 millones de libras esterlinas del presupuesto del Sistema Nacional de Salud se gastan en servicios dentales¹⁷. La pérdida de tiempo de trabajo de los trabajadores es de 2 horas por persona al año¹⁸.

Los sistemas de servicios dentales inciden muy poco en las caries dentales^{4,19}, a pesar de que el tratamiento dental preventivo, especialmente el uso de selladores²⁰, ha tenido efecto en las caries. Los factores socioeconómicos ya no influyen sistemáticamente en el uso de los servicios de salud oral por parte de los niños y los adolescentes en la mayoría de los países europeos, aunque entre los adultos y los grupos de población desfavorecidos, la utilización es menor.

La educación para la salud oral tradicional, que utiliza profesionales sanitarios, es relativamente costosa, pudiendo ser acertadamente incorporada en rutinas y prácticas establecidas dentro de otros sectores de la comunidad, p.e. profesores, asistentes sociales²¹.

La fluoración del agua es el método más eficaz de prevención de la enfermedad oral. Sin embargo, es una cuestión controvertida que necesita un firme apoyo público.

El Impacto Político


Los profesionales dentales desempeñan un papel importante en la promoción de la salud oral debido a que influyen en la política pública, crean entornos saludables y reorientan los sistemas de atención de la salud oral. Han representado un papel eficaz de defensa de la fluoración del agua en las comunidades dotadas de un sistema de canalización de agua de tamaño adecuado. Sin embargo, se requiere el compromiso político para implantar un sistema de fluoración del agua que llegue a todo el mundo, limite las diferencias socioeconómicas y ofrezca una solución rentable.

Es necesario que la atención de la salud oral esté más integrada con otros sistemas de atención sanitaria, y la promoción de la salud oral debería estarlo con otras actividades de promoción de la salud. Mientras que los niveles de salud han mejorado, las desigualdades han crecido. Además, los problemas funcionales y psicosociales asociados a una mala salud oral son particularmente pronunciados en las poblaciones ya de por sí vulnerables, como la tercera edad y los grupos de bajos ingresos¹⁷.

Estrategias de Promoción de la Salud Oral

La promoción de la salud oral debiera estar orientada a la consecución de los objetivos siguientes: uso racional de los productos con azúcar, fluoración de la boca, higiene oral eficaz, reducciones del consumo de tabaco y alcohol, prevención del trauma y uso adecuado de los servicios dentales.

Un Enfoque Basado en Factores de Riesgo Comunes

Uno de los principios de la promoción de la salud consiste en concentrarse en toda la población y no en los grupos de riesgo de una enfermedad específica^{22,23}. El Enfoque basado en Riesgos comunes / Factores de salud (Common Risk/ Health Factor Approach - CRHFA) diferencia las acciones destinadas a reducir los ‘factores de riesgo’ y las acciones dirigidas a ‘factores promotores de salud’. Esta estrategia incluye la reducción de riesgos, la promoción de la salud y el fortalecimiento de las posibilidades de abordar factores de riesgo ‘determinados’. Un beneficio importante del CRHFA es su orientación a la mejora de las condiciones de salud del conjunto de la población y los grupos específicos de alto riesgo. De esta manera, reduce las desigualdades sociales. Cierta número de dolencias crónicas, como la enfermedad cardíaca, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, los accidentes y las enfermedades orales tienen factores de riesgo en común. Las estrategias basadas en dichos factores de riesgo comunes son más racionales que aquellas dirigidas a enfermedades específicas²⁴. El concepto decisivo subyacente al enfoque integrado de riesgos comunes es que promoviendo la salud general mediante el control de un número reducido de factores de riesgo, se incide de manera importante en un gran número de enfermedades,  y a un coste menor que los enfoques basados en enfermedades específicas.

Por ejemplo, la misma dieta malsana influye adversamente en la incidencia de la enfermedad cardíaca, el cáncer y las enfermedades orales. Trabajar con los responsables de las estrategias de política alimentaria para cambiar la dieta, reducir las ingestas de azúcares extrínsecos no lácteos, grasa y sal, aumentar la disponibilidad de carbohidratos complejos o de fibra y promover el consumo de alimentos con un contenido elevado de antioxidantes (como fruta, verdura y productos a base de cereales), tiene más probabilidades de éxito que limitarse a poner énfasis en el control de los azúcares y la reducción de las caries. De igual manera, los programas que reducen el tabaco para prevenir el cáncer y la enfermedad cardíaca, debieran estar totalmente coordinados para ser eficaces también en el campo de la salud oral. La prevención del trauma dental exige asimismo una estrategia de base amplia que prevenga los accidentes, especialmente aquellos que afectan la cabeza, por ejemplo, el uso de protecciones bucales en los deportes de contacto y el uso de los cascos para ciclistas.

En resumen, podrían desarrollarse con eficacia propuestas de políticas que adopten el enfoque basado en factores de riesgos comunes, a saber:

- ▶ Una política alimentaria y de salud destinada a reducir el consumo de azúcares
- ▶ Un enfoque comunitario destinado a mejorar la higiene corporal y oral
- ▶ Una política de abandono del tabaco
- ▶ Una política de prevención de accidentes



Además de las cuatro estrategias anteriores, se necesitan las estrategias orales específicas siguientes:

- ▶ Políticas sobre fluoración del agua y uso de pastas dentales con fluor
- ▶ Políticas que garanticen la disponibilidad de la atención dental adecuada

Fluoración Bucal

El método más eficaz de prevención de las caries dentales es el uso adecuado del fluoruro²⁵. La pasta dental fluorada es el medio más práctico y aceptable de fluoración de la boca. Numerosas pruebas clínicas aleatorizadas han confirmado su efecto preventivo²⁶. Por ello, debiera apoyarse la obtención de una pasta dental fluorada barata.



La fluoración del agua sigue siendo el método preventivo más rentable utilizado en medicina, motivo por el cual se recomienda a todos los Estados miembros de la OMS^{5,25,26}. Constituye un buen ejemplo de un cambio en el entorno que incide en toda la población y reduce las desigualdades sociales. En algunas zonas de Europa, la fluoración del agua ha sido interrumpida (p.e. en Suecia, Finlandia, Escocia y Alemania) debido a la resistencia pública. En líneas generales, la fluoración del agua sigue creciendo con lentitud. Estudios epidemiológicos de amplio alcance han demostrado que la reducción de las caries por medio de la fluoración del agua llega a superar el 50%²⁶. Sin embargo, es motivo de inquietud que los fluoruros puedan causar una fluorosis leve del esmalte dental²⁷. La sal fluorada se utiliza con éxito en Hungría y Suiza. Otros métodos de fluoración, como las aplicaciones tópicas de fluoruro y los enjuagues con fluoruro, no son eficaces como estrategias destinadas a la población, pero podrían ser válidos en personas con un riesgo alto de caries.

