
Referencias

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

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

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

Capítulo Cinco

Desafíos Sanitarios 1

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

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

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

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

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

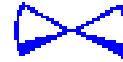
La Causa de Muerte Número Uno

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

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

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

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



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

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

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



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




El Impacto Sanitario

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

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

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

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


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

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

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

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

El Tabaco y la Dieta

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

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

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

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

La Experiencia de Carelia del Norte

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

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

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

Ampliación de la Experiencia

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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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



Grupos objetivo – incluyendo a los jóvenes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El Impacto Social

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

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



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

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

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

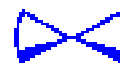


Un objetivo importante del trabajo en el campo de la salud pública consiste en reducir la desigualdad en salud, es decir, las grandes diferencias de salud entre los grupos de población, por ejemplo, por lo que a los indicadores socioeconómicos se refiere. Una preocupación evidente reside en que, en los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

El Impacto Económico

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

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



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

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



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



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

El Impacto Político

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Referencias por orden alfabético

- Abrahamson JH, Griffin R, Hopp C, et al. *Evaluation of a community program for the control of cardiovascular risk factors: The CHAD program in Jerusalem. Isr J Med Sci* 1981;17:201-212.
- Altman DG A framework for evaluating community-based heart disease prevention programs. *Social Science & Medicine* 1986;22(4):479-487.
- Altman DG, Flora JA, Fortmann SP, Farquhar JW. The cost-effectiveness of three smoking cessation programs. *American Journal of Public Health.* 1987;77:162-165.
- Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin E, Diaz Tracy. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA* 1995;273:1106-1112.
- Bracht N, Finnegan J, Rissel C, et al. *Community ownership and program continuation following a health demonstration project. Health Educ Res.* 1994;9:243-255.
- Brenner H, Mielck A. Einschränkungen de Rauchers am Arbeitsplatz und Rauegewohnheiten: *Ein Literaturreview. Soz Präventivmed* 1992;37:162-167.
- Brummer E, White I, Thorogood M, Bristow A, Curle D, Marmot M. Can dietary interventions change diet and cardiovascular risk factors? A meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Public Health.* 1997;87:1415-1422.
- Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health.* 1993;83:872-880.
- Brännström I, Weinehall L, Persson LA, Wester PO, Wall S. Changing social patterns of risk factors for cardiovascular disease in a Swedish community intervention programme. *Int J Epidemiol.* 1993;22:1026-1037.
- Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, et al. The Pawtucket Heart Health Program: Community-wide education effects assessed by changes in cardiovascular disease risk. *American Journal of Public Health.* 1995;85:777-785.
- Coates TJ, Jeffery RW, Slinkard LA. Heart healthy eating and exercise: Introducing and maintaining changes in health behaviors. *American Journal of Public Health.* 1981;71:15-23.
- COMMIT Research Group. Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). Cohort results from a four-year community intervention. *American Journal of Public Health.* 1995;85:777-785.
- Croyle RT (ed.). *Psychosocial effects of screening for disease prevention and detection.* New York: Oxford University Press, 1995.
- Dowse GK, Garceboo H, Alberti KGMM, et al. Changes in populations cholesterol and concentrations and other cardiovascular risk factor levels after five years of the non-communicable disease intervention programme in Mauritius. *BMJ.* 1995;311:1255-1259.
- Doxiadis S (ed). *Ethics in health education.* Chicester: John Wiley & Sons, 1990.
- Ebrahim S, Smith GD. Systematic review of randomized controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *BMJ.* 1997;314:166-167.
- Ellickson PL, Bell RM, McGuigan K. Preventing adolescent drug use: Long-term results of a junior high school program. *American Journal of Public Health.* 1993;83(6):856-861.
- Enos WF Jr, Beyer JC, Holmes RH. Pathogenesis of coronary disease in American soldiers killed in Korea. *Journal of the American Medical Association.* 1955;158:912-914.
- Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JP, et al. Effect of community-wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. *JAMA.* 1990;264:359-365.
- Farquhar JW, Maccoby N, Wood PD, et al. Community education for cardiovascular health. *Lancet.* 1977;1:1192-1195.
- Fielding JE. Worksite health promotion programs in the United States: progress, lessons and challenges. *Health Promotion International.* 1990;5:75-84.
- Field K, Thorogood M, Silagy C, Normand C, O'Neill C, Muir J. Strategies for reducing coronary risk factors in primary care: which is most effective? *BMJ.* 1995;310:1109-1112.
- Flay BR, Best JA. Overcoming design problems in evaluating health behavior change programs. *Evaluation for Health Professions.* 1982;5:43-69.
- Flay BR, Koepke D, Thomson S, Santi S, Best A, Brown KS. Six-year follow-up of the first Waterloo school smoking prevention trial. *American Journal of Public Health.* 1989;79(10):1371-1376.
- Flay BR. Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology.* 1985;4(5):449-488.

- Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH, Pirie PL, Badger GJ, Carpenter JH, Geller BM. Mass media and school interventions for cigarette smoking prevention: Effects 2 years after completion. *American Journal of Public Health*. 1994;84:1148-1150.
- Ford CH, McGandy RB, Stare FJ. An institutional approach to the dietary regulation of blood cholesterol in adolescent males. *Prev Med*. 1972;1:426-445.
- Fortman S. *Effects of the US cardiovascular preventive projects in different socioeconomic groups*. Paper given at the 4th Int Conference of Preventive cardiology. Montreal 29.6.3.7.1997.
- GCP Study Group. The German Cardiovascular Prevention Study. Design and methods. *Eur Heartj*. 1988;629-646.
- Gebhardt DL, Crump CE. Employee fitness and wellness programs in the workplace. *Am Psychol*. 1990;45:262-272.
- Glynn TJ. Essential elements of school-based smoking prevention programs. *J School Health*. 1989;59(5):181-188
- Green L, Kreuter M. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company; 1991.
- Heistaro S, Vartiainen E, Puska P. Other morbidity and general health. In *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Editors: Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. National Public Health Institute. Helsinki 1995:199-213.
- Helakorpi S, Berg M, Uutela A, Puska P. *Health Behaviour among Finnish Adult Population, Spring 1995*. Publications of the National Public Health Institute B 14/1995.
- Heyden S, Schneider KA, Roberts KF. Effectiveness of education-screening on cholesterol levels of students. *Ann Nutr Metab*. 1991;35:71-76.
- Hjermer I, Velve Byre K, Holme I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo study group of a randomised trial in healthy men. *Lancet*. 1981;2:1303-1310. Holme I. *An analysis of randomized evaluating the effect of cholesterol reduction on total mortality and coronary heart disease*. *Circulation* 1990;82:1916-1924.
- Jacobson L, Lindgren B. *How much is the cost of illness?* Institutet för samhällsmedicin, Lunds Universitet, 1995.
- Jeffrey RW, Gary CW, French SA, et al. *Evaluation of weight reduction in a community intervention for cardiovascular disease risk: Challenges in body mass index in the Minnesota Heart Health Program*. *Int J Obes* 1995;19:30-39.
- Jousilahti P, Vartiainen E, Pekkanen J, Tuomilehto J, Sundvall J, Puska P. *Serum cholesterol distribution and coronary heart disease risk. Observations and predictions among middle-aged population in Eastern Finland*. *Circulation* 1998;97:1087-1094.
- Karvonen MJ. *Prehistory of the North Karelia Project*. In: *The North Karelia Project 20 year results and experiences*. Editors: Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. National Public Health Institute. Helsinki 1995:17-21.
- Kelder SH, Perry CL, Lytje LA, Klepp K-I. *Community-wide youth nutrition education: long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program*. *Health Education Research* 1995;10:119-131.
- Kiiskinen U, Vartiainen E, Pekurinen M, Puska P. *Does prevention of cardiovascular diseases lead to decreased cost of illness? Twenty years experience from Finland*. *Prev Med* 1997;26:220-226.
- Kiiskinen U. *The costs of cardiovascular diseases*. In: *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Editors: Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. National Public Health Institute. Helsinki 1995:255-270.
- Klepp K-I, Ylgard L, Tell GS, Vellar OD. Twelve year follow-up of a school-based health education programme. The Oslo Youth Study. *Eur J Public Health* 1994;4:195-200.
- Korhonen HJ, Puska P. *Evaluating the change process*. In: *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Editors: Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. National Public Health Institute. Helsinki 1995:217-232.
- Kornitzer M, De Backer, Dramaix M, et al. Belgian heart disease prevention project: incidence and mortality results. *Lancet*. 1983;ii:1066-1070.
- Kottke T.E., Puska P and Salonen J.T. Projected effects of high-risk versus population-based prevention strategies in coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*. 1985;41:1083-1093.
- Lapinleimu H, Viikari J, Jokinen E, Salo P, Routi T, Leino A, Rönnemaa T, Seppänen R, Välimäki I, Simell O. Prospective randomised trial in 1062 infants of diet low in saturated fat and cholesterol. *Lancet*. 1995;345:471-476.
- Luepker RV, Murray DM, Jacobs Jr DR, et al. Community education for cardiovascular disease prevention: Risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health*. 1994;84:1383-1393.

