

Evidencias y controversias en educación para la salud. ¿Dónde nos encontramos?



M. E. Serrano Poveda

Pediatra EAP. CS Miguel Servet Benicalap. Valencia. España.

PUNTOS CLAVE

- La mejora de la salud global de la población pasa por mejorar los determinantes de salud, entre ellos los hábitos de estilos de vida saludables.
- La educación para la salud (EPS) es una herramienta imprescindible y útil para este objetivo.
- Es necesario investigar más en promoción para la salud y EPS para poder mejorar la eficiencia de nuestras intervenciones.
- Para poder obtener evidencias en actividades comunitarias como la EPS se deben utilizar técnicas de investigación y evaluación cualitativas o combinaciones de distintos métodos.
- Los ensayos clínicos aleatorizados que son la base de la Medicina basada en la Evidencia, no nos sirven para la investigación en promoción de salud.
- Los profesionales de Atención Primaria debemos mejorar nuestra formación para mejorar la eficacia de nuestras actuaciones y empezar a participar en actividades comunitarias.
- Los colegios son un lugar idóneo para hacer programas de EPS.
- La evidencia demuestra que las actividades de EPS impartidas por profesionales sanitarios son las más eficaces, por la accesibilidad de la población.

RESUMEN

A pesar del largo camino recorrido por la promoción de la salud y la educación para la salud (EPS), queda mucho todavía

por recorrer. Las evidencias sobre su eficacia aún son insuficientes por las dificultades metodológicas y en una sociedad donde lo que prima son los resultados inmediatos, las controversias están servidas. El apoyo de las instituciones y la colaboración de todos los sectores de la población son imprescindibles para el éxito. Los profesionales debemos cambiar actitudes y aptitudes y empezar a participar en el largo proceso de la EPS.

INTRODUCCIÓN

En la estrategia “Salud para todos en el siglo XXI” de la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS), uno de los principales objetivos es conseguir la **equidad** en la salud de todos los individuos. No es solo reducir las diferencias sanitarias entre países desarrollados y en vías de desarrollo. También dentro de los países desarrollados. En nuestro caso, en Europa, el nivel de ingresos es uno de los factores determinantes de la salud más importantes y que más influyen en estas diferencias. Sería una falacia pretender la igualdad total en este sentido, pero se trataría de disminuir las desigualdades existentes que esta situación genera.

Para esto, son útiles la promoción de la salud, y la EPS como parte integral de esta. El objetivo de la EPS es lograr la capacitación de personas y de poblaciones, no solo en conocimientos sino también en habilidades que les permitan actuar sobre el control de su propia salud individual y comunitaria. Si ambas se hicieran de forma eficaz, serían así capaces de producir cambios reales en los determinantes de salud.

Si en este campo solo se implica el sector sanitario, se corre el riesgo de no llegar a los grupos más desfavorecidos. Estos son

los que menos se benefician del sistema por distintos motivos (minorías étnicas, emigrantes “con o sin papeles”, familias desestructuradas o sin recursos económicos, drogadictos, enfermos mentales, discapacitados, enfermos crónicos...). Parece claro entonces que las desigualdades en salud incluso podrían tender a aumentar y no al contrario.

Por otro lado, está demostrado que los países donde han puesto en marcha estructuras y mecanismos de promoción de la salud implicando a los distintos sectores de la comunidad (políticos, fiscales, legislativos, educativos, comunitarios y también sanitarios), con objeto de mejorar las condiciones económicas y sociales y las formas de vivir de la población, sí se han conseguido mejoras en la salud global de la población. ¿Pueden entonces los Gobiernos no invertir en EPS?

Y puesto que los pediatras somos parte activa dentro del colectivo comunitario y sanitario, conviene plantearnos la eficacia, la eficiencia y el impacto de las actividades que realicemos en este sentido. Con frecuencia se derrochan recursos en muchos proyectos de promoción o EPS sin fundamentos, tiempo ni evaluación adecuados. Aun así: “Generalizar sobre la ineficacia de la EPS a partir de estos proyectos es tan inapropiado como descalificar un fármaco que se usa en dosis subterapéuticas”². Estas intervenciones deberían estar basadas en evidencias teóricas pero también apoyadas por la formación y experiencia de los profesionales que las pongan en marcha. “El informe de la OMS sobre el estado de los objetivos del milenio determinó que incrementando el acceso a la evidencia científica se puede mejorar la toma de decisiones y salvar millones de vidas de una manera económica y eficiente”³.