Reducción del Uso de Azúcares Extrínsecos no Lácteos

Una amplia evidencia sugiere que el azúcar constituye el factor dietético más importante responsable de las caries dentales²⁸. Numerosos estudios epidemiológicos realizados a nivel de la población sugieren que existe una relación directa entre la cantidad y la frecuencia del consumo de sacarosa y el desarrollo de las caries. Una amplia revisión de la evidencia ha demostrado que los alimentos corrientes que contienen féculas cocidas, como el arroz, las patatas y el pan, tienen una cariogenicidad baja. No existe evidencia de que los azúcares extrínsecos o azúcares lácteos tengan efectos adversos en la salud²⁹.

De 100 informes analizados por Cannon³⁰, 82 recomendaban una reducción del consumo de azúcares. Las conclusiones de todos los informes coincidían en que el consumo de azúcares extrínsecos debía reducirse³¹. Es esencial incorporar una política de reducción del consumo de azúcar hasta el 11% de las calorías totales en una política dietética y de salud³². COMA propuso que la ingesta media de azúcares extrínsecos no lácteos por parte de la población no superase los 60 g/día o el 10% de la energía dietética total²⁹, mientras que la OMS considera que el límite superior de azúcares libres en el aporte de nutrientes de la población debe situarse en torno al 10% de la energía. No existe un límite inferior²⁸.



Las recomendaciones del informe COMA³² son importantes. Con el fin de reducir el riesgo de caries dentales, es necesario disminuir el consumo de azúcares extrínsecos no lácteos, y sustituirlos por fruta y verdura fresca y alimentos con féculas. No se deben añadir azúcares simples a los biberones de los neonatos y niños pequeños; los lactantes no deben consumir bebidas azucaradas; los chupetes y los mordedores no deben untarse con azúcar ni introducirse en bebidas azucaradas. Los centros de enseñanza debieran promover pautas de alimentación saludables, tanto mediante educación nutricional, como ofreciendo y alentando opciones alimenticias correctas desde el punto de vista nutricional. El gobierno debiera buscar un medio de reducir el uso de líquidos azucarados en la medicina³². COMA recomienda que la tercera edad reduzca las ingestas dietéticas de grasa y azúcares simples, y que aumente las ingestas de alimentos con féculas, polisacáridos no feculentos y vitamina D³³.



Podemos citar las estrategias eficaces siguientes:



- ▶ Directrices para que el personal de las guarderías y jardines de infancia reduzca los azúcares en los medicamentos líquidos y las bebidas
- ▶ Apoyo a las comadronas y enfermeras para que ofrezcan una orientación adecuada sobre la lactancia, la alimentación infantil y los alimentos de destete
- ▶ Incremento de la venta y prescripción de medicamentos sin azúcar. En Europa no se debieran conceder nuevas licencias para medicamentos pediátricos que contengan azúcar, debiendo incrementarse la venta de medicamentos sin azúcar
- ▶ Los países nórdicos han puesto énfasis a la educación para la salud de las madres y padres de niños pequeños. En Finlandia, la educación dental fue eficazmente introducida en las actividades clínicas 'Mother and Child Health' entre las mujeres embarazadas y sus maridos en los setenta³⁴
- ▶ Debiera promoverse el uso de sucedáneos del azúcar, especialmente del xilitol, el sorbitol y los edulcorantes no calóricos. Debiera incrementarse el uso de sucedáneos del azúcar en los refrescos
- ▶ Los cambios reglamentarios introducidos en Holanda se han traducido en una prohibición de los anuncios televisivos de productos azucarados en la banda horaria en que es probable que los niños estén delante del televisor
- ▶ Varias organizaciones sin ánimo de lucro que promueven el consumo de caramelos no perjudiciales para los dientes han informado al público sobre la existencia y los beneficios de las golosinas sin azúcar. Esto ha tenido lugar en Suiza, el Reino Unido, Alemania, Bélgica y Francia³⁵
- ▶ Se debieran imponer restricciones a las tiendas de alimentación, garantizando que no coloquen golosinas en las estanterías al alcance de los niños o cerca de las cajas registradoras
- ▶ Son necesarios más esfuerzos para reducir el consumo de azúcares extrínsecos no lácteos

El Enfoque Basado en Escenarios

Existen oportunidades de promoción de la salud oral en una amplia gama de escenarios³⁶. La Tabla 13.1 presenta algunos ejemplos sobre cómo llevar a cabo las actividades de promoción de la salud oral. Dentro del sector de atención primaria, existe una amplia variedad de oportunidades. Por ejemplo, se puede trabajar con los médicos generalistas, los generalistas dentales, los farmacéuticos y la enfermería. Este trabajo puede potencialmente ofrecer ganancias de salud oral considerables. Dentro del escenario del sistema educativo, los parvularios, los centros de enseñanza y otras instituciones de formación ofrecen muchas oportunidades de promover la salud oral. Las intervenciones integrales que requieren individualización, feedback y refuerzo, u otras estrategias psicológicas, podrían potenciar los resultados positivos de estas intervenciones³⁷. En los escenarios comunitarios se podría desarrollar una labor basada en grupos, el sector de venta al por menor, los departamentos de servicios sociales



y el sector del voluntariado. Otros escenarios posibles de promoción de la salud oral incluyen una variedad de lugares de trabajo y proyectos regionales y nacionales. Dentro de estos diversos escenarios, lo más evidente sería trabajar con diferentes grupos objetivo. La evidencia demuestra que las iniciativas de corto alcance y las iniciativas locales aisladas suelen conseguir muy poco, pudiendo en último término desperdiciar recursos limitados.

En los hogares, los padres de niños pequeños son los principales responsables de adoptar una higiene oral adecuada y hábitos dietéticos y de uso de fluoruro durante el período de escolarización primaria del niño. Existen fuertes asociaciones entre los hábitos de los padres y los de sus hijos³⁸. Los países nórdicos han reducido las caries infantiles precoces por medio de una amplia educación de salud oral, comenzando por las madres en los primeros meses de embarazo. El consumo diario de gomas de mascar con xilitol entre los niños de 3 años³⁹ es un reflejo del potente efecto de los padres en los hábitos sanitarios de sus hijos. Varios estudios de salud dental han logrado modificar la higiene oral y los hábitos de consumo de azúcar, pero parece que este efecto no es suficiente⁴⁰. También los lugares de trabajo han sido escenario de intervenciones acertadas^{3,41,42}. Debiera ponerse énfasis especial en la disponibilidad de productos alimentarios y bebidas naturales en diferentes escenarios. Los programas de abandono del tabaco podrían ser también enormemente beneficiosos en la reducción del riesgo de la periodontitis⁴³.