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

- SBU (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care). *Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolknings - inriktade program - en systematisk litteraturoversikt*. SBU-rapport nr. 134. Stockholm 1997.
- Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4 444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group (4S). *Lancet*. 1994; 344:1383-1389.
- Schooler C, Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA. Synthesis of Findings and Issues from Community Prevention Trials. *Ann Epidemiol*. 1997;57:S54-S68.
- Sellers DE, Crawford SL, Bullock K, McKinlay JB. Understanding the variability in the effectiveness of community heart health programs: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1997;44(9):1325-1339.
- Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *New Engl J Med*. 1995;333:1301-1307.
- Simell O, Viikari J, Rönnemaa T, Rask-Nissilä L, Tammi A, Seppänen R, Välimäki I, Terho P, Puotsaari T, Jokinen E. *Cardiovascular disease risk factors in young children in a prospective randomised intervention trial - the STRIP Project*. Abstract. Primary prevention of cardiovascular disease in childhood. XI Medical Symposium of the Yrjö Jahnsson Foundation. Porvoo, Finland, 5-7- August, 1998.
- Strong JP, McGili HC Jr. The pediatric aspects of atherosclerosis. *J Atherosclerosis Research*. 1969;9:251-265.
- Syme L: *Individual vs. community interventions public health practice: Some thoughts about a new approach*. VicHealth 1997.
- Tell GS, Vellar OD. Non-communicable disease risk factor intervention in Norwegian adolescents: the Oslo Youth Study. In: *Cardiovascular Risk Factors in Childhood*. *Epidemiology and Prevention*. Hetzel B, Berenson GS (Eds.) Pp. 203-217. Elsevier Science Publishers B. V. 1987.
- The World Health Report*. VMO, Geneva 1997.
- Thomson EL. Smoking education programs 1960-1976. *American Journal of Public Health*. 1978;68:250-255.
- Tillgren P, Rosen M, Haglund B, Ainetdin T, Lindholm L, Holm L-E. Cost-effectiveness of a tobacco 'Quit & Win' Contest in Sweden. *Health Policy*. 1993;26:43-53.
- Van Beurden EK. The North Coast Cholesterol Check Campaign: Results of the first three years of a large scale public screening programme. *Med J Aust*. 1991; 154:385-391.
- Vartiainen E, Pallonen U, McAlister A, Koskela K, Puska P. Effect of two years educational intervention on adolescent smoking: The North Karelia Youth Project. *WHO Bulletin*. 1983;61(3)-529-532.
- Vartiainen E, Pallonen U, McAlister A, Koskela K, Puska P. Four-year follow-up results of the smoking prevention program in the North Karelia Youth Project. *Prev Med*. 1986;15:692-698.
- Vartiainen E, Pallonen U, McAlister A, Puska P. Eight-Year Follow-up Results of an Adolescent Smoking Prevention Program: The North Karelia Youth Project. *American Journal of Public Health*. 1990;80:1:78-79.
- Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J, Tuomilehto J, Jousilahti P. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *BMJ*. 1994;309:23-27.
- Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J, Tuomilehto J, Lönnqvist J, Ehnholm C. Serum cholesterol concentration and mortality from accidents, suicide, and other violent causes. *Br Med J*. 1994;309:445-447.
- Vartiainen E, Puska P, Pietinen P, Nissinen A, Leino U, Uusitalo U, Kostianen E. Effects of dietary fat modifications on serum lipids and blood pressure in children. *Acta Paediatr Scand*. 1986;75:396-401.
- Vartiainen E, Tossavainen K, Koskela K, Korhonen HJ. Smoking prevention in youth. In: *Prevention of atherosclerosis and hypertension beginning in youth*. Filer Lj jr, Lauer RM, Luepker RV (Eds.). Lea & Febiger USA 1994.
- Veen CA, Vereijken CJM. *Promoting health at work. A review of the effectiveness of health education and health promotion*. Utrecht.-IUHPE/EURÖ. Landelijk Centrum GVO, 1994.
- WHO European Collaborative trial in the Multifactorial Prevention of Coronary Heart Disease*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1989.
- Wilson MG. Cholesterol reduction in the workplace and community settings. *J Community Health*. 1991;16:49-65.
- World Health Organization. *Positioning CINDI to Meet the Challenges*: Copenhagen: WHO regional Office for Europe; 1993.
- World Health Organization. *Prevention of Coronary Heart Disease*. WHO Technical Reports series no. 678. WHO, Geneva 1982.
- World Health Organization. *The World Health Report 1997. Conquering suffering. Enriching humanity*. WHO, Geneva 1997.
- Zatonski W, McMichael, Powles J. Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991. *BMJ*. 1998;316:1047-1051.