¿POR QUÉ SE PLANTEA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO UNA NECESIDAD ACTUAL?

La EPS es una parte clave de la promoción de la salud. Como hemos dicho, es una herramienta fundamental para el desarrollo de aptitudes personales y colectivas, que permita a las comunidades lograr una mayor autonomía y ejercer un mayor control sobre su salud. Es lo que llamaremos “empoderamiento”.

Las principales causas de muerte (cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares y accidentes) están relacionadas con estilos de vida poco saludables. A través de la EPS en sus distintos niveles, se puede influir en el comportamiento de las personas y lograr cambios en conocimientos, actitudes y destrezas, necesarios para mejorar o cambiar dichos estilos de vida. Pero también se requiere un entorno social y familiar adecuado y voluntad de cambio.

Si se consiguen hábitos de vida saludables, es evidente que se gana en salud con un coste económico y social mucho más bajo que el tratamiento médico de cualquiera de las enfermedades citadas u otras muchas. Múltiples instituciones nacionales e internacionales preocupadas por el aumento de los hábitos de vida no saludables insisten en que es necesario elaborar estrategias generales y específicas para abordarlos.

¿DEBEMOS IMPLICARNOS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA?

Por definición, la EPS no es una actividad “médica”, exclusiva del sector sanitario (Tabla 1). Depende de la acción coordinada de todos los sectores de la sociedad. De hecho, las actividades de promoción de la salud que se pueden ofrecer exclusivamente desde este sector son limitadas. Cualquier intervención que solo dependa de la atención sanitaria probablemente fracasará.

Cualquier estrategia de EPS debe combinar la participación del sector sanitario con otros sectores sociales, como el educativo (por ejemplo, la salud bucodental) y medidas fiscales y legislativas (por ejemplo, obligatoriedad uso sillas de automóvil para niños, ley antitabaco, impuestos en tabaco y alcohol).

Aun así, los profesionales sanitarios, sobre todo los de atención primaria (AP), somos parte fundamental en el desarrollo de la EPS, como refiere la OMS⁴.

Tabla 1. Principios de la educación para la salud

- Toda persona es un educador y comunicador en su vida cotidiana
- Todo trabajador de salud es un educador
- Todo programa de salud tiene algo que comunicar
- La educación en salud debe preceder y acompañar la prestación de todo servicio de salud
- La educación en salud acompaña al individuo durante toda su vida
- Las posibilidades educativas son continuas (familia, escuela, comunidad, centro de salud, ámbito laboral, centro comunal)
- Las influencias educativas durante la infancia son más perdurables
- Hay que iniciar el trabajo con los problemas o necesidades sentidas
- La educación debe ser activa. El individuo necesita participar en el proceso
- Cuanto mayor sea la identidad entre educador y educando, mayor la eficacia de la enseñanza
- El educando debe ser siempre considerado dentro de la cultura en que vive

Marcondes, 1974, OPS-MINSA 1995.

Tomada de: Vargas Umaña I, Villegas del Carpio O, Sánchez Monge A, Holthuis K. Curso Especial de Postgrado en Atención Integral de Salud para Médicos Generales. Módulo 2. Promoción, Prevención y Educación para la Salud, 1.ª ed. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado (SEP). Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS); 2003.

La consulta de AP nos ofrece las mayores oportunidades para investigar los hábitos de salud de los pacientes y de sus familias, y nos permite ofrecerles “consejo breve o individual” sobre cómo modificar estilos de vida, tanto en personas sanas como enfermas. También es un lugar único e ideal donde poder controlar si ocurre o no dicho cambio. Esta investigación será fundamental para valorar formas más eficientes de lograr cambios de conducta en las condiciones reales en las que trabajamos en la consulta de AP, tanto médicos como enfermeras⁵.

En el caso de los pediatras, cada visita del programa del niño sano debería ser una oportunidad para realizar las actividades preventivas y los consejos de salud que procedan según cada edad. Nuestro objetivo debería ser capacitar a las familias para que tengan un cierto nivel de autonomía y responsabilidad en el cuidado de sus hijos.