Tabla 13.1 Un resumen de programas eficaces de salud oral

ESCENARIO	AUTOR	PROGRAMA	GRUPO OBJETIVO	TIPO DE INVESTIGACIÓN	MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS	RESULTADOS
HOGAR	Ekman y Persson, 1990 ⁴⁴	Instrucción sobre higiene oral para los padres	Niños y padres	Solamente post-test control no equivalente	Conocimiento	Conocimiento paterno, actitud, mejora de la conducta y las caries
	Rayner, 1992 ⁴⁵	Educación en salud dental, Cepillado supervisado, Visitas domiciliarias	Niños preescolares	Experimental	Conducta objetiva y salud	Visitas domiciliarias importantes, Los efectos de las prácticas en el centro de enseñanza se pierden con rapidez si el entorno familiar no apoya
CENTRO DE ENSEÑANZA	Axelsson et al., 1987 ⁴⁶	Profilaxis cada 2-3 meses e instrucciones de salud oral con participación activa	Niños escolares	Experimental	Conducta objetiva y salud	Mejora de la placa, la gingivitis, las caries y las llagas periodontales
	Wight y Blinkhom, 1988 ⁴⁷	Educación en salud dental por higienistas y profesores	Niños escolares	Cuasi experimental	Conocimiento y conducta objetiva	Ambos grupos fueron eficaces, pero el de los profesores fue rentable
	ter Horst y Hoogstraten, 1989 ⁴⁸	Película educativa de salud dental	Niños escolares	Cuasi experimental	Conocimiento	Relativamente fácil mejorar el conocimiento
	Hplund, 1990 ⁴⁹	Aprendizaje enseñado	Niños escolares	Cuasi experimental	Conducta basada en conocimiento	Son relativamente fáciles de conseguir mejoras de conocimientos
	Fuller y Harding, 1991 ⁵⁰	Reloj de azúcar	Niños escolares	Cuasi experimental	Conocimiento	Mejora eficaz del conocimiento a corto y largo plazo
CENTRO DE ENSEÑANZA	Albander et al., 1994 ⁵¹	Higiene oral tradicional. Participación activa, Feedback, Implicación de los padres	Niños de 13 años	ensayo aleatorio controlado	Conducta objetiva y salud	Mejora de la placa y las llagas gingivales sangrantes
	Schou y Wight, 1994 ¹⁵	Campaña de salud oral	Niños escolares	Cuasi experimental	Conducta objetiva y salud	Sólo los niños de clases sociales acomodadas se beneficiaron del programa
LUGAR DE TRABAJO	Hetland et al., 1981 ⁵²	Instrucciones de higiene oral, Limpieza profesional por auxiliares	Adultos	Experimental	Conducta objetiva y salud	Las instrucciones de higiene oral impartidas por un profesional fueron eficaces
	Soderholm et al., 1982 ⁵³	Instrucciones impartidas por un higienista	Adultos	Experimental	Conducta objetiva y salud	Mejora y mantenimiento de la salud periodontal
	Schou, 1985 ⁵⁴	Participación activa	Adultos trabajadores no cualificados	Experimental	Conducta objetiva y salud	Mejora de la placa y las llagas gingivales sangrantes en un 50%
COMUNIDAD	Ambjörnsen Y Rise, 1985 ⁵⁵	Información verbal Demostración	Tercera edad	Experimental	Conducta objetiva	La información verbal produjo una mejora a corto plazo pero la demostración produjo también una mejora a largo plazo
	ter Horst et al., 1985 ⁵⁶	Carta recordatoria	Adultos	Experimental	Conducta objetiva	El estímulo de asistencia a una consulta dental por carta fue eficaz

Referencias

- 1 Dolan T. Identification of appropriate outcomes for an ageing population. *Special Care in Dentistry*. 1993;13:35-39
- 2 World Health Organization. *Global data on dental caries levels for 12 years and 35-44 years*. Geneva:WHO; 1997.
- 3 Petersson HG, Bratthall D: The caries decline: a review of reviews. *European Journal of Oral Sciences*. 1996;104:436-443.
- 4 Nadanovsky P, Sheiham A. The relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12 year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1995; 23: 231-9.
- 5 Sprod AJ, Anderson R, Treasure ET. *Effective oral health promotion. Literature Review*. Health Promotion Wales, Technical Report 20; 1996.
- 6 Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1996;24:231-23 5.
- 7 Kay EJ, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1998; 1 5:132-144.
- 8 Frandsen A. Mechanical oral hygiene practices. State-of-the-science review. In: Kleinman DV, ed. *Dental plaque control measures and oral hygiene practices*. Oxford-Washington DC: IRL Press Limited; 1986, pp. 93-116.
- 9 Levine RS. *The scientific basis of dental health education*. A policy document. London: Health Education Authority; 1996.
- 10 Johnson NW, Warnakulasuriya S, Tavassoli M. Hereditary and environmental risk factors; clinical and laboratory risk markers for head and neck, especially oral, cancer and precancer. *European Journal of Cancer Prevention*. 1996;5:5-17.
- 11 Sheiham A, Cushing AM, Maizels J. The social impact of dental disease. In: Slade GD, ed. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. University of North Carolina; 1997.
- 12 Cushing A, Sheiham A, Meizels J. Developing sociodental indicators - the social impact of dental disease. *Community Dental Health*. 1986;3:3-17.
- 13 Locker D, Grushka. The impact of dental and facial pain. *Journal of Dental Research*. 1987;66:1414-1417.
- 14 Smith JM, Sheiham A. How dental conditions handicap the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1979;21:165-168.
- 15 Schou L, Wight C. Does dental health education affect inequalities in dental health? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1994;11:97-100.
- 16 Leake J, Porter J, Lewis DW. A macroeconomic review of dentistry in the 1980s. *Canadian Dental Association's Journal*. 1993;59: 1-5.
- 17 Health Education Authority. *Health promotion effectiveness reviews summary*. London: Bulletin 7; 1997.
- 18 Gift H, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *American Journal of Public Health*. 1992;82:1663-1668.
- 19 Arnljot HA, Barmes DE, Cohen LK, Hunter PBV, Ship 11, eds. Oral health care systems. *An internacional collaborative study*. London: Quintessence Publ. Co Ltd; 1985.
- 20 Ripa LW. Sealants revisited. An update of the effectiveness of pit-and-fissure sealants. *Caries Research*. 1993;27(Suppl):77-82.
- 21 Health Promotion Wales. *Promoting oral health. An integrated approach for Wales*. Cardiff. Health Promotion Wales/Dental Public Health Unit; 1996.
- 22 World Health Organization. Health Promotion. *A discussion document on the concept and principles*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1984.
- 23 World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Health Promotion 1. Geneva: WHO; 1986.
- 24 Grabauskas V. J. Integrated programme for community health in non-communicable disease (Interhealth). In: Leparski, E, ed. *The prevention of non-communicable diseases: experiences and prospects*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1987, pp. 285-3 1 0.
- 25 World Health Organization. *Fluorides and oral health*. Report of a WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use. Geneva: WHO; 1994.