Capítulo Seis

Desafíos Sanitarios 2

El tema: Tabaco, alcohol y drogas ilícitas

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

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

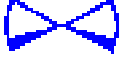
- 1 El cincuenta por ciento de todos los fumadores regulares morirá a causa de los cigarrillos, la mitad de ellos a mediana edad, el período económicamente más activo de la vida. Aparte del trauma sanitario, esto es un despilfarro económico y social
- 2 Existe una relación directa entre el volumen de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

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

'Fumar mata'


Actuaciones en el campo de la política sanitaria

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

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

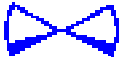
Los productos a base de tabaco y alcohol constituyen una importante carga económica para las personas a nivel individual, para las familias y para la sociedad. El Banco Mundial estima que los productos a base de tabaco crean una carga económica global de por lo menos 200.000 millones de dólares americanos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

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

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

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

El Impacto Sanitario

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

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

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

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

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

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

1 Regulación del Mercado

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

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

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

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

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

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



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

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



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

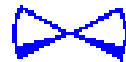
A partir de finales de los ochenta, muchos países europeos han introducido legislación de control del consumo de tabaco en los lugares públicos (Harkin, Anderson y Goos, 1997). Donde esta legislación ha sido implantada, existe evidencia que demuestra que minimiza y eventualmente elimina los riesgos de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



2 Intervenciones de los Proveedores de la Atención Primaria de Salud

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

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



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

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



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

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

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

4 Intervenciones en el Hogar

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

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

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

5 Intervenciones en los Centros de Enseñanza

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

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

6 Intervenciones en el Lugar de Trabajo

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

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



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

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

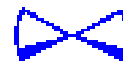
7 El enfoque Basado en la Comunidad

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

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

El Impacto Social

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



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

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

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



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

El Impacto Económico

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

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



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

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

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



El Impacto Político

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

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



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



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

8 Prioridades de Actuación

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

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



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

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

Referencias por orden alfabético

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo Siete

Desafíos Sociales 1

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

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

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

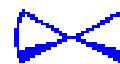
- 1 Existe un volumen creciente de evidencia que indica que la promoción de la salud en la nutrición conduce a ganancias de salud a un coste mucho más bajo que el tratamiento médico de cualquiera de los grupos de alto riesgo
- 2 La mayoría de los programas de intervención dirigidos a la nutrición se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

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

Lo que comemos es importante

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

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



Subalimentación y sobrealimentación

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

Tabla 7.1 Ejemplos de problemas relacionados con la dieta en Europa

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

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

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

La evidencia más contundente de la relación entre dieta y salud cardiovascular se deriva de estudios de intervenciones. La mayor parte de la evidencia indica un efecto beneficioso de las dietas ricas en alimentos de origen vegetal y relativamente pobres en alimentos de origen animal. En una revisión de los ensayos de reducción del colesterol (incluida la intervención en la dieta), se notificó un 6% de reducción de la mortalidad total y un 13% de reducción de la ECC⁸. Los efectos favorables en la ECC y la mortalidad total ocurrieron principalmente en ensayos de prevención secundaria en los cuales las dietas bajas en grasas saturadas recibían un suplemento de grasas poliinsaturadas⁹. Adicionalmente, un panel de expertos del Fondo Mundial de Investigación del Cáncer¹⁰ llegó a la conclusión de que el consumo de las cinco raciones recomendadas de fruta y verdura cada día podría reducir las tasas de cáncer en más del 20%. El seguimiento de las recomendaciones dietéticas y de actividad física, al igual que el mantenimiento de un peso corporal saludable, podrían reducir el riesgo de padecer un cáncer en un 30-40%.