Paradójicamente, no existen evidencias científicas que avalen las revisiones de salud como las entendemos en la actualidad. Sí se han demostrado evidencias claras en algunas actividades preventivas como vacunaciones, cribado neonatal de metabolopatías o detección precoz de hipoacusia, con efectos positivos en la morbilidad y la mortalidad infantiles⁶. Pero para el resto de actividades no hay pruebas consistentes de su impacto en las conductas de nuestras familias. Sin embargo, y puesto que “*la ausencia de pruebas no significa una prueba de la ausencia de efecto*”, el consenso de expertos recomienda que se sigan realizando. Aunque se vuelve a insistir en que deberían formar parte de programas comunitarios más amplios^{7,8}.

En cuanto a la participación de la AP en la Atención Comunitaria, debería establecerse en el marco de un consenso entre profesionales y administraciones sanitarias.

¿QUÉ DIFICULTADES NOS ENCONTRAMOS EN LA PRÁCTICA PARA TRABAJAR EN EPS?

Desde que la AP inició su desarrollo en nuestro país, algunas organizaciones científicas y profesionales han estudiado las limitaciones reales que nos encontramos para desarrollar actividades comunitarias y de EPS. La SEMFYC desde 1996 tiene un grupo de trabajo sobre Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) con el objeto de analizar estas dificultades y proponer soluciones y estrategias⁹.

Entre las principales barreras que encontramos y que hay que solucionar están:

- Deficiencias formativas de los profesionales: si desconocemos cómo hacerlas, nuestras intervenciones estarán faltas de rigor metodológico, serán ineficaces y nos frus-

trarán aún más como profesionales. Necesitamos programas de formación postgrado que nos permitan promover cambios de hábitos de forma más eficiente.

- Es difícil mantener las actividades de forma continuada. Están condicionadas por la organización de las consultas y los recursos económicos y profesionales disponibles.
- Hay poca comunicación entre los distintos niveles de actuación (sanitario, comunidad, familia e paciente). El centro de salud se debería abrir a otras instituciones externas (educativas, comunitarias...) y todos los niveles sanitarios (dirección de AP, salud pública, otros centros de salud...) deberían moverse con los mismos objetivos.
- Existe cierta resistencia al cambio por parte de los profesionales. Nos cuesta modificar las actividades rutinarias e introducir otras que no controlamos del todo bien. Y por otro lado, el sistema actual no facilita llevar a cabo muchos cambios. Mucha demanda, poco tiempo.
- El principal obstáculo es la falta de tiempo. Son necesarios cambios organizativos, rediseño de las agendas de trabajo de Enfermería y Pediatría, cooperación entre los profesionales, revisión de los programas de salud existentes y disminución en la frecuencia de los controles que no estén demostrados por la evidencia científica, y fomentar la autonomía y autocontrol de las familias.
- Sería necesario un mayor apoyo mutuo y una redistribución de las tareas de la unidad de trabajo enfermera-pediatra, con establecimiento de funciones claras para ambos.
- Los propios médicos dudamos de la efectividad de las intervenciones en EPS. Muchas veces consideramos que los hábitos de vida están condicionados por factores sociales ajenos al sector sanitario. Esto es verdad solo en parte. Los pediatras y enfermeras somos una referencia importante para los pacientes pero no la más importante.
- Por otro lado, ayudar a modificar los hábitos de las personas no es algo fácil. Están determinados por múltiples factores personales, institucionales y ambientales, que interactúan entre ellos.
- Se aprovechan poco los recursos de divulgación de que disponemos, como usar la sala de espera como lugar informativo, técnicas publicitarias y medios de difusión locales, folletos informativos y materiales de apoyo, herramientas informáticas actuales, etc.
- Los sistemas de registro y herramientas de trabajo a veces entorpecen más que facilitan nuestro trabajo. Deberían permitir de forma fácil medir y evaluar los resultados de nuestras actividades en EPS.