-
- 26 Murray JJ, Rugg-Gunn AJ, Jenkins GN, eds. *Fluorides in caries prevention*. Oxford: Butterworth Heinemann Ltd; 1991.
- 27 Riordan P. *Dental fluorosis. Diagnosis, epidemiology, risks factors and prevention*. Perth: Health Department of Western Australia; 1994.
- 28 World Health Organization. *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases*. Report of a WHO Study Group. Technical Report Series No 797. Geneva: WHO; 1990.
- 29 Department of Health. Committee on Medical Aspects of Food Policy (COMA). *Dietary Reference Values for Food Energy and Nutrients for the UK*. London: HMSO, Reports on Health and Social Subjects 41; 1991.
- 30 Cannon G. Food and Health: *The Experts Agree*. London: Consumers Association; 1992.
- 31 Freire MDCM, Cannon G, Sheiham A. *Sugar and Health*. London: Joint Department of Dental Public Health, London Hospital Medical College & University College London Monograph Series 1992, No: 1; 1992.
- 32 Department of Health. Report of the Panel on Dietary Sugars of the Committee on Medical Aspects of Food Policy (COMA). *Dietary sugars and human disease*. London: HMSO, Report No 37; 1989.
- 33 Department of Health. Committee on Medical Aspects of Food Policy (COMA). *Nutrition of Elderly People*. London: HMSO, Reports on Health & Social Subjects 43; 1992.
- 34 Honkala E, Karvonen S, Rimpelä A, Rajala M, Rimpelä M, Prättälä R. Oral health promotion among Finnish adolescents in 1977-89. *Health Promotion International*. 1991;6:21-30.
- 35 Rugg-Gunn AJ, ed. *Sugarless - Towards the year 2000*. Cambridge: The Royal Society of Chemistry; 1994.
- 36 Watt R, Daly B, Fulier S. *Strengthening Oral Health Promotion in the Commissioning Process*. A report of a workshop organised by the oral health promotion research group. Lancs: Eden Bianchi Press; 1996.
- 37 Watt R, Daly B. Making oral health promotion work. *Facing the challenge*. Lancs: Oral Health Promotion Research Group; 1997.
- 38 Honkala E, Paronen, Rimpelä M. Familial aggregation of dental health habits in Finland. *Journal of Pedodontics*. 1983;7:276-286.
- 39 Paunio P, Rautava P, Sillanpää M, Kaleva O. Dental health habits of 3-year-old Finnish children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1993;21:4-7.
- 40 Schou L, Locker D. Oral health. *A review of the effectiveness of health education and health promotion*. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education; 1994.
- 41 Masalin K. Caries-risk-reducing effects of xylitol-containing chewing gum and tablets in confectionery workers in Finland. *Community Dental Health*. 1992; 9:3-10.
- 42 Murtomaa H, Vuopio T, Turtola L. The use of xylitol chewing gum in oral health promotion for Finnish students. *Health Promotion International*. 1993;8:271-274.
- 43 Tonetti MS. Cigarette smoking and periodontal diseases. Etiology and management of disease. *Annals Periodontology*. 1998;3:88-101.
- 44 Ekman A, Persson B. Effect of early dental health education for Finnish immigrant families. *Swedish Dental Journal*. 1990;14:143-151.
- 45 Rayner J. A dental health education programme: including home visits, for nursery school children. *British Dental Journal*. 1992; 172:57-62.
- 46 Axelsson P, Kristoffersen K, Karsson R, Bratthal D. A 30-month longitudinal study of the effects of some oral hygiene measures on streptococcus mutans and approximal dental caries. *Journal of Dental Research*. 1987;66:761-765.
- 47 Wight C, Blinkhom AS. An assessment of two dental health education programmes for school children in the Lothian Region of Scotland. *Journal of Paediatric Dentistry*. 1988;4:1-7.
- 48 ter Horst G, Hoostgarten J. Immediate and delayed effects of dental health education film on periodontal knowledge, attitudes and behaviours of Dutch adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1989;17:183-186.
- 49 Hplund U. Promoting change of adolescents sugar consumption: learning by teaching study. *Health Education Research -Theory and Practice*. 1990;5:451-458.
- 50 Fuller S, Harding M. The use of the sugar clock in dental health education. *British Dental Journal*. 1991; 170:414-416.
- 51 Albander JM, Buishi YAP, Mayer MPA, Axelsson P. Long-term effect of two preventive programs on the incidence of plaques and gingivitis in adolescents. *Journal of Periodontology*. 1994;65:605-610.
- 52 Hetland L, Midtun N, Kristoffersen T. Effect of oral hygiene instructions given by paraprofessional personnel. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1981; 10:8-14.
-

-
- 53 Söderholm G, Nobreus N, Attström R, Egelberg J. Teaching plaque control 1: a five visit versus a two visit programme. *Journal of Clinical Periodontology*. 1982;9:203-213.
- 54 Schou L. Active involvement principle in dental health education. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1985;13:128-132.
- 55 Ambjörnsen E, Rise J. The effect of verbal information and demonstration on denture hygiene in elderly people. *Acta Odontologica Scandinavica*. 1985;43:19-24.
- 56 ter Horst G, Hoostgaarten J, Haan W. Stimulating dental attendance in the Netherlands: comparison of three conceptual frameworks. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1985; 13:136-139.

Capítulo Catorce

Un Derecho Humano Fundamental

El tema: Equidad en salud

Los autores: David Black, profesional de promoción de la salud especializado en desarrollo de la comunidad y salud; Maurice Mittelmark, Profesor de Promoción de la Salud y Vicerrector del Centro de Investigación y Promoción de la Salud, Universidad de Bergen (Noruega).