Intervenciones en el campo de la nutrición

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

Programas de intervención comunitaria

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

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

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

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

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

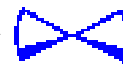
En líneas generales, es más probable que las personas cambien de conducta si dicho cambio tiene efectos a corto plazo (p.e. un mejor sabor), que si los efectos son a medio plazo (sobrepeso) o a largo plazo (riesgo de ECC)²³. Los programas de intervención deberían, por consiguiente, concentrarse en los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

Programas basados en los centros de enseñanza

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



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



Programas basados en el lugar de trabajo

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

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

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

Programas basados en el hogar

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

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

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

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

El impacto social

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

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

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

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



El impacto Económico

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

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

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

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



El impacto Político

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

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

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

En qué reside la diferencia

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Estudio	Año	Programa	Efectos conductuales	Efectos en los factores de riesgo	Morbilidad/mortalidad
Pawtucket Heart Health Programme	1980	Educación multinivel, screening, programas de asesoramiento	Después de 10 años de seguimiento, tendencia descendente del consumo de tabaco mayor en comparación (7%) con el área de intervención (5%)	Después de 10 años de seguimiento, reducción neta de TC (0,3%, ns) y SBP (1,4%, ns) ⁹	Descenso de la ECV del 16% durante el programa y del 8% después del programa
German Cardiovascular Prevention Study	1984	Programa integrado de educación multifactorial	Después de 6 años de seguimiento, reducción neta del tabaco (7%, s)	Después de 6 años de seguimiento, reducción de TC (2%, s), SBP (2%, s) y DBP (2%, s), sin efecto en HDL y BMI.	No medido

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

Referencias

- 1 *Statement on the link between nutrition and cognitive development in children.* Center on Hunger, Poverty and Nutrition Policy. Medford, MA: Tufts University of Nutrition, 1995.
- 2 *Sugar and Health.* Joint Department of Dental Public Health, London Hospital Medical College and University College of London. Monographs series 1992; No 1.
- 3 Kromhout D, Menotti A, Bloemberg B, Aravanis C, Blackburn R, Buzina R, Dontas AS, Fidanza F, Giampaoli S, Jansen A, et al. Dietary saturated and trans fatty acids and cholesterol and 25 year mortality from coronary heart disease: the Seven Countries Study. *Preventive Medicine.* 1995;24:308- 315.
- 4 *Healthy lifestyles. Nutrition and physical activity.* Internacional Life Sciences Institute ILSI Europe concise modograph series, 1998.
- 5 Albert CM, Hennekens CH, O'Donnell CJ, Ajani UA, Carey VJ, Willett WC, Ruskin JN, Manson JA. Fish consumption and risk of sudden cardiac death. *JAMA.* 1998;279:23-28.
- 6 Burr ML, Fehily AM, Gilbert JF, Rogers S, Holliday RM, Sweetnam PM, Elwood PC, Deadman NM. Effects of changes in fat, fish and fibre intakes on death and myocardial reinfarction. *Lancet.* 1989;2:757-761.
- 7 Benfante R. Studies of cardiovascular disease and cause specific mortality trends in Japanese American men living in Hawaii and risk factor comparisons with other Japanese populations in the Pacific region: a review. *Hum Biol.* 1992;64:791-805.
- 8 Truswell AS. Review of dietary intervention studies: effect on coronary events and on total mortality. *Aust NZ J Med.* 1994;24:98-106.
- 9 Oliver MF. Is it more important to increase the intake of unsaturated fats than to decrease the intake of saturated fats: evidence from clinical trial relation to ischemic heart disease. *Am J Clin Nutr.* 1997;66(Suppl):98OS-986S.
- 10 *Food, nutrition and the prevention of cancer, a global perspective.* World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. 1997.
- 11 Puska P, Salonen JT, Nissinen A, Tuomilehto J, Vartiainen E, Korhonen H, Tanskanen A, Ronnqvist P, Koskela K, Huttunen J. Changes in risk factors for coronary heart disease during 10 years of a community intervention programme (North Karelia project). *BMJ.* 1983;287.18401844.
- 12 Maccoby N, Farquhar JW, Wood PD, Alexander J. Reducing the risk of cardiovascular disease: effects of a community based campaign on knowledge and behaviour. *J Comm Health.* 1977;3:100-114.
- 13 The Multiple Risk Factor Intervention trial research Group. Mortality rates after 10.5 years for participants in the Multiple Risk Intervention Trial. Findings relates to a priori hypothesis of the Trial. *JAMA.* 1990;263:1795-1801.
- 14 Hjermmann I, Byre KV, Holem I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomised trial in healthy men. *Lancet.* 1991;ii:1303-1310.
- 15 Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldnm HA, McKinlay S. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *Am J Public Health.* 1995;85:777-785.
- 16 Fortmann SP, Taylor CB, Flora JA, Winkleby MA. Effect of coinmunity health education on plasma cholesterol levels and diet: the Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol.* 1993;137:1039-1055.
- 17 Fortmann SP, Winkleby MA, Flora JA, Haskell WL, Taylor CB. Effect of long-term community health education on blood pressure and hypertension control. The Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol.* 1990;132:629-646.
- 18 Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, Taylor CB, Haskell WL, Williams PT, Maccoby N, Wood PD. Effects of community-wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. *JAMA.* 1990;264:359-365.