- Es necesario que las intervenciones y programas de EPS estén basados en evidencias científicas que demuestren su eficacia pero, como veremos, tampoco es suficiente. Los programas deben ser flexibles y adaptarse a la realidad del contexto donde se van a realizar y a los recursos de que dispongamos. Hay que conocer primero y priorizar después, las necesidades de nuestro entorno de trabajo.
- No hay intercambio habitual de las experiencias entre los distintos centros de salud.
- Hay pocas evidencias científicas disponibles. Sería necesario el impulso de la investigación en promoción de la salud en AP.

Es difícil congeniar la escasez de tiempo, la sobrecarga de trabajo y la falta de formación. Por ello, los resultados en los programas de EPS que hacemos en AP son modestos. La EPS aún no es una actividad integrada en la práctica diaria en AP, a excepción del consejo breve en consulta. Y sobre este habría que analizar la metodología con la que se aplica y evaluar sus resultados.

¿EN QUÉ ÁMBITOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD SE DEBERÍA ACTUAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

De todos los niveles de actuación en EPS, el más factible de forma inmediata desde AP es el consejo breve (*advice*) y la educación individual/asesoramiento (*counseling*) en consulta. Lo que los expertos llaman “estrategia de las 5 aes” (averiguar, aconsejar, acordar, ayudar y asegurar). Incluye intervenciones tales como valorar los conocimientos y las motivaciones, informar, modificar conductas inapropiadas, reforzar las conductas deseadas y monitorizar el progreso a largo plazo. Según los expertos, el *counseling* es el más eficaz.

Estas actuaciones requieren menor formación, tiempo y recursos. Y además, en algunos hábitos de riesgo (alcohol, tabaco), como veremos, ya tenemos evidencias de su eficacia. El profesional (pediatra o enfermera) que esté motivado puede realizarlas en su consulta con distinta intensidad y periodicidad. De hecho, esto es algo que los pediatras hacemos rutinariamente.

Idealmente, deberíamos realizar otras actividades para las que se requiere mayor preparación y tiempo, como la entrevista motivacional y los programas comunitarios. Según las instituciones y asociaciones científicas de expertos, entre los programas comunitarios, la escuela es un lugar idóneo y único donde

trabajar. Los programas escolares permiten llegar al máximo número de población infantojuvenil, de todos los niveles sociales y en edades más maleables para educar en hábitos saludables. Se potencia de esta forma la equidad y la universalidad. Los sectores educativos y sanitarios deben colaborar estrechamente. Los riesgos a los que está sometida la población infantil y adolescente son similares al resto de la sociedad.

El CDC y otras instituciones de expertos recomiendan desde hace años unas directrices específicas idóneas para mejorar los resultados de estos programas escolares (Tabla 2).

Y en cuanto a los grupos de población, nuestro ámbito de actuación debería incluir población general sana y grupos por patologías. En estos últimos grupos, normalmente motivados, los resultados suelen demostrarse mejores (diabéticos, asmáticos, otras patologías crónicas).

REVISIÓN RESUMIDA DE LAS EVIDENCIAS EXISTENTES EN EFICACIA DE LA EPS: A NIVEL GENERAL, EN PROBLEMAS DE SALUD ESPECÍFICOS Y EN CADA UNO DE LOS ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Revisando la literatura científica sobre EPS en los distintos problemas de salud y factores de riesgo (la mayoría realizada en población adulta) nos encontramos:

En cuanto a tipo de intervención

Consejo breve

No hay muchos estudios en población general para establecer la eficacia del consejo en consulta, pero la mayor parte de las instituciones sanitarias recomiendan su realización (grado de recomendación C). Se ha demostrado eficaz para reducir el consumo de alcohol y el abandono de tabaco con un efecto pequeño o moderado.

En cuanto a la dieta y la actividad física, las evidencias son insuficientes. Produce pequeños cambios en el consumo medio de los principales componentes de una dieta saludable, especialmente grasas saturadas y frutas y verduras. Tampoco se ha mostrado efectivo el consejo dietético aislado para la reducción de peso en los obesos.