El objeto: La equidad en salud es probablemente la cuestión más importante para los promotores de la salud. El deseo de equidad otorga poder a muchas de las intervenciones de promoción de la salud. Los autores aducen lo siguiente:

- 1 Los servicios de salud pueden colaborar con eficacia en la reducción de las diferencias de salud cuando reciben los recursos y el mandato para hacerlo
- 2 La educación es un instrumento eficaz para mejorar la alfabetización para la salud y promover la equidad en salud
- 3 La acción destinada a mejorar la equidad en salud debe tener lugar dentro del contexto del desarrollo económico, social y humano
- 4 Los enfoques basados en el desarrollo de la comunidad constituyen potentes instrumentos de mejora de la equidad en salud
- 5 La salud es una de las fuerzas más potentes para la vitalidad económica. Las inversiones en salud dan tasas de rendimiento altas

Después de trabajar para el Departamento de Promoción de la Salud de Glasgow durante 11 años, David Black dedicó 6 años al 'Glasgow Healthy City Project', estando ahora al frente de 'Communicable Health', consultoría de investigación y diseño. Posee experiencia sobre el terreno en desarrollo comunitario, pobreza y desigualdades en salud, habiendo publicado diversos trabajos sobre estas cuestiones. Es miembro de la junta directiva de UK Public Health Alliance. El Profesor Mittelmark, psicólogo y epidemiólogo comunitario, es vicepresidente para proyectos especiales de la IUHPE, y supervisor de educación de postgrado en promoción de la salud.

Introducción

La equidad en salud es el núcleo focal de la promoción de la salud, y es abordada directa o indirectamente en casi todos los capítulos de este Libro de Evidencia. De ahí que el material presentado en este último capítulo tenga por objeto servir de suplemento al resto de esta obra, ya que resume la evidencia que apoya las afirmaciones siguientes:

- ▶ Las políticas y acciones adecuadamente implantadas para mejorar la equidad en salud, y que ejercen un efecto positivo medido en el estado de salud de los pueblos pueden asimismo tener:
- ▶ Un impacto social positivo al fortalecer la comunidad y a las familias
- ▶ Un impacto económico beneficioso consecuencia de una sociedad más vigorosa y productiva
- ▶ Un impacto político positivo producido por una abogacía eficaz para la reducción de las diferencias en salud

Los impactos positivos son recíprocos. Las comunidades fuertes, una política pública saludable y el desarrollo económico sostenible, son todos elementos que pueden trabajar inevitablemente en pro de la mejora de la equidad en salud. Durante las casi dos décadas que han transcurrido desde la publicación del informe Black¹, han ocurrido muchas cosas que han mejorado la equidad en salud en Europa, si bien queda mucho camino por recorrer². Afortunadamente, Europa vive ahora un momento que permite colocar la equidad en salud en el punto de mira tanto de la política como de la acción, a todos los niveles de la sociedad. Aquí describimos el progreso y presentamos la evidencia de una serie de estrategias destinadas a mejorar la equidad en salud.

El término 'equidad en salud' se utiliza aquí siguiendo las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud y de Whitehead³, concentrándonos en el ideal de brindar las mismas oportunidades a todas las personas para que disfruten de la salud en todo su potencial. Estaríamos de hecho pisando terreno resbaladizo si interpretásemos esta meta como un estado de salud igual para todos. La orientación que Whitehead³ ofrece sobre esta cuestión es clara y razonable, ya que pone ciertamente de manifiesto que una meta realista reside en la reducción de las diferencias entre la salud de las personas en la medida de lo posible por medio de una igualdad de oportunidades en salud. Una metáfora deportiva puede servirnos en este caso: el campo de juego debe estar lo más nivelado posible para que las diferencias de juego se puedan determinar con imparcialidad.

Determinantes de la equidad en salud

Hay más que suficiente evidencia de que las condiciones socioeconómicas relacionadas con los ingresos, la educación y el empleo son el origen de buena parte de la mala salud^{4,5}. No se trata solo de un problema de economías en dificultades, tal como lo demuestran datos de toda Europa. En 1993, se estimaba que más de 57 millones de personas de prácticamente todos los países de la región vivían en casi 23 millones de hogares pobres⁶. Incluso en los países más ricos de Europa, aquellos que disfrutaban de los mejores recursos viven varios años más y padecen menos enfermedades y minusvalías que los más pobres⁷.

La intervención que tiene como fin mejorar estas condiciones representa obviamente un gran reto, pero es posible⁸. Una evaluación reciente de la OMS⁹ llegaba a la conclusión de que '... la salud es mejor donde se adoptan medidas activas que abordan los determinantes sociales de la salud (como la pobreza, la falta de un hogar, el desempleo)'. Conforme a esta evaluación, la mejora de la equidad en salud se encuentra hoy en día entre las mayores prioridades de la OMS. En observaciones recientes que describían la nueva política relativa a la salud y al desarrollo económico, la Directora General Brundtland subrayaba la necesidad de mejorar las políticas de salud que incluyen cuestiones sociales y relativas a la economía y al entorno¹⁰.

La interpretación que hace la OMS del problema es coherente con importantes modelos socioeconómicos actuales, en los cuales la salud se concibe como resultado de los efectos de todos los factores que inciden en las vidas de los individuos, las familias y las comunidades, por medio de distintos mecanismos y vías¹¹. Este punto de vista coloca a las personas en el centro, junto con los factores relativos a la edad, el sexo y la genética que configuran su potencial de salud. Estos últimos están rodeados de capas de factores ambientales, potencialmente modificables, que van del nivel ambiental micro al macro. La capa más cercana está compuesta por la conducta personal y los medios de vida que pueden promover o perjudicar la salud. La capa siguiente son las influencias sociales y económicas que brindan apoyo mutuo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero que también pueden dejar de brindar apoyo, o tener incluso un efecto negativo. La tercera capa incluye factores estructurales como la vivienda, las condiciones de trabajo, el acceso a los servicios, los suministros de alimentos y la disponibilidad de las facilidades esenciales.

Por encima de todo esto se encuentran las condiciones de vida socioeconómicas, culturales y ambientales predominantes, tanto nacionales como internacionales. El valor principal de este modelo en el contexto actual reside en que ayuda a plantear el argumento siguiente: es imposible separar la equidad en salud de muchas otras cuestiones objeto de inquietud pública, que en principio no están orientadas a la salud. Las complejas cuestiones que inciden en los resultados de salud, y en las desigualdades socioeconómicas derivadas de las mismas, suponen que para que las Autoridades Sanitarias representen un papel eficaz a la hora de abordarlas, se requiere tanto un enfoque específico sobre las desigualdades en salud como un compromiso con un trabajo multiagencial, de cara a un cambio positivo. Esta complejidad es un tema que volveremos a abordar en otras partes de este capítulo.

Investigación y Demostración

La literatura relativa a la eficacia de las acciones destinadas a mejorar la equidad en salud abarca una gama muy amplia de disciplinas y métodos de estudio. Dentro de esta diversa literatura ha de encontrarse evidencia de la gama completa de resultados de promoción de la salud que conducen a una mejora de la equidad en salud (descrita por el Profesor Nutbeam ▶ *Véase el Cap. 1*), incluida una mejor alfabetización para la salud, la acción y la influencia social y una política pública saludable. La naturaleza de la evidencia cambia, como es de suponer, con el campo de estudio. No hay un único método o enfoque que resuelva todos los problemas. Forzosamente, la evidencia revisada a continuación abarca una amplia gama que recoge desde análisis ecológicos internacionales, que dependen por completo de métodos estadísticos, hasta proyectos comunitarios, que dependen por completo de métodos descriptivos cualitativos.