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

-
- 42 *Public Health Status and Forecasts 1997. Health, prevention and health care in the Netherlands until 2015*. National Institute of Public Health and the Environment. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.
- 43 Stallone DD, Brunner EJ, Bingham SA, Marmot MG. Dietary assessment in Whitehall II: the influence of reporting bias on apparent socio-economic variation in nutrient intakes. *Eur J Clin Nutr.* 1997;51: 815-25.
- 44 Gepkens A, Gunning-Schepers Lj. InterventiOns To reduce socio-economic health differences: a review of the internacional literatura. *Eur J Public Health.* 1996; 6: 218-226.
- 45 *Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances?* K. Stronks. Thesis, Erasmus University Rotterdam, 1997.
- 46 Kristiansen IS, Eggen AE, Thelle DS. Cost effectiveness of incremental programmes for lowering serum cholesterol concentration: is individual intervention worthwhile? *BMJ.* 1991;302:1119-1122.
- 47 Lindholm L, Rosen M, Weinehall L, Asplund K. Cost effectiveness and equity of a community based cardiovascular disease prevention programme in Norsjo, Sweden. *J Epidemiol Commun Health.* 1996;50:190-195,
- 48 Rubio PP. Cost-effectiveness of dietary treatment of hypercholesterolemia in Spain. *Public Health.* 1997; 111:33-40.
- 49 Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? *BMJ.* 1994;308:367-372.
- 50 Helsing E. Nutrition policies in Europe. The state of the art. *Eur J Clin Nutrition.* 1989;43(suppl2):57-66.
- 51 French SA, Jeffery RW, Story M, Hannan P, Snyder MP. A Pricing strategy to promote low-fat snacks choices through vending machines. *Am J Public Health.* 1997;87:849-85 1.
- 52 Jeffery RW, French SA, Raether C, Baxter JE. An environmental intervention to increase fruit and salad purchases in a cafeteria. *Prev Med.* 1994;23:788-792.
- 53 Zatonski WA, McMichael AJ, Powies JW. Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991. *BMJ.* 1998;316:1047-105 1.

Capítulo Ocho

Desafíos Sociales 2

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

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

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

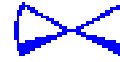
- 1 Alrededor de una de cada siete muertes prematuras y discapacidades está relacionada con lesiones que se producen en la sociedad, como consecuencia de accidentes, violencia o lesiones autoinflingidas. Se prevé que esta cifra aumente a una de cada cinco para el 2020
- 2 Los programas educativos por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

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

Las lesiones – una amenaza creciente pero evitable

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

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



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

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

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

El Impacto Sanitario

El Hogar

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



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

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

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

En la Vía Pública

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



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

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



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



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

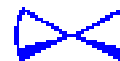


La Comunidad

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

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

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

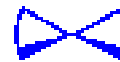


Otro programa de amplio alcance de prevención de lesiones basado en la comunidad fue llevado a cabo en Harstad (Noruega) (Ytterstad B, 1995). Se encontró una reducción global del 27% de la tasa de lesiones de tráfico; siendo esta cifra del 37% para los ciclistas y del 54% para los peatones; la tasa de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

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

El Impacto Social

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



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

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

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

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

El Impacto Económico

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

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

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

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

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

Referencias por orden alfabético

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

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

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

Capítulo Nueve

Escenarios 1

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

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

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

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

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

Positivo para la Salud y la Producción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la práctica, se pueden distinguir los enfoques siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El Impacto Sanitario

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

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

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

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

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

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

Clasificación de las intervenciones

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

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

Hallazgos

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

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

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

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

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

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