Educación para la salud individual

La combinación del consejo del médico con intervenciones conductuales parece ser lo más útil. Dichas técnicas incluyen técnicas de automonitorización, establecimiento de objetivos, prescripciones escritas, seguimiento con múltiples contactos,

Tabla 2. **Recomendaciones para programas escolares más eficaces**

- Desarrollar y aplicar una política escolar sobre hábitos saludables acorde con la legislación local y las recomendaciones sanitarias (“centro escolar sin humo”, comedores saludables, actividad física) (escuelas promotoras de salud)
- Instruir a los alumnos sobre los efectos perjudiciales para la salud, los aspectos sociales relacionados, las habilidades sociales y personales para evitar el hábito nocivo. La inclusión de habilidades sociales en los programas mejora los resultados
- Realizar las actividades desde los seis años hasta el final de la educación obligatoria (16 años) de forma continuada en el tiempo. Los programas deben tener la duración suficiente para garantizar resultados positivos
- Las actividades deben ser participativas y adaptadas a la edad de los niños. Los contenidos precisan ser trabajados a través de metodologías didácticas activas y participativas
- Formar a los profesores para la aplicación del programa
- Implicar a los padres y familiares en el desarrollo de actividades dentro y fuera del ámbito escolar
- Fomentar, apoyar y canalizar los hábitos saludables como rutina para alumnos y profesores, personal no docente y progenitores
- Relacionarse con instituciones sanitarias y otras instituciones comunitarias
- Evaluar periódicamente los resultados del programa

Saber más:

- Conclusiones del Seminario Interinstitucional sobre Educación y Promoción de la Salud en la Escuela [en línea]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/seminario.htm>
- Generar escuelas promotoras de salud: Pautas para promover la salud en la escuela, 2.ª versión del documento anterior titulado “Protocolos y Directrices para promover la salud en la escuela” (2008) – Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (UIPES) [en línea]. Disponible en: http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_SP.pdf

derivación a los recursos de la comunidad, redes de apoyo social, materiales de ayuda, medios interactivos de comunicación (correos electrónicos adaptados, consejo telefónico o sistemas telefónicos automatizados para la proporción de *feedback*). Las intervenciones de mayor intensidad son más eficaces.

Programas escolares

Entre los programas de EPS escolares más eficaces están los que promueven la salud mental (incluidos los de prevención de la violencia y agresión) y los hábitos alimenticios saludables y la actividad física, mientras que los destinados a prevenir el uso de sustancias y el suicidio están entre los programas menos eficaces. De estos programas, los más efectivos son los de larga duración e intensidad alta y en los que participa toda la institución escolar.

En algunos estudios, parece que las actividades realizadas entre pares son efectivas, en comparación con las lideradas por el personal docente, y que son valoradas muy bien por la gente joven que participa en ellas.

Ninguna de las revisiones evaluó el coste-beneficio de los programas.

Entrevista motivacional

Es difícil extraer conclusiones, porque los estudios son muy diversos. Es difícil valorar el grado de estandarización de la intervención. A pesar de ello, parece obtener buenos resultados en áreas como el abuso de sustancias y alcohol. Sin embargo, los resultados obtenidos en el tratamiento del tabaquismo, die-

ta y ejercicio son pobres. Parece que el factor de riesgo sobre el que se interviene y la intensidad de la intervención influyen de manera importante en el resultado.

Actividades en comunidad

Es complicado tratar de demostrar que el abordaje comunitario es eficaz de forma general como estrategia de promoción de la salud. Las variables implicadas son múltiples. Es difícil definir indicadores apropiados. Los resultados se producen a medio y largo plazo, lo que dificulta el seguimiento de los individuos y el mantenimiento de las intervenciones. Los metaanálisis vierten resultados contradictorios.

En cuanto al factor de riesgo sobre el que se actúa

Los resultados generales de las actividades de EPS parecen demostrarse más eficaces para favorecer cambios en consumo de alcohol y tabaco, y en lo referido a actividad física y dieta saludable, los resultados son buenos a corto plazo pero se diluyen en el tiempo. Siempre se evidencian mejores resultados si las personas a las que se dirigen están motivadas por padecer ya algún problema y si las intervenciones son a largo plazo y con múltiples contactos.

Si hablamos de educación sexual en adolescentes, no existe evidencia de que las campañas de salud pública ni en centros escolares retrasen el inicio de las relaciones sexuales ni disminuyen el índice de embarazos. Es un nivel III o evidencia incompleta según el Institute for Clinical Systems Improvements (ICSI).