El Impacto Sanitario

El término impacto sanitario, tal como lo utilizamos aquí, se refiere tanto a la salud de las personas individualmente, y de las poblaciones, como a los servicios sanitarios eficaces cuya labor contribuye a la mejora de la equidad en salud. Como indicó el Profesor McKee ▶ *Véase el Cap. 11*), existen ciertamente oportunidades de que los servicios sanitarios contribuyan a una mejora de la equidad en salud. Encontramos evidencia en este sentido, por ejemplo, en una reciente revisión sistemática de revisiones de intervenciones implantadas por medio de los servicios sanitarios destinadas a mejorar la salud de los grupos menos favorecidos¹². Esta revisión se concentró en intervenciones que los servicios sanitarios podían implantar solos o en colaboración con otros

organismos. Identificó 21 revisiones académicas y 94 estudios que satisfacían criterios de inclusión estrictos, resumidos de la manera siguiente: 'Pese a que es probable que la contribución más importante a la reducción de las desigualdades en salud resida en la mejora de las condiciones económicas y sociales ... existe una gama de intervenciones que se pueden promover por medio de los servicios sanitarios con el fin de reducir las desigualdades'.

Se identificó una serie de características del éxito, a saber:

- ▶ Enfoques sistemáticos e intensivos de prestación de una atención de salud eficaz a los grupos menos favorecidos, mejora del acceso e incentivos que promuevan el uso de los servicios
- ▶ Estrategias que utilicen una combinación de intervenciones e impliquen un enfoque multidisciplinario
- ▶ Garantía de que las intervenciones abordadas expresen o identifiquen las necesidades de la población objetivo, e impliquen a homólogos en la prestación de intervenciones

El desafío, *en términos de prestación de servicio*, consiste en seguir convenciendo a los servicios sanitarios de que existen medios eficaces de participar, al tiempo que se siguen explorando y difundiendo métodos de práctica que han demostrado funcionar.

A nivel individual, otros capítulos han revisado la evidencia existente con respecto a una amplia gama de cuestiones, especialmente la nutrición y el tabaco, que están estrechamente relacionadas con las diferencias socioeconómicas y, en consecuencia, con las desigualdades en salud. Aquí, llamamos la atención sobre el hecho de que muchas de las estrategias de intervención orientadas a la persona descritas en otros capítulos son educativas, estando destinadas a cambiar el conocimiento, las actitudes o la conducta relacionados con la salud. Desde una perspectiva de equidad en salud, el valor principal de dichas intervenciones de 'alfabetización para la salud' residiría en el 'empoderamiento' individual resultante de la capacidad para tomar decisiones informadas en circunstancias difíciles. El fortalecimiento de los individuos puede verse en que los participantes en numerosos proyectos de salud y de desarrollo comunitario²⁸ tienen un aprendizaje base que incluye una acción tanto educativa como social, y que lleva con frecuencia a prestar servicios comunitarios. Nos referimos a esto como conseguir que las personas sean 'Aptas para contraatacar'.

La evidencia de la eficacia de la educación como instrumento de intervención destinado a abordar específicamente la desigualdad en salud es escasa, pero positiva. El gobierno holandés encargó a Gepkens y Gunning-Schepers^{13,14} una revisión exhaustiva de la evidencia relativa a esta cuestión. Estos autores examinaron 129 intervenciones de una u otra forma dirigidas a abordar el problema de las desigualdades en salud, un amplio subconjunto de las cuales utilizaba métodos educativos. En la mayoría de los casos investigados, los efectos fueron positivos. Además, existe buena evidencia de que cuando las iniciativas educativas emplean enfoques modernos basados en procesos sociopsicológicos clave (p.e. el papel de las relaciones sociales y su influencia en la conducta), los efectos de la educación son más intensos¹⁵.

Al nivel de las poblaciones, la mejor evidencia relativa a los determinantes sociales y económicos de la salud en Europa procede de análisis ecológicos (comparaciones intranacionales e internacionales) que, sin excepción, apoyan dos conclusiones, tal como informa sucintamente Bobak¹⁶. La primera es que las diferencias socioeconómicas en salud son universales. La segunda es que la privación relativa, y no la pobreza absoluta, es el elemento decisivo para comprender las desigualdades en salud en una Europa que está lejos de la aplastante pobreza de algunas otras regiones del mundo.

A esto se añade que la privación puede tener muchas caras, que incluyen las oportunidades limitadas de participar en la sociedad, el aislamiento, la capacidad limitada para tratar la información, la falta de recursos materiales, la pobreza, una escasa educación y el desempleo, o el empleo inadecuado, entre otros elementos.

Existe evidencia concluyente de que la privación en estas áreas guarda una relación estrecha con una salud más precaria^{3-5,17}. La comprensión fundamental que debemos extraer de esta línea de evidencia es, por consiguiente, que la promoción de la salud destinada a mejorar la equidad en salud debe tener lugar dentro del contexto del desarrollo económico, social y humano¹⁸. *Podemos encontrar un abanico de ejemplos de este tipo de trabajo en toda Europa. A nivel local, éstos podrían incluir la prestación de servicios de asistencia social en los Centros de Salud²⁹. A nivel urbano, el desarrollo de la planificación urbana para la salud dentro del marco Salud Para Todos ofrece un conjunto de buenos ejemplos. El trabajo en el campo de la salud de las mujeres desarrollado en Glasgow, y ahora promovido en la UE, es un ejemplo excelente. Ref. Action for Women's Health: Making changes through organisations.*

El Impacto Social

Muchas intervenciones en el campo de la equidad en salud ejercen su impacto principal en la comunidad. Utilizan métodos de desarrollo y regeneración de la comunidad que tienen por objeto aumentar la capacidad de la población local para definir y resolver los problemas y desarrollar recursos¹⁹. Algunos de estos programas estuvieron originalmente dirigidos a solucionar problemas comunitarios específicos, como la pobreza, pero ofrecen el beneficio adicional de incrementar el dominio de la comunidad en general. Otros han estado desde el principio destinados a crear la capacidad necesaria para que la comunidad se pueda comprometer en una amplia gama de problemas y pueda aprovechar las oportunidades de desarrollo. Existe una importante diversidad entre los programas de desarrollo comunitario en relación con su objeto, tamaño, estructura, financiación, dotación de personal y duración. A pesar de esta diversidad, es posible extraer lecciones generales que al parecer son aplicables a prácticamente todos los programas de desarrollo comunitario.

