

OBJETIVO 14

PROPORCIONAR ENTORNOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Para el año 2000, todos los entornos donde se desarrollan la vida y las actividades sociales, como la ciudad, la escuela, el lugar de trabajo, el barrio y el hogar, deben proporcionar mejores oportunidades para la promoción de la salud: concentrando la promoción de la salud en los entornos de la vida cotidiana, facilitando la participación comunitaria en las decisiones relacionadas con la salud y el medio ambiente, facilitando la cooperación entre sectores para crear mejores oportunidades para la vida saludable y favoreciendo la implicación de diversas disciplinas en la promoción de la salud.

Concha Colomer Revuelta

*Jefa de la Unidad de Promoción de la Salud. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES).
Valencia*

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo 14 no se encontraba como tal en la primera formulación de la estrategia de SPT, sino que sus contenidos aparecían dispersos y definidos de manera imprecisa. En la revisión de 1991 se manifiesta la importancia del abordaje local de las políticas de salud, en parte por la experiencia adquirida en el desarrollo de algunos programas como el de Ciudades Saludables y en parte, también, como resultado de la búsqueda de una mayor coherencia con el marco teórico y de concepción de la salud en el que se basa SPT y que supone actuaciones dirigidas no sólo a capacitar a las personas para procurarse una mejor salud, sino también a modificar —hacia más saludable— el ambiente físico y social en el que viven.

Hasta el momento no existen indicadores para este objetivo, y en las evaluaciones publicadas de SPT ni siquiera se plantea el seguimiento de los logros alcanzados en él. Se presentará por tanto aquí una valoración personal y cualitativa, basada en la escasa información existente y en la experiencia personal.

“Si John Snow quisiera eliminar hoy la fuente, tendría que trabajar con los líderes de la comunidad, interactuar con el gobierno, escribir un informe de impacto medioambiental y obtener una aprobación del comité de investigación humana” (Ilona Kickbuch).

Esta frase ilustra los cambios sufridos por la salud pública en las últimas décadas y la complejidad con la que se enfrenta en la actualidad a la hora de actuar. Las intervenciones de salud pública desde y en los entornos concretos donde se desarrolla la vida cotidiana, tienen una perspectiva estratégica, pueden incluir simultáneamente acciones políticas y técnicas, permiten desarrollos organizativos y cambios institucionales, establecen alianzas y colaboración entre los sectores y grupos implicados en el cambio y facilitan la participación y el empoderamiento de la comunidad.

La OMS ha impulsado programas basados en entornos, el primero de ellos Ciudades Saludables, posteriormente Escuelas Promotoras de Salud, Hospitales Promotores de Salud y Prisiones Saludables, dejando la puerta abierta a nuevas iniciativas más originales y menos obvias como supermercados saludables, peluquerías promotoras de salud o cualquier otra (1).

En España se participa, en mayor o menor grado, en todos ellos, bien como centros u organismos individuales, bien como redes nacionales y regionales. Se presenta a continuación una descripción de su situación.

2. SITUACIÓN ACTUAL**2.1. CIUDADES SALUDABLES**

El proyecto comenzó en Europa en 1986 y se desarrolló en España a finales de los años 80. Creció rápidamente en número de ciudades adheridas y actividades en las diferentes redes autonómicas y española, pero su desarrollo ha sido desigual, apreciándose actualmente una gran diversidad de evoluciones y situaciones.

Para el análisis de la situación se han comparado dos momentos de su historia en función de la información disponible: 1993, por existir una memoria elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2), y 1999, basada en la información facilitada por las personas actualmente implicadas en la coordinación o apoyo técnico de las diferentes redes. Se ha tenido en cuenta también la valoración de Artazcoz, Moncada y Manzanera en 1995 (3). Dadas las dificultades de información, no ha sido posible analizar las actividades concretas que cada municipio ha desarrollado y sus resultados. Así pues, se valoran únicamente las actividades de las redes, asumiendo que estas juegan un papel importante de apoyo para el desarrollo de las actividades locales.