En cambio, sí existen buenas evidencias en el campo de la salud mental. Han reducido la depresión, las tasas de suicidios y los problemas de conducta, menos agresiones domésticas y problemas de aprendizaje de los niños pequeños, entornos más positivos donde crecer. Existe evidencia de reducciones considerables tanto del abuso de menores (de hasta el 50%), como del número de casos inscritos para la protección de menores (41%).

También se ha demostrado disminución del porcentaje de lesiones con los programas de prevención de accidentes y promoción de la salud laboral.

Las intervenciones en EPS que se realizan sobre grupos o personas con patologías crónicas (diabetes, asma, alergias, cardiovascular) se demuestran más eficaces y se consideran parte indispensable de su tratamiento para mejorar su calidad de vida.

Se demuestra también que las intervenciones sobre cualquier factor de riesgo deben ir acompañadas de medidas legislativas y campañas amplias de salud pública para aumentar su eficacia.

En todos los casos se demuestra evidencia de¹⁰:

- “Las intervenciones que han demostrado tener una mayor eficacia son aquellas que han sido impartidas por los profesionales sanitarios de AP (médicos de AP y personal de Enfermería), especialmente entrenados, por la mayor accesibilidad de la población a este nivel de atención”.
- “Estas intervenciones deben establecerse como estrategias de prevención, integradas en programas amplios de salud pública”.
- “La evidencia demuestra que las personas adquieren una mayor capacidad para definir los problemas locales y resolverlos, y la participación o implicación de la comunidad local es un factor clave del éxito”.
- “Las intervenciones muy breves, o breves, son aquellas que con mayor facilidad y viabilidad pueden incorporarse a las condiciones rutinarias de AP”.
- “A pesar de estas dificultades existe un sinnúmero de evidencias documentadas que demuestran que la promoción no solamente resulta una herramienta poderosa y eficaz, sino económica y en diversidad de circunstancias resulta no solo costo eficaz sino que tiene un neto balance de coste-beneficio”

DIFICULTADES PARA VALORAR LAS EVIDENCIAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. ¿QUÉ DIFERENCIAS HAY CON RESPECTO A LAS EVIDENCIAS EN OTROS SECTORES DE LA MEDICINA?

Los efectos de las estrategias de EPS se consiguen siempre a medio y largo plazo para obtener resultados mensurables. Hasta ahora, la capacidad técnica para realizar estudios sobre evidencias en promoción de la salud era limitada, la importancia dada al tema era escasa, y la asignación de recursos para investigación en el campo, insuficiente.

Por ello es frecuente que las intervenciones en EPS sean cuestionadas por sus escasas y poco rigurosas evidencias.

El método *princeps* para la Medicina basada en la Evidencia son los ensayos clínicos aleatorizados controlados (RTC) y doble ciego. Esta metodología no es, en la mayoría de los casos, la adecuada para evaluar la eficacia de intervenciones de promoción de salud. Los RTC son demasiado restrictivos para los programas basados en la comunidad que utilizan estrategias de intervención múltiple. En Salud Pública basada en la Evidencia se utilizan diseños de investigación más propios de las ciencias sociales, como son los estudios observacionales comunitarios y los cuasi experimentales. Se deben utilizar técnicas investigación cualitativas o de resultados en salud. La complejidad de las variables es tan amplia que de otra forma no sería posible contemplarlas ni reproducirlas. La investigación cualitativa ofrece datos sobre las experiencias de las personas y las circunstancias del entorno que apoyan o disminuyen las probabilidades de éxito de una intervención. Se puede planificar y llevar a cabo con el mismo rigor que la investigación cuantitativa. También en este tipo de investigación es necesario fijar los objetivos, seleccionar el tamaño muestral, definir el método de investigación y analizar los datos. Para que los resultados sean válidos, la intervención debe ser planificada y pertinente, y debe tener una duración y amplitud muestral suficiente, para que sean detectables por encima de las tendencias y cambios generales de la sociedad.

Cuando una intervención es participativa, como ocurre en la EPS, la evaluación de efectividad debe tener en cuenta:

- La naturaleza cambiante de los procesos de promoción de la salud.
- El carácter multidimensional de su acción.
- El entorno donde se realiza.
- Las múltiples variables que intervienen.
- Las diversas intervenciones con objetivos específicos, aunque complementarios.