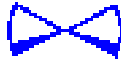
Lo más importante es que el desarrollo comunitario sea sistemático, y además participativo^{20,21}. Las primeras fases se suelen concentrar en el trazado no solamente de los problemas comunitarios, sino también de sus recursos y oportunidades. A continuación suelen venir la planificación de los programas y su aplicación, evaluación permanente y el ajuste, proceso éste que con frecuencia lleva varios años. En cada una de las fases, la participación / implicación de la comunidad local es un factor clave, al cual contribuyen los profesionales de salud pública y promoción de la salud, la autoridad local y otros sectores, según proceda. Otros elementos claves del éxito, basados en la experiencia europea, incluyen la promoción de grupos fuertes de ciudadanos, la coordinación e integración de los programas, el establecimiento de las prioridades en materia de oportunidades de empleo, la lucha contra la pobreza, la adopción de un compromiso a largo plazo con el programa y la dotación de recursos adecuados y protegidos¹⁸.

Healthy Cities²² (Ciudades saludables) y 'Health for All' (HFA) (Salud para Todos), con cientos de comunidades participantes, ofrecen un sólido marco multiagencial, y un modelo filosófico de apoyo al desarrollo comunitario y los enfoques saludables en Europa. Existen diversas demostraciones del impacto social positivo de los programas de desarrollo y regeneración comunitarios. Podemos encontrar ejemplos de primera importancia en los hallazgos del programa *Poverty and Health: Tools for Change*²³ de UK Public Health Alliance. Este estudio examinó el trabajo de colaboración comunitaria en relación a la pobreza y la salud. Se preparó un

paquete de medidas que sirviera de recurso a las personas que vivían y trabajaban en áreas de pobreza. Se esperaba que este material fuera estudiado y utilizado por los planificadores y los encargados de la elaboración de las políticas de salud y bienestar de las poblaciones locales.

Una parte importante de este programa consistió en identificar y describir ejemplos de prácticas correctas. Entre los resultados observados, se pueden citar los siguientes:

- ▶ Mayores ingresos para las personas y las comunidades, como resultado de un aumento del empleo entre la población local, una mayor aceptación de las prestaciones y una reprogramación de la deuda
- ▶ Una mejora de la calidad de vida y el bienestar de las comunidades, como resultado de la toma de contacto con personas aisladas y de la mejora de su autoestima, motivación y habilidades
- ▶ Un mejor apoyo comunitario, como resultado de la prestación de servicios, tal como el asesoramiento confidencial a las mujeres
- ▶ Una mayor implicación de la comunidad, como resultado de la realización de una encuesta de salud 'escúchanos' (listen to us) y de una acertada campaña en una guardería
- ▶ Mejores relaciones entre no profesionales y profesionales, como resultado de la implicación de la población local en la valoración de las necesidades y la planificación de los servicios de salud mental
- ▶ Mejor colaboración interagencial y desarrollo estratégico, como resultado de la creación de alianzas entre colaboradores improbables y del desarrollo de grupos de trabajo interagenciales destinados a abordar la pobreza y la salud
- ▶ Una mejor comprensión de la salud como cuestión comunitaria, como resultado de una mejor conciencia entre los profesionales de salud mental de que los ingresos y la vivienda son temas de salud.

El resumen de la evidencia es que los enfoques de desarrollo y regeneración de la comunidad de base amplia constituyen instrumentos potentes de mejora de la equidad en salud localmente cuando cuentan con un apoyo e implantación correctos. Deben recomendarse como promoción de la salud altamente prioritaria en aquellas comunidades donde dicho programa no existe todavía, y fortalecerlos en las comunidades donde éste ya existe. 

El Impacto Económico

Es casi axiomático que una sociedad que dé prioridad a la equidad en salud de sus miembros disfrute de un rico abanico de impactos económicos positivos. Una y otra vez ha sido demostrado que la salud y la educación se encuentran entre las fuerzas más poderosas de la salud económica, habiendo los estudios ratificado una y otra vez que las inversiones en salud y educación arrojan tasas elevadas de rendimiento²⁴. De los datos de los países más pobres se desprende con claridad que las inversiones básicas en salud y educación pueden influir en resultados económicos positivos. Experiencias de este tipo se han vivido en Trinidad y Tobago, Cuba, Chile, Singapur y Costa Rica, donde la inversión en salud y educación es una prioridad, habiéndose reducido la pobreza de tal manera que afecta a menos del 10% de la población²⁴. En Europa, siguen existiendo enormes

desigualdades entre un país y otro, tanto a nivel de la inversión en salud y educación, como de la vitalidad económica. Dado que son muchos los factores que intervienen en la ecuación de la economía, resulta imposible indicar el grado en que un impacto económico positivo es el resultado de una inversión mejor en equidad en salud. Sin embargo, los países que invierten mucho en salud, tienden también a disfrutar de fuertes economías en crecimiento, mientras que aquellos que realizan inversiones modestas en salud experimentan economías más débiles²⁴. Esta correlación apoya el argumento de que la inversión en salud debiera ser considerada parte esencial de una receta tanto para el desarrollo humano *sostenible*, como para el desarrollo económico *sostenible*. El G7 ha ido más allá, basado en la fuerza concluyente de la evidencia, hasta llegar a la conclusión de que la salud de las personas es decisiva para el desarrollo económico. Si no se promueve la salud, no hay esperanza de alcanzar los objetivos de desarrollo¹⁷.

El Impacto Político

Los países europeos han aplicado diversos enfoques políticos para promover la equidad en salud, siendo ésta una consecuencia natural de la heterogeneidad económica, social y política de la región. El análisis que hace Whitehead²⁵ de la difusión de las ideas sobre las desigualdades sociales en salud en Europa se basa en el estudio de tres casos de países que ilustran la diversidad de enfoques. Uno es el caso holandés, donde el consenso laboriosamente conseguido durante tres décadas ha tenido como resultado un programa nacional de investigación y desarrollo, que se concentra en los mecanismos causales y en una evaluación de las intervenciones con el fin de abordar las desigualdades en salud. Otro caso es el de Inglaterra, que se caracteriza porque cuando el informe Black¹ fue emitido en 1980, la confrontación política tropezó con el rechazo, que vino seguido abruptamente, a mediados de los noventa, por la consideración de la reducción de las desigualdades en salud, como el objetivo prioritario del nuevo gobierno laborista. El tercer caso es el de Suecia, donde la cuestión de las desigualdades en salud ha sido una preocupación pública importante durante sesenta años, siendo la reducción de las desigualdades un objetivo político de primera importancia desde mediados de los ochenta.