Los resultados, resumidos en la Tabla 24, muestran cómo el crecimiento porcentual de ciudades participantes ha sido desigual en las distintas redes. Los indicadores de vitalidad de las redes se han definido como las actividades realizadas en los dos últimos años y dirigidas a compartir las experiencias, proporcionar apoyo técnico y formación al proyecto, y disponer de recursos económicos para el desarrollo de algunas de sus fases o actividades. En la Tabla 24 se observa cómo en algunos casos la vitalidad de las redes ha aumentado (redes Andaluza y de Castilla la Mancha); otras (Comunidad Valenciana y País Vasco) han desaparecido; la de Navarra se ha transformado en Ciudades hacia la Sostenibilidad, recogiendo las ideas de la Agenda 21; otras nacen o renacen con energía (Madrid y la Xarxa Catalana); y la Red Española mantiene parte de la estructura pero escasas actividades.

Tabla 24
Situación actual de las Redes de Ciudades Saludables en España y en las CCAA

RED*	AÑO	Nº CIUDADES (1993/ 1999) Y % CRECIMIENTO	RECURSOS TÉCNICOS Y COORDINACIÓN	REUNIONES TÉCNICAS PERIÓDICAS	PUBLICACIONES	SUBVENCIONES	FORMACIÓN
RECS	1988	29/32 (1.3%)	FEMP; Ministerio Sanidad	☹	☹	☹	☹
RCSCV	1987	96/?	—	☹	☹	☹	☹
RNCS	1988	14/3 ⁽¹⁾ (-78.5%)	Gobierno Foral	☺	☺	☺	☺
RCSC-M	1989	11/18 (63.6%)	Gobierno autonómico	☺	☺	☺	☺
RACS	1990	80/114 (42.5%)	FAMP; EASP	☺	☺	☺	☺
XCCS	1990	8/	FMC	☹	☹	☹	☹
RCSPV	?	24/?	?	?	?	?	?
RMCS	1998	0/17 ⁽²⁾	FMM; Gobierno autonómico; CUSP	☹	☹	☹	☹

* RECS (Red Española de Ciudades Saludables)
RCSCV (Red de Ciudades Sanas de la Comunidad Valenciana)
RNCS (Red Navarra de Ciudades Saludables)
RCSC-M (Red de Ciudades Saludables de Castilla-La Mancha)
RACS (Red Andaluza de Ciudades Saludables)
XCCS (Xarxa Catalana de Ciutats Saludables)
RCSPV (Red de Ciudades Saludables del País Vasco)
RMCS (Red Madrileña de Ciudades Saludables)

⁽¹⁾ Se trata de una red nueva (Red de ciudades y pueblos hacia el desarrollo sostenible) que sustituye a la de las ciudades saludables y con procesos de incorporación nuevos.

⁽²⁾ Uno de sus municipios, San Fernando de Henares, es el único del Estado Español que se encuentra actualmente en la Red Europea.

2.2. PROMOCIÓN DE SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO

La primera iniciativa de este tipo partió de la Fundación Europea para las Condiciones de Vida y de Trabajo, en 1989, con un programa que estableció equipos de investigación en siete estados miembros. En España fue coordinado por Salvador Moncada desde el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona. Se recogieron experiencias existentes en forma de casos y documentos con el objetivo de establecer el marco de actuación para la promoción de la salud en el lugar de trabajo, difundir los modelos de buena práctica existentes y promocionar la formación en estos temas.

No existía en aquel momento una legislación que diera cobertura a la promoción de la salud en el lugar de trabajo, que se ha desarrollado a partir de la Directiva Marco en Seguridad y Salud de la CE, traspuesta a

la legislación española en la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales. Con ella se posibilita la reorientación del ejercicio tradicional de la seguridad en el trabajo hacia la inclusión de actuaciones más relacionadas con la salud de las personas que trabajan, en la línea de conseguir el objetivo de “Gente sana en empresas sanas”.

En 1995 la CE adoptó un programa de Acción en Promoción de la Salud, Información, y Formación en el Campo de la Salud Pública, en el que se incluye el establecimiento, en 1996, de una Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT). La Oficina Nacional de Contacto (ONC) para España se encuentra en el Centro Nacional de Condiciones de Trabajo y la información sobre sus actividades en <http://www.mtas.es/INSHT/RedSST/promocio/REDEURO.HTM>.

Respecto a las actividades realizadas en PSLT, existen dos encuestas publicadas de las que se ha podido extraer la siguiente información:

- Inventario de Acciones de PS en la Empresa, realizado por la ONC de la Red Europea en España en 1996, que recoge las contestaciones de 928 empresas a un cuestionario. Los resultados reflejan acciones y programas orientados fundamentalmente a la educación sanitaria para la reducción de conductas de riesgo (consumo de tabaco, alcohol y otras drogas) y a la promoción de hábitos saludables (higiénicos, de alimentación y de ejercicio físico), prevención de enfermedades y accidentes y sobre la organización de los equipamientos y la organización del trabajo. Los resultados completos se encuentran en la *web*.
- Encuesta de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (<http://www.eu-osha.es>) para establecer las prioridades y estrategias de la política en materia de seguridad y salud en el trabajo en los estados miembros de la UE (1997). Aunque el objetivo de esta encuesta no era específico para identificar actividades de PS, se extraen de sus resultados algunas conclusiones de interés al respecto. Dentro de las áreas de riesgo a las que se ha prestado especial atención en los últimos diez años, se observa que la denominada “Psicosocial” (que incluye aspectos psicosociales generales, acoso sexual, estrés, agotamiento, violencia en el trabajo e intimidación psicosocial, y que hemos considerado la única con contenidos de PS), España, junto con Dinamarca, Francia, Grecia y Luxemburgo, son los únicos países que refieren no haber desarrollado actividades específicas. Tampoco se consideró esta área prioritaria en España para la investigación, según las respuestas a otra pregunta.

2.3. PROMOCIÓN DE SALUD EN PRISIONES

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias, a través de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, estableció en 1991 un programa de educación para la salud en los centros penitenciarios con el objetivo de aumentar los conocimientos sobre salud y promover el cambio saludable de los estilos de vida. Para ello existen equipos multidisciplinares en cada centro, que en colaboración con ONG que trabajan fuera de los centros, llevan a cabo las diferentes actividades de educación y formación de agentes y mediadores de salud. En la actualidad participan aproximadamente 45 centros.

La Subdirección General apoya el programa mediante la publicación de materiales educativos, la convocatoria de concursos y la formación de profesionales, esto último en colaboración con instituciones docentes y de investigación (ENS, IVESP) y con ONG.

Aunque de momento no están integrados en la Red Europea de Prisiones Promotoras de Salud han iniciado los contactos para hacerlo (4).

2.4. PROMOCIÓN DE SALUD EN HOSPITALES

Al parecer, las únicas actividades concretas relacionadas con este programa de la OMS se produjeron en Cataluña. La red catalana comenzó en febrero de 1994 impulsada por el Institut d'Estudis de la Salut i la Direcció General de Salut Pública, coordinada por la Fundación Parc Taulí de Sabadell. Se realizaron algunas reuniones con 12 hospitales catalanes y se elaboró un documento marco para su desarrollo y un catálogo de acciones de promoción de la salud en los hospitales que participaron (Tabla 25). Las dificultades para obtener financiación de la Administración Catalana y de la Unión Europea que les permitiera formalizar, dar visibilidad y desarrollar su trabajo, llevaron a una caída de la motivación de los profesionales, lo que, al cabo de los dos años de su comienzo, conllevó la clausura del proyecto (5). Desde entonces no parece existir ninguna actividad y, de hecho, en la de la Red Europea de Hospitales Promotores de Salud (www.univie.ac.at/hph), en la que participan 300 hospitales en 19 redes nacionales o regionales, no se menciona la existencia de red en España, ni se recogen experiencias de hospitales españoles.

Tabla 25
Actividades de promoción de la salud en los hospitales de la Red Catalana (1994-1996)

ÁREAS	NO. PROGRAMAS
Confort de usuarios y profesionales	19
Continuidad de los cuidados de salud	39
Prevención primaria y secundaria	72
Promoción de estilos de vida saludables	21
Medio ambiente, higiene y sanidad hospitalaria	8

2.5. PROMOCIÓN DE SALUD EN ESCUELAS

Los aspectos referentes a estas actividades y programas se tratan en el capítulo acerca del objetivo 15.

3. CONCLUSIONES

- Las iniciativas existentes, a excepción de la de ciudades saludables —que cuenta con más de 10 años de experiencia y estructuras de redes autonómicas—, son relativamente recientes, por lo que no es fácil la evaluación de sus resultados, e incluso en algunos casos de sus procesos. De cualquier modo, no parecen haber tenido, hasta el momento y salvo excepciones, un impacto importante en las políticas de salud de las CCAA o estatales.
- La ausencia de indicadores específicos para la evaluación de este objetivo es otro factor añadido de dificultad para la valoración de los progresos en estas áreas y de la comparación entre ellos. Sólo se han podido valorar algunos aspectos de los procesos de las redes.
- La visibilidad de estos programas es escasa de momento, con escasas publicaciones sobre ellas, aunque se están desarrollando en algunas páginas *web*, lo que sin duda contribuirá a su difusión.
- En general, las actividades de promoción de la salud que se plantean en la práctica de estos programas están más orientadas a la educación sanitaria (proporcionar información a las personas para que modifiquen sus conductas) que a la capacitación y empoderamiento de las personas y a la modificación de los entornos para que sean más saludables, como propone la OMS.

4. PROPUESTAS PARA EL FUTURO

- Las actuaciones de políticas de salud en y desde los entornos deberían explicitarse en los planes de salud elaborados en los ámbitos estatal, autonómico o local, como mecanismos efectivos para provocar cambios estructurales y organizativos, conseguir la participación de la población y facilitar la coordinación, priorización y puesta en práctica de las acciones.
- Las acciones de promoción de la salud en los entornos permiten responder mejor a las preguntas de: ¿Dónde se crea la salud?, ¿qué inversiones y estrategias producen las mayores ganancias en salud? y ¿qué inversiones y estrategias ayudan a reducir las desigualdades en salud respetando los derechos humanos? Son preguntas que no se pueden contestar desde el sector sanitario de manera aislada. Los determinantes de la salud son biológicos, psicológicos, emocionales y sociales y, por tanto, las intervenciones deberán contar con profesionales de los diversos campos y trabajar conjuntamente. Llevar a la práctica este tipo de planteamientos significa establecer un amplio consenso entre todos los implicados en cada entorno, lo que supone un esfuerzo importante de tiempo y recursos, y precisa de apoyo político que establezca incentivos que lo faciliten.
- Es necesario desarrollar indicadores que permitan evaluar los procesos y resultados de este tipo de programas, tanto individualmente como de las actividades de las redes. Para ello hay que participar más y mejor en las redes y grupos de trabajo europeos existentes, en los que uno de los objetivos y líneas de trabajo actuales es el desarrollo de instrumentos de evaluación y mejora de la calidad. Esto permitirá establecer líneas y grupos de trabajo e investigación sobre estos temas en organizaciones como las escuelas de salud pública, SESPAS y otros.
- Los diferentes gobiernos deberían apoyar estos programas facilitando los incentivos necesarios y los recursos básicos para permitir el desarrollo de las redes nacionales o regionales, la participación en las internacionales y la sostenibilidad de los programas locales. A su vez, las personas y organismos

responsables de los programas deberán implicar al sector privado en las diferentes fases, incluida la financiación.

AGRADECIMIENTOS

Mi sincero agradecimiento a las siguientes personas, que han hecho posible este capítulo facilitando tan amablemente la información existente y no publicada: Germán Basoa Rivas, Juan Antonio López Blanco, Luis Andrés López, Rafael Manzanera López, Mariano Martínez Cepa, M^a Dolores Solè Gómez, Mercè Tor Palau y Rafael Tortajada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kickbush I. An overview to setting based approach to health promotion. En: Conference Report of The setting-based approach to Health Promotion. 17-18 Nov. Hertfordshire: UK, 1996.
2. Proyecto Ciudades Saludables. Informe 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
3. Artazcoz L, Moncada S, Manzanera R. El Proyecto Ciudades Saludables casi una década después. En: Informe SESPAS 1995. La salud y el sistema sanitario en España. Barcelona: SG Editores, 1995:147-56.
4. Paredes J. Promoción de la Salud en el medio penitenciario. En: Colomer C y Álvarez-Dardet C (Eds.). Promoción de la salud y cambio social. Masson (en prensa).
5. García Barbero M. Hospitales Saludables. En: Colomer C y Álvarez-Dardet C (Eds.). Promoción de la salud y cambio social. Masson (en prensa).