- Su orientación a grupos poblacionales, generalmente con una alta movilidad.
- La necesidad de seguimiento a largo plazo.
- Muchas veces, sus efectos a largo plazo son difíciles de medir y costear.
- Muchas veces, los beneficios no son percibidos por los gestores que toman las decisiones.

Es importante no solo establecer la evidencia de lo que funciona en la EPS (evaluación del resultado de una intervención o programa), sino también analizar cómo y por qué ha funcionado (evaluación del proceso), de forma que se pueda reproducir. Se tendrán que realizar evaluaciones económicas (de coste-efectividad, coste-utilidad o coste-beneficio), que son las que van a poder permitir valorar la eficiencia de la actividad.

Para establecer la “evidencia de la eficacia”, existe actualmente un amplio espectro de métodos de investigación y medidas para la evaluación (cualitativo, cuantitativo, económico, participativo). En el pasado, se confeccionaron cuestionarios, test, escalas y protocolos de entrevistas para obtener información sobre conocimientos, actitudes y conductas personales, para personas clave en gestión sanitaria, y sobre capacidad y competencia de la comunidad. Actualmente, se están desarrollando indicadores e instrumentos que midan los cambios en los resultados.

En la tabla del experto Nutbeam que adjuntamos (Tabla 3), se ofrecen los resultados evaluables a corto, medio y largo plazo

desde un punto de vista práctico. Se utilizan indicadores de diverso grado de complejidad. El objetivo final es medir la mejora en el bienestar y la calidad de los años vividos. Esta es un área de interés para la toma de decisiones clínicas basadas en pruebas, para la valoración de necesidades, de asignación de recursos, y la evaluación de tecnología.

Es necesaria más investigación para analizar los indicadores más adecuados. De momento, una buena fuente donde conocer las actuales evidencias en EPS la tenemos en el monográfico al respecto editado por la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la Comisión Europea¹¹ (UI-PES).

Las perspectivas con respecto a lo que es el “éxito” de un programa de EPS son diferentes según quién lo mida. Los gestores de presupuestos, medirán la eficacia en términos políticos y económicos y en el logro de resultados a corto plazo. Para los profesionales, el éxito estará en que se pueda o no aplicar el programa en la práctica y en el compromiso de las personas e instituciones con este. La población valorará más como se lleve a cabo la intervención, si es participativa y si se ajusta a las prioridades de su comunidad. Los investigadores aplicarán las reglas de la “evidencia científica” (rigor metodológico, integridad de los programas, logro de resultados predeterminados). Estas perspectivas son bastante diferentes, pero no necesariamente excluyentes.

Por último y muy importante, no debemos olvidar la experiencia empírica de los profesionales, que nos permitirá que la

Tabla 3. Modelo de evaluación de resultados de la promoción de la salud

<p>4. Resultados finales (sociales y de salud)</p>	<p>a) <i>Resultados sociales</i>: las medidas incluyen calidad de vida, equidad, e independencia funcional</p> <p>b) <i>Resultados de salud</i>: las medidas incluyen mortalidad evitable, reducción de la morbilidad y de la discapacidad</p>		
<p>3. Resultados intermedios (determinantes de la salud modificables)</p>	<p><i>Estilos y condiciones de vida saludables</i> Las medidas incluyen cambios sociales, económicos, culturales, consumo de tabaco, alimentos, alcohol, drogas, actividad física</p>	<p><i>Servicios de salud eficaces</i> Las medidas incluyen accesibilidad a los centros de salud, prestación de servicios preventivos y educación</p>	<p><i>Entornos saludables</i> Las medidas incluyen entorno físico seguro, condiciones económicas y sociales que apoyen la salud, buen suministro de alimentos, acceso restringido a alcohol y tabaco, etc.</p>
<p>2. Resultados de la promoción de la salud (medidas del impacto de las intervenciones)</p>	<p><i>Alfabetización para la salud</i> Las medidas incluyen conocimientos, actitudes, habilidades, motivaciones, etc.</p>	<p><i>Acción e influencia social</i> Las medidas incluyen participación comunitaria, empoderamiento, normas sociales, opinión pública</p>	<p><i>Políticas públicas saludables y prácticas organizacionales</i> Declaraciones políticas, legislación, normas, reglamentación, asignación de recursos, prácticas organizativas</p>
<p>1. Acciones de promoción de la salud</p>	<p><i>Educación</i> Por ejemplo: educación de los pacientes, escolar, comunicación con los medios</p>	<p><i>Movilización social</i> Ejemplos: desarrollo de la comunidad, facilitación de grupos, asesoramiento</p>	<p><i>Abogacía</i> Ejemplo: cabildeo, activismo político, alianzas, activismo informativo</p>

Tomada de: Nutbeam D. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa. Informe para la comisión europea. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. p. 1-11.

“evidencia” no condicione nuestra práctica clínica individualizada en nuestro entorno. Cada entorno tendrá unas necesidades diferenciales que condicionarán el éxito de las intervenciones. Como puede verse, la evidencia científica, aunque necesaria, no es suficiente.

CONCLUSIONES

En un momento de crisis económica en el que los presupuestos en sanidad se están sometiendo a examen y en el que se están buscando medios políticamente aceptables para reducirlos, es necesario conseguir argumentos sólidos para justificar la asignación de más recursos a la promoción y la EPS.

Analizando todo lo expuesto, nos damos cuenta de que todavía queda mucho por hacer. La recogida de evidencias en este campo sigue estando en pañales y es todo un reto. Nos quedan asignaturas pendientes, como convencer a los profesionales (proactivos y detractores) de la necesidad de estas actividades o lograr la cooperación y coordinación necesaria entre todos los sectores implicados. Es imprescindible la formación de los profesionales y la reorganización de los equipos de AP para poder poner en marcha intervenciones comunitarias, aunque según los expertos esto no justifica el posponerlas. Hay que investigar y actuar ya.

En el ámbito escolar aún se requiere más investigación que permita determinar qué funciona y qué no sirve. Se deben usar indicadores adecuados a la población de estudio, deben conseguirse mejores sistemas de registro y se deberían incluir evaluaciones del coste-efectividad. Y debe existir apoyo legislativo y político.

Por otro lado, empeñarse en campañas sanitarias que no obtienen los resultados previstos no tiene sentido. Las intervenciones deben ser planificadas y ajustadas a las necesidades de la población. Parece que la efectividad será mayor si dirigimos las intervenciones a poblaciones de riesgo determinadas y no a la población general. De esta forma haremos una gestión de los recursos más eficiente. Recordemos que, a veces, según el tipo de actividad, deberemos contar con el consentimiento de los tutores legales de los niños menores de edad.

Y finalmente, como dijo Albert Einstein **“Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo”**.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Salud para todos en el Siglo XXI. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2001;24:51-66.
2. González-Molina J. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. Revista Médica Uruguay. 2002;18:192-7.
3. Porrás A. La investigación en salud como instrumento para mejorar la salud pública. Proyecto de Promoción y Desarrollo de la Salud. Área de Tecnología, Atención e Investigación Sanitaria Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la OMS.
4. La Declaración de Alma Ata: La atención Primaria de la Salud, clave de la Salud para todos. 1978 [en línea]. Disponible en: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf y <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
5. Grandes G, Sánchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E, et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2008. Informe nº Osteba D-08-07.
6. Soriano Faura FJ y Grupo PrevInfad. ¿La promoción de la salud en AP es eficaz?, ¿la evidencia científica es suficiente para llevar a cabo una actividad preventiva? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones; 2004. p. 37-42.
7. Galbe Sánchez-Ventura J. ¿Son eficaces las revisiones de salud de los niños? Evid. Pediatr. 2008;4:47.
8. Garrido Torrecillas FJ. Evidencias científicas en el control del niño sano. Actuaciones realmente necesarias. Granada: XX Congreso SEPEAP; 2006. p. 31-4.
9. Soler Torroja M. Atención comunitaria y promoción de salud: la atención primaria en una encrucijada. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. 2003 [en línea]. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=editorial>
10. Resumen de evidencias sobre intervenciones relacionadas con los derechos de la ciudadanía en materia de salud pública. Escuela Andaluza de Salud Pública. Noviembre de 2009.
11. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Parte Uno: Documento Base y Parte Dos: Libro de Evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.