Un punto clave reside en que, con independencia del papel que en ella desempeñemos, la cuestión de la igualdad en salud tiene una alta y creciente actualidad política en la Europa de hoy. Esto se refleja, también, en la experiencia del marco internacional más conocido de equidad en salud, el programa *Salud para Todos (Health for All)* de la OMS²⁶. *Actualizado hoy como Salud para Todos en el Siglo XXI (Health for All in the Twenty-first Century)*, establece prioridades globales para las dos primeras décadas del nuevo milenio, y diez objetivos destinados a crear las condiciones necesarias para que los pueblos del mundo alcancen y mantengan el nivel de salud más alto posible.

Adopta asimismo este enfoque la reciente *Agenda 21* de la OMS, la estrategia de desarrollo sostenible que considera que la salud es fundamental para el desarrollo sostenible. **La mayoría de los países europeos han firmado tanto Salud para Todos como la Agenda 21.**

Esto ha llevado a la formación de marcos de actuación nacionales, teniendo la mayor parte de los países europeos establecidas políticas de salud que tienen por objeto abordar los objetivos de *Salud para Todos* y programas de desarrollo sostenible que apoyan la Agenda 21. Ambos programas proporcionan instrumentos - Ciudades Saludables (Healthy Cities) y Agenda Local 21 (Local Agenda 21) – que hacen posible un cambio positivo a nivel comunitario. Estos programas son modelos de colaboración entre el sector sanitario, el gobierno local y los organismos voluntarios y académicos²⁷.

De este modo, si bien ha necesitado varias décadas para emerger, el impacto político de haber abordado la cuestión de la equidad en salud ha sido positivo en buena parte de Europa, a nivel local, nacional e internacional. El desafío, como es de suponer, reside en que aún queda mucho camino por recorrer antes de que Europa disfrute de un grado de equidad en salud que sería la demostración del éxito del movimiento político. Todavía hay motivos para que seamos optimistas; basándose en la evidencia, sobre las posibilidades de que la abogacía pública y profesional concertada por la equidad en salud puede influir positivamente en los resultados políticos.

Conclusión

Hemos aducido aquí que disponemos de una serie de métodos para mejorar la equidad en salud. Además, la mejora de la equidad en salud es la esencia de la filosofía y la práctica de salud moderna. Favorece no solamente los intereses directos de la persona y las familias, sino también los intereses del desarrollo humano a todos los niveles de la sociedad. **Existen sólidas razones sanitarias, económicas y políticas para reducir la falta de equidad en salud en Europa, todas ellas incuestionablemente justificadas por el hecho de que la buena salud es un derecho humano fundamental. El papel de los organismos sanitarios en esta labor es clave. A pesar de no ser los únicos actores, el liderazgo que pueden ofrecer es muy importante. Necesitan recibir mayor apoyo para poder desarrollar y facilitar los enfoques de colaboración que han demostrado incidir positivamente en las cuestiones relativas a la equidad.**

Podemos paladear lo conseguido, no porque hayamos superado el desafío, sino porque demuestra que existen métodos eficaces. Lo que ahora se necesita en el centro del escenario es una política firme, acompañada de recursos serios, que permita implantar un trabajo de colaboración eficaz en cada país, ciudad, población y pueblo de Europa.

Referencias

- 1 The Black Report 1982. *In Inequalities in Health*. P. Townsend, N. Davidson, M. Whitehead (eds.). pp.29-213. Penguin, London, 1988
- 2 *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. DoH 1998
- 3 Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 1992;22:429-445.
- 4 Macintyre, S. *The Black report and beyond what are the issues?* Social Science and Medicine. Vol, 44,6 1997.
- 5 Wilkinson, R. *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*. London: Routledge, 1996.
- 6 *Poverty in Europe*. European Anti-poverty Network. EAPN 1998
- 7 *Health 21*. WHO Europe. Copenhagen, World Health Organization 1998.
- 8 Benzeval M, Judge K, Whitehead M. *Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action*. King's Fund Publishing, London, 1995.
- 9 *Health in Europe 1997*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
- 10 Gro Harlem Brundtland. Keynote presentation at seminar 'Public Health for the New Era'. Kings Fund, London 1999.
- 11 Whitehead, M. & Dahlgren, G. What can be done about inequalities in health? *The Lancet*. 338:1059-1063(1991).
- 12 NHS Center for Reviews and Dissemination (NHSCRD). Review of the research on the effectiveness of Health Service Interventions to reduce variations in Health. CRD Report 3. York:NHSCRD, University of York; 1995.
- 13 Gunning-Schepers I, Gepkens A. Review of interventions to reduce social inequalities in Health: research and policy implications. *Health Education Journal*. 1996;55:226-238

-
- 14 Gepkens A, Gunning-Schepers I. Interventions to reduce socio-economic health differences: *European Journal of Public Health*. 1996;6:218-26
 - 15 Hansen WB, Graham JW. Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*. 1991;20:414-430.
 - 16 Bobak M. Social determinants of health across Europe. *Forum* 1998;8.3(suppl. 4):17-25.
 - 17 Berkman LF, Orth-Gomer K. *Prevention of cardiovascular morbidity and mortality: Role of social relations*. In: Orth-Gomer K and Schnelderrnan N eds.; Behavioural medicine approaches to cardiovascular disease prevention. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1996, 51-67.
 - 18 Ziglio E, Levin LS, Bertinato L. Social and economic determinants of health: Implications for promoting the health of the public. *Forum*. 1998;8.3 (suppl. 4):6-16.
 - 19 Whitehead M. *Tackling inequalities: A review of policy initiatives*. In: Benzeval M, Judge K, Whitehead M. *Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action*. King's Fund Publishing, London, 1995, pages 22-52.
 - 20 Mittelmark MB. *Community-wide health promotion: Lessons from diversity*. In: Bracht N (ed.). *Health Promotion at the Community-wide Level*. Sage, Newbury Park, 1999.
 - 21 Labonte R. Heart health inequalities in Canada: Models, theory and planning. *Health, Promotion International*. 1992;7:119-127.
 - 22 Davies JK, Keiiy M (eds.). *Healthy Cities: Research and Practice*. London, Routledge, 1993.
 - 23 Pavis, S. Platt, S. *Health Inequalities: the major challenge for the new Scotiand*. RUHBC, Edinburgh 1998.
 - 24 UNDP. Human Development Report 1997.
 - 25 Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: A European perspective. *The Milbank Quarterly*. 1998;76:469-492.
 - 26 *Targets for Health for All*. WHO, Copenhagen, World Health Organization. 1991.
 - 27 *City Planning for health and sustainable development*. WHO, Copenhagen, World Health Organization. 1998.
 - 28 Craig, P. A *Different Role: Health Visiting in a Community Project*. Glasgow, Drumchapel Community Health Project, 1993.
 - 29 *Citizens Advice Bureaux in Primary Care: A review of available information*. Bournemouth: Institute of Health and Community Studies. 1998.
 - 30 *Action for Women's Health: Making changes through organisations*.

